



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

ANNA BEATRIZ SILVA CASTRO

DIÁLOGOS ENTRE A ABORDAGEM GESTÁLTICA E A CLÍNICA AMPLIADA: o  
contato como cuidado no hospital público

São Luís  
2022

ANNA BEATRIZ SILVA CASTRO

DIÁLOGOS ENTRE A ABORDAGEM GESTÁLTICA E A CLÍNICA AMPLIADA: o  
contato como cuidado no hospital público

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da  
Universidade Federal do Maranhão (UFMA) como  
requisito para a obtenção do grau de Bacharel em  
Psicologia.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ma. Wanderlea Nazaré Bandeira  
Ferreira

São Luís

2022

(INSERIR FICHA CATALOGRÁFICA)

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Castro, Anna Beatriz Silva.

Diálogos entre a abordagem gestáltica e a clínica ampliada : O contato como cuidado no hospital público / Anna Beatriz Silva Castro. - 2022.

66 p.

Orientador(a): Wanderlea Nazaré Bandeira Ferreira.  
Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia,  
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2022.

1. Abordagem Gestáltica. 2. Clínica ampliada. 3. Psicologia Hospitalar. I. Ferreira, Wanderlea Nazaré Bandeira. II. Título.

ANNA BEATRIZ SILVA CASTRO

**DIÁLOGOS ENTRE A ABORDAGEM GESTÁLTICA E A CLÍNICA AMPLIADA:**

o contato como cuidado no hospital público

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) como requisito para a obtenção do grau de Bacharel em Psicologia.

Aprovada em: \_\_/\_\_/\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Ma. Wanderlea Nazaré Bandeira Ferreira  
Mestre em Psicologia Clínica  
Universidade Federal do Maranhão

---

Gabriel Batista Cutrim  
Mestrando em Psicologia  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof. Dra. Jena Hanay Araújo de Oliveira  
Doutora em Psicologia  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof. Dra. Nádia Prazeres Pinheiro Carozzo (suplente)  
Doutora em Psicologia Clínica e Cultura  
Universidade Federal do Maranhão

## AGRADECIMENTOS

Antes mesmo de entrar na graduação, eu já vivenciava uma admiração pelos profissionais da saúde e, principalmente, pela forma como atuavam no âmbito hospitalar. Ainda que a minha visão estivesse vinculada ao modelo biomédico, presumia que o hospital seria um ambiente em que o profissional teria contato direto com a versão mais intimista do paciente, e que atuar sobre os processos de superação da dor e do sofrimento humano poderia ser tão difícil quanto gratificante. A Psicologia foi uma possibilidade de procurar outras formas de olhar para as pessoas em tratamento de doenças. A partir de então, carreguei comigo essa ânsia por conhecer os processos de saúde durante toda a graduação, por meio de cursos, grupos, liga acadêmica, eventos e disciplinas optativas e, nesse percurso, pude perceber que o hospital não se trata apenas sobre o tratamento de doenças, mas também é lugar de promoção e manutenção de saúde e que isso faz toda a diferença. Este trabalho é a culminância da primeira etapa para os objetivos profissionais que sonhei durante esses 5 anos.

Entretanto, atravessar esse percurso está sendo uma tarefa que exige muita disciplina, planejamentos e responsabilidades, afinal: “a vida é combate”, não é dona UFMA? Por isso, agradeço primeiramente a Deus, por ter me dado força e saúde para enfrentar as dificuldades, assim como, pessoas muito importantes para contribuir neste processo.

Agradeço muito à minha família, especialmente, minha mãe, Flor de Liz, meu pai, Jones e minha avó, Rosa, por me dar todo o suporte, incentivo e amor para que eu pudesse chegar até aqui. Ao meu melhor amigo, namorado e noivo, Jefferson, que além de ser minha calma nos dias de caos, sempre ouviu minhas angústias e acreditou que eu sou capaz de superá-las. Amo e admiro muito vocês.

Agradeço, também, por ter amigas que caminham comigo ao longo de toda a jornada da graduação, especialmente, Victória e Ana Beatriz Melo, com quem tive a honra de compartilhar alegrias, estresses, fofocas, desesperos e muito carinho; Késia e Ana Beatriz Monteiro por compartilharem comigo o amor pela Psicologia Hospitalar.

A esta universidade e seu corpo docente que oportunizaram a ampliação de um horizonte para que eu possa guiar meus caminhos profissionais de forma ética, crítica, afetiva e jamais descolada do viés social. Especialmente, à minha orientadora, Wanderlea, por toda compreensão e gentileza em suas valiosas contribuições; por ter acreditado e confiado em mim. Admiro muito a profissional que tu és e agradeço por ter apresentado a Gestalt-terapia de forma

tão didática, afetuosa e dinâmica que ultrapassou os caminhos teórico-metodológicos da profissão para uma filosofia de vida, como diria Perls.

Sou muito grata, também, à minha psicóloga, Valentina, por me acompanhar e dar espaço a sentimentos e pensamentos que me fizeram desacelerar e admirar o meu processo, afinal nem todos os dias são chuvosos.

Por fim, também agradeço a mim. Por ter acreditado e insistido nessa jornada; pelos dias de pausa quando precisei; por toda organização desde o início que me fez chegar até aqui sem (tanta) angústia; por todas as escolhas ao longo do curso; e por enfrentar dias nos quais era necessário seguir sozinha. Os meus sonhos estão entrelaçados neste trabalho, obrigada a todos que contribuíram direta ou indiretamente para sua conclusão.

*E, no meio de um inverno, finalmente aprendi que  
havia dentro de mim um invencível verão*

Albert Camus

## RESUMO

Esta pesquisa pretende analisar os possíveis diálogos entre a abordagem gestáltica e a clínica ampliada no cenário do hospital público brasileiro atual. Para tanto, faz-se necessário compreender a aplicação da clínica ampliada no sistema de saúde, relacionar os conceitos da abordagem gestáltica e da clínica ampliada no ambiente hospitalar, assim como elucidar contribuições e desafios para ampliação da clínica no hospital público. Nessa proposta, foi realizada uma revisão integrativa de literatura, enquanto método que possibilitou correlacionar, concomitantemente, elaborações teóricas e intervenções práticas que versem sobre a abordagem gestáltica, a clínica ampliada e o contexto hospitalar. O presente trabalho monográfico seguiu, então, em duas etapas: a primeira, voltada para as ações de clínica ampliada pautadas na abordagem gestáltica, com o objetivo de ter um panorama geral de como se configura esse diálogo no sistema de saúde brasileiro; já a segunda, voltou-se para ações de clínica ampliada no ambiente hospitalar, enquanto contexto no qual essa discussão pudesse ser desenvolvida, de forma mais específica. Por conseguinte, os resultados obtidos foram divididos em subcategorias temáticas, conforme a análise de discurso de Bardin, sendo elas: ações de clínica ampliada; intervenções do Gestalt-terapeuta; contribuições para ampliação da clínica; e desafios na implantação das ações. Portanto, este trabalho não se sustenta apenas na observação sobre as possibilidades de intervenções a serem realizadas pelo psicólogo no ambiente hospitalar mediante o diálogo entre a abordagem gestáltica e a clínica ampliada, mas também na luta para a superação do modelo de atenção em saúde, pautada no contato como possibilidade de cuidado, conforme esta tem se mostrado como caminho para superar, também, os desafios enfrentados em todo o sistema de saúde brasileiro.

**Palavras-chave:** Abordagem Gestáltica. Clínica Ampliada. Psicologia Hospitalar



## ABSTRACT

This research intends to analyze the possible dialogues between the gestalt approach and the expanded clinical practice in the current Brazilian public hospital scenario. Therefore, it is necessary to understand the application of the expanded clinic in the health system, to relate the concepts of the gestalt approach and the expanded clinic in the hospital environment, as well as to elucidate contributions and challenges to the expansion of the clinic in the public hospital. In this proposal, an integrative literature review was carried out, as a method that made it possible to correlate, concomitantly, theoretical elaborations and practical interventions that deal with the gestalt approach, the expanded clinical practice and the hospital context. This monographic work followed, then, in two paths: the first one, focused on the actions of the extended clinic based on the gestalt approach, aiming at having a general panorama of how this dialogue is configured in the Brazilian health system; the second one, focused on the extended clinic actions in the hospital environment, as a context in which this discussion could be developed more specifically. Therefore, the results obtained were divided into thematic subcategories, according to Bardin's discourse analysis, as follows: expanded clinical practice actions; Gestalt therapist interventions; contributions to the expansion of clinical practice; and challenges in the implementation of these actions. Thus, this work is not only based on the observation of the possibilities of interventions to be performed by the psychologist in the hospital environment through the dialogue between the gestalt approach and the expanded clinic, but also in the struggle to overcome the health care model, based on contact as a possibility of care, as it has been shown as a way to overcome the challenges faced throughout the Brazilian health system.

**Keywords:** gestalt approach; extended clinic; hospital psychology

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>TABELA 1</b> .....	<b>34</b>
<b>GRÁFICO 1</b> .....	<b>36</b>
<b>QUADRO 1</b> .....	<b>36</b>
<b>TABELA 2</b> .....	<b>37</b>
<b>GRÁFICO 2</b> .....	<b>39</b>
<b>GRÁFICO 3</b> .....	<b>40</b>

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
<b>2.1 APRESENTANDO A ABORDAGEM GESTÁLTICA .....</b>	<b>15</b>
2.1.1 O olhar gestáltico para a hospitalização .....	20
<b>2.2 HISTÓRIA DA CLÍNICA AMPLIADA .....</b>	<b>22</b>
2.2.1 Inserção da clínica ampliada no ambiente hospitalar .....	24
<b>2.3 DESMISTIFICANDO A PSICOLOGIA HOSPITALAR .....</b>	<b>26</b>
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>31</b>
<b>3.1 DELINEAMENTO .....</b>	<b>31</b>
<b>3.2 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>32</b>
<b>3.3 PROCEDIMENTOS DE AVALIAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DE DADOS.....</b>	<b>33</b>
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>34</b>
<b>5 DISCUSSÃO .....</b>	<b>40</b>
<b>5.1 AÇÕES DE CLÍNICA AMPLIADA .....</b>	<b>40</b>
5.1.1 Ações voltadas para escuta clínica individual.....	41
5.1.2 Grupos terapêuticos.....	44
5.1.3 Projeto Terapêutico Singular.....	47
<b>5.2 INTERVENÇÕES DO GESTALT-TERAPEUTA EM AÇÕES DE CLÍNICA AMPLIADA .....</b>	<b>48</b>
<b>5.3 CONTRIBUIÇÕES DAS AÇÕES PARA AMPLIAÇÃO DA CLÍNICA NO HOSPITAL .....</b>	<b>51</b>
<b>5.4 DESAFIOS PARA IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES NO HOSPITAL .....</b>	<b>55</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>58</b>
<b>7 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>61</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história de construção e desconstrução das concepções sobre o processo saúde-doença, tem-se progredido no que diz respeito aos modelos de atenção à saúde. Durante o século XX, havia a separação entre as ações de saúde pública, com objetivos sanitários, e as de assistência médico-hospitalar, com fins curativos e individualista, por meio do sistema previdenciário, que se dedicava aos trabalhadores formalmente inseridos em setores da economia (MATTA & MOROSINI, 2009; PAIM, 2015). Entretanto, ambas eram pautadas, essencialmente, no modelo biomédico de atenção à saúde, que as norteava na direção única dos meios diagnósticos que evidenciavam as doenças e, conseqüentemente, afastavam o sujeito da sua condição humana de ser biopsicossocial (PINHEIRO, 2009).

Surgiu, então, a concepção de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, que a definia como “um completo estado de bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades” (SEGRES e FERRAZ, 1997, p. 539). Por conseguinte, vieram as críticas a essa nova concepção de saúde, pois ainda que houvesse a tentativa de deixar claro a não restrição do conceito de saúde à ausência de doenças, por outro lado, criou-se a noção de um estado estático e idealizado de bem-estar, que não considera a diversidade humana e todas as alterações do meio que dinamizam o processo de saúde-doença (BARROS & GOMES, 2011).

Emergem, assim, os movimentos de Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e, principalmente, de mudança na concepção desse processo e das suas formas de cuidado, que culminaram no Sistema Único de Saúde (SUS) e, em seqüência, no modelo de atenção baseado na Saúde Coletiva e num novo e ampliado conceito de saúde, como “resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (BRASIL, 1986, p. 04).

A partir de então, a preocupação se voltou para o cuidado em saúde, que implica em uma atitude não restrita às competências e tarefas técnicas, mas que é atravessada pelo acolhimento enquanto escuta do sujeito, construção de vínculos de intersubjetividade e respeito pelo seu sofrimento (PINHEIRO, 2009). Em consonância a isso, desenvolve-se, inicialmente, a ideia de uma clínica ampliada como saída para “lidar com a singularidade de cada sujeito sem abrir mão da ontologia das doenças e suas possibilidades” (CUNHA, 2004, p. 34). Assim, ainda que inicialmente direcionada apenas para a Atenção Primária, por meio do Programa Saúde da Família, o objetivo era que este modelo de cuidado se expandisse para todos os níveis de atenção

em saúde, a fim de revelar, por meio de todos os tipos de serviços de saúde, os princípios do SUS. Destaca-se aqui, a importância dessa concepção alcançar o ambiente hospitalar, a fim de quebrar os paradigmas criados, como, por exemplo, a ideia de que “a centralidade do trabalho em saúde está nos procedimentos, exames e medicações adequados a cada patologia” (p. 41).

Paralelamente, com o fim de fundamentar o tema aqui trabalhado foram realizados estudos sobre as bases teórico-filosóficas da Gestalt-terapia, a fim de compreender conceitos como contato, ajustamento criativo, saúde, doença e, conseqüentemente, a perspectiva da abordagem gestáltica sobre a atuação do psicólogo no hospital. Tal fundamentação se deu devido à centralidade do conceito de contato para a abordagem gestáltica, à medida em que ela se caracteriza, necessariamente, como relacional. Nesse sentido, o contato, enquanto capacidade de estar inteiramente disposto a interagir (no sentido de agir junto) com a alteridade do outro, está intimamente relacionado ao conceito de cuidado, visto que cuidar, na abordagem gestáltica é “respeitar o outro em sua integridade, é colocá-lo no colo, não importa onde estejam as feridas, é investir na diferença de tal modo que a pessoa se sinta no direito de ser ela mesma, de ter uma cara, um rosto” (RIBEIRO, 2016, p.100).

Entretanto, ao adentrar o ambiente hospitalar, um Gestalt-terapeuta precisa estar atento às particularidades que esta instituição apresenta enquanto setting terapêutico que se diferencia da clínica praticada em consultório. A sua atuação no hospital público, pode trazer contribuições importantes para a sua percepção sobre e para a equipe, o paciente, seus familiares e todas as situações que os envolvem, a partir da sustentação em seu aporte epistemológico e conceitual. Contudo, para além disso, consideram-se os princípios do SUS, as regras institucionais, as possibilidades e os limites para a sua atuação, assim como dos outros profissionais. Nesse mesmo sentido, a clínica ampliada se destaca, enquanto ferramenta teórica e prática para implantar no sistema público de saúde um modelo de atuação que supere o modelo biomédico na prática, à medida em que impulsiona o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde. Busco agora, quase 20 anos depois do surgimento da Política Nacional de Humanização, analisar, a partir de dados publicados nesse período, como se configuram os possíveis diálogos entre a abordagem gestáltica e a clínica ampliada no cenário do hospital público brasileiro atual?

Isto posto, este trabalho se justifica mediante a necessidade de explorar a problemática, para que se possa encontrar alternativas para quebrar estereótipos sobre a profissão e o cuidado em saúde, especificamente, no hospital público, que versam na via de um serviço

exclusivamente curativo, individualizante e potencializador de sofrimento. Tal exploração, requer permitir, também, a elucidação de potencialidades e desafios encontrados nas práticas já executadas nesse mesmo viés, para que, assim, possa apresentar, para a comunidade acadêmica, possíveis contribuições da abordagem gestáltica para que psicólogos possam atuar em espaços como o hospital público. Assim como, para que se façam evidentes, na prática, as proposições teóricas da clínica ampliada na política de humanização e a sua importância na busca por soluções efetivas na atenção à saúde da população e na democratização do acesso à Psicologia.

Portanto, esta pesquisa tem como objetivo geral, por meio da literatura existente, analisar os possíveis diálogos entre a abordagem gestáltica e a clínica ampliada no cenário do hospital público brasileiro atual. Como objetivos específicos: compreender a aplicação da clínica ampliada no sistema de saúde, relacionar os conceitos da abordagem gestáltica e da clínica ampliada no ambiente hospitalar e elucidar contribuições e desafios para ampliação da clínica no hospital público. Para alcançá-los, o método adotado foi a revisão integrativa de literatura, que envolve, conforme Souza, Silva e Carvalho (2010), “a identificação das informações necessárias, a condução da busca de estudos na literatura e sua avaliação crítica, a identificação da aplicabilidade dos dados oriundos das publicações e a determinação de sua utilização para o paciente” (p.1062).

Ao início da pesquisa, percebeu-se a necessidade de dividi-la em duas etapas: a primeira, voltada para as ações de clínica ampliada pautadas na abordagem gestáltica, com o objetivo de ter um panorama geral de como se configura esse diálogo; na segunda, voltou-se para ações de clínica ampliada no ambiente hospitalar, enquanto contexto em que essa discussão pudesse ser desenvolvida, de forma mais específica. Assim, a coleta de dados de ambas as etapas foi realizada por meio de busca e a avaliação crítica das evidências disponíveis. Por conseguinte, a avaliação e análise dos resultados obtidos foi realizada com base na análise de discurso proposta por Laurence Bardin, que permitiu a interpretação dos dados mediante a categorização em eixos temáticos.

Nesse sentido, o cerne do trabalho será dividido em 4 categorias, a saber: as ações de clínica ampliada; intervenções do Gestalt-terapeuta; contribuições para ampliação da clínica; e desafios na implantação das ações. Percurso que seguirá mediante as correlações entre os dados obtidos na pesquisa e o referencial teórico apresentado a seguir.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 Apresentando a abordagem gestáltica**

A Gestalt-terapia é uma abordagem teórica da Psicologia criada na década de 1950, a partir de uma série de influências teóricas e filosóficas, que se constituem num todo coerente e em constante transformação (CARDELLA, 2002). Tendo Fritz Perls como principal precursor, junto ao grupo dos 7 (composto, originalmente, por Fritz Perls, Laura Perls, Isadore From, Paul Goodman, Paul Weisz, Sylvester Eastman e Elliot Shapiro, em que, posteriormente, houve a entrada de Ralph Hefferline), sintetizou-se bases teórico-filosóficas para propor uma nova visão de homem e de mundo em contraposição ao paradigma mecanicista e racionalista presente nas ciências humanas durante os séculos XIX e XX. Assim, partindo da proposta da terceira força de terapias, as humanistas, a Gestalt-terapia teve seu eixo teórico-filosófico criado em contrapartida ao Behaviorismo e à Psicanálise. Sugere-se então, uma abordagem mais descritiva, priorizando o constante contato, isto é, o homem se constitui enquanto está em conexão com o mundo, na relação organismo-meio ambiente, dando-lhe sentido (FRAZÃO, 1997; RODRIGUES, 2011; FRAZÃO, 2013).

Para constituir a Gestalt-terapia, Perls utilizou, em primeira instância, de pressupostos filosóficos que deram suporte às suas ideias, sendo a fenomenologia, o existencialismo e o humanismo. Dentre eles, com a contribuição de Paul Goodman, incorpora a fenomenologia husserliana enquanto método e atitude, que possibilita ao terapeuta direcionar-se ao mundo do cliente como um mundo posto em observação, o qual se busca compreender a partir daquilo que se percebe, sem qualquer hipótese judicativa ou síntese esperada. Evidencia-se, então, a noção de consciência intencional, a qual só existe em função de uma relação observador-observado, que implica sentido e dinamicidade ao fenômeno (RODRIGUES, 2011; REHFELD, 2013).

Assim, trabalhar com a abordagem gestáltica é, a partir da postura fenomenológica, auxiliar a pessoa a compreender e aprender sobre os próprios processos, e, sobretudo, presentificar-se, enquanto percepção de como sente a sua experiência em si mesmo e no mundo, a fim de capacitá-la a fazer escolhas autênticas e responsáveis e a organizar sua vida de maneira significativa para si (REHFELD, 2013; GINGER; GINGER, 1995). Essa ideia parte, também, do existencialismo, que ratifica a ideia de sujeito como ser concreto nas suas circunstâncias, ou seja, aquele que mantém um contato autêntico com o seu modo de existir e de estabelecer

relações no mundo e com o outro, valorizando sua liberdade e responsabilidade pelas escolhas ao longo de suas vivências (CARDOSO, 2013; GINGER; GINGER, 1995).

É importante pontuar que o indivíduo não pode ser concebido isoladamente, pois está, inevitavelmente, inserido no mundo, que o envolve e do qual faz parte, interferindo e recebendo influência deste. Por isso, para a Gestalt-Terapia, a dimensão dialógica do ser humano é fundamental na subsistência do seu “vir-a-ser”, conforme se fundamenta como ser relacional. Entretanto, especificamente, para que haja uma relação/encontro é indispensável uma atitude de abertura à forma do outro expressar-se como um todo, procurando entender o outro como tal, evidenciando o viés horizontal das relações. Por isso, quanto à relação terapêutica, implica na presença e participação ativa de ambas as partes, terapeuta e cliente, considerando-se a unidade eu/tu da relação, ou seja, aquilo que atravessa o terapeuta, enquanto profissional e sujeito; o cliente, enquanto ser-no-mundo; e a relação que se estabelece durante o contato (RODRIGUES, 2011).

O último dos pressupostos filosóficos é o Humanismo que, por sua vez, contribui com a Gestalt-Terapia a partir da visão holística de homem, conforme este é concebido como um ser detentor de potencial que o impulsiona ao processo de atualização como um todo, autêntico e autônomo. Portanto, isso não significa a valorização de ideais individualistas e antropocêntricos, mas, cabe ao Gestalt-terapeuta, por meio de uma escuta não judicativa, curiosa, investigativa, sintonizada e confirmadora, compreender o homem como um ser inteiro, com respeito à sua dignidade refletido no esforço para promover a abertura do cliente às suas próprias possibilidades dialógicas (MENDONÇA, 2013).

Paralelamente, Perls fundamentou-se em teorias de base que, somadas aos pressupostos filosóficos já citados, contribuíssem para um amplo desenvolvimento dos conceitos dos quais seria formada a Gestalt-terapia (LIMA, 2013). Dentre essas teorias de base, destaca-se, primeiramente, a Teoria de Campo, de Kurt Lewin, na qual a ideia de campo é definida como a totalidade de variáveis psicológicas, não psicológicas e as inter-relações entre elas que influenciam ou modificam a experiência do sujeito no espaço-tempo em que são presentificados (RIBEIRO, 2016). Portanto, nem tudo pode ser reduzido ao psicológico, o campo consiste de um conjunto de sistemas interconectados e as modalidades de cuidado precisam estar sincronizadas com as necessidades do homem dadas as suas circunstâncias, seja social, econômica, política, afetiva, espiritual, etc. (CARDELLA, 2015; RODRIGUES, 2013). Em consonância a isso, vale ressaltar que, conforme Rodrigues (2013, p. 143), “o campo não é algo



que comporta o acontecimento, como se fosse parte do campo. O campo é o que acontece”. Assim, se o foco fosse voltado apenas para a pessoa, e não para o mundo do qual ela é parte, poderia restringir a atenção às características individualistas, isolando-a de suas relações. Atuar nesse sentido, contudo, seria desconsiderar as importantes interações entre a pessoa e seu meio.

Ainda nesse sentido, a Teoria Holística, de Jan Smuts, trouxe contribuições importantes para a Gestalt-terapia no que tange ao distanciamento com a perspectiva isolacionista do homem. Essa teoria pode ser compreendida como “uma atitude que compreende que o mundo consiste *per se* não apenas em átomos, mas em estruturas que têm um significado diferente da soma das suas partes” (PERLS, 2002, p. 63). Assim, para além de características específicas, que poderiam ser isoladas, como as já citadas (social, econômica, política, por exemplo), há um ser humano que se constitui como todo, atravessado por cada uma dessas partes. Em outra perspectiva, quando se olha para o corpo humano enquanto totalidade, refere-se também à responsabilidade de que cada órgão ou sistema não está isolado apenas dentro de um corpo, mas cumpre sua função, relacionando-se com os outros, a fim de manter vivo todo o ser humano, extinguindo-se, inclusive, a ideia de separação entre mente e corpo.

Entretanto, é importante reconhecer que “o acolhimento do paciente como totalidade que não pode ser capturada é a atitude ética fundamental e possibilidade de encontro na relação terapêutica” (CARDELLA, 2015, p. 41). Isso significa que, apesar de que o Gestalt-terapeuta busque compreender cada cliente por meio das relações entre sua história de vida, suas decisões e ações ao longo da vida e a forma de se expressar no aqui e agora, o todo não se fecha apenas no atual, como um raciocínio de causa e efeito (aquilo que te tornou o que você é hoje). A totalidade do ser humano inclui as possibilidades e potencialidades do cliente, enquanto ser capaz de ajustar-se, superar-se e reinventar-se (PINTO, 2015).

Em decorrência disso, tem-se a base estrutural para o pensamento organísmico, uma teoria concebida por Kurt Goldstein, que se configura conforme a concepção que admite o ser humano enquanto sistema que busca se atualizar por um princípio autorregulador (LIMA, 2013). Princípio este regido pela homeostase: uma tendência, inerente à natureza humana, a deixar as necessidades do campo livres, para que elas se regulem de maneira espontânea, de forma que ainda se forem perturbadas, tenderão a reequilibrar-se (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997). Contudo, este aspecto só se configura dentro das condições possíveis que se criam na relação do homem com o meio circundante, processo chamado de ajustamento criativo (LIMA, 2013).

Para que se possa compreender o ajustamento criativo, necessita-se, primeiramente, conhecer o ciclo de contato, concepção dividida, didaticamente, por PERLS; HEFFERLINE e Goodman (1997), em 4 partes: o pré-contato, o contato, o contato final e o pós-contato, que serão descritas a seguir.

O pré-contato se caracteriza mediante uma demanda por satisfação de anseios do organismo, que podem se configurar por meio de uma função fisiológica se desenvolvendo em direção ao ambiente ou devido a condições ambientais que surgem como deficiências na estrutura de contato, direcionando-se ao organismo. É preciso, então, atentar-se para o fato de que a Gestalt-terapia não isola completamente organismo (interno) e ambiente (externo), pois “não há uma única função, de animal algum, que se complete sem objetos e ambiente” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 42). Portanto, o organismo/ambiente está em constante contato, o que se evidencia aqui é a excitação provocada por uma necessidade, que busca por autorregulação sempre no ato de contatar.

Paralelamente, na fase do contato, tem-se a experiência, a qual se dá na fronteira de contato, que em vez de separar-se organismo e seu ambiente, vive a experiência de, simultaneamente, estar ligado ao meio e separado dele. Assim, permite a aceitação e a rejeição de possibilidades, à medida em que, exposto ao novo, os perigos são rejeitados, os obstáculos superados e o assimilável é selecionado e apropriado. Nesse momento, o contato final, evidencia-se a awareness, enquanto ampliação da consciência sobre o processo de contatar: descobre-se as configurações enquanto unidade, com a obtenção de algum significado e a conclusão de alguma ação. Isto é, o processo de interação entre o organismo e o ambiente torna-se uma realidade necessária e concreta, distinguindo-se de todas as outras alternativas e apropriando-se de um único significado possível (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997).

É nesse processo que se configura o ajustamento criativo, como transição sempre renovada entre a novidade e a rotina, entre a assimilação, que resulta em autopreservação e a criação de uma nova configuração, que resulta em crescimento. Assim, no pós-contato há um fluxo energético que soma os novos elementos assimilados do ambiente à energia do organismo, fazendo com que a fronteira de contato que foi “atravessada” por estes elementos se reforme agora, incluindo essa nova energia, autorregulando-se para que surja uma nova necessidade e, assim, novo contato (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997).

Cabe, então, ao Gestalt-terapeuta olhar para esse ser humano com base em um viés integrativo, ao contemplar os eventos psicológicos simultâneos aos físicos, considerando

sempre a expressão do corpo como um todo, os dados trazidos pelo cliente e o campo vivencial compartilhado na relação terapêutica, na direção de uma compreensão sobre a forma com que ele busca autorregular-se (RODRIGUES, 2011).

Para fechar as teorias de base, tem-se a Psicologia da Gestalt, da qual a Gestalt-terapia busca conceitos que ratifiquem a visão holística-organísmica já trazida, em virtude de uma Gestalt se traduzir como uma configuração, que não se reduz à simples soma de partes, nem mesmo à justaposição delas, mas alterando-se caso qualquer parte seja alterada, qualitativa e quantitativamente. Além disso, apoia-se na ideia de que, de uma forma geral, nossa percepção se organiza pelo princípio de figura/fundo: percebemos totalidades e, dependendo das circunstâncias, algo se destaca e fica em primeiro plano (a figura), enquanto o restante permanece em segundo plano (o fundo), sendo essa uma relação em que o sentido da figura emerge da dinâmica figura/fundo (FRAZÃO, 2013).

A Gestalt-terapia apropria-se desse conceito, conforme se pode pensar a história de vida da pessoa, suas experiências, seus conflitos, suas dificuldades e suas potencialidades como partes do seu fundo de vividos. Concomitantemente, a demanda trazida pelo cliente se mostra como figura naquele momento, ou seja, uma situação que não foi encerrada e se mantém enquanto necessidade de autorregulação para aquela pessoa. Processo que ocorre de forma dinâmica, à medida em que há um fechamento para essa configuração, que se torna, também, parte do fundo de vividos, e dá-se possibilidades para abertura de novas figuras. Isso significa que essa abordagem não concorda que seja necessário livrar-se das emoções nem mesmo romper com as resistências expressas no corpo para alcançar o bem-estar, é a partir do ciclo de contato que há o processo de exposição às experiências e possibilidades de escolhas ao longo da vida (PINTO, 2015; MENDES; BARATIERI, 2011).

Mediante a descrição acima, pode-se encontrar a compreensão da experiência do cliente e, só então, refletir se esta é uma vivência saudável ou não. Em casos de expectativa ou necessidade de um diagnóstico, ou até mesmo a presença de um diagnóstico já preestabelecido por outro profissional, não cabe ao Gestalt-terapeuta evidenciá-lo em detrimento do que é descrito por ele. A busca pela compreensão significa captar o sentido que existe para a pessoa e que surge das inter-relações das partes de um todo, à medida em que a pessoa tenha consciência sobre o que foi vivido e sofrido, revivendo-o no presente, porém de uma forma diferente, com um olhar reflexivo sobre si mesmo (ROMERO, 1997 apud MIRANDA, 2003).

Dessa forma, quando se fala em bem-estar ou ter saúde, muito se espera de uma dimensão que inclua todas as esferas da vida de um sujeito, visto o conceito de saúde proposto pela OMS, já discutido. Contudo, na abordagem gestáltica, remete-se também à essa capacidade de autorregulação orgânica, que é singular em cada sujeito, como veremos a seguir.

### 2.1.1 O olhar gestáltico para a hospitalização

Dentro da perspectiva gestáltica, alicerçada nos pressupostos filosóficos e teorias de base já apresentados, os conceitos de saúde e doença puderam ser percebidos em uma dinâmica relacional. Pimentel (2003) explica que o Gestalt-terapeuta apreende, no processo terapêutico hospitalar, as estruturas e as dinâmicas psíquicas saudáveis e adoecidas descritas pelo paciente, ou seja, seu fundo de vivido, para que se possa compreender qual delas é figura naquele momento.

Certamente, é possível constatar que o indivíduo está saudável quando se encontra em seu estado natural de equilíbrio dinâmico na relação consigo mesmo e com o meio, conforme é capaz de, por meio do ciclo de contato, perceber, criar e reinventar novas formas de ajustar-se às situações que o atravessam, de acordo com a hierarquia de necessidades e com as possibilidades presentes no campo organismo/meio, o que se chama ajustamento criativo funcional. A doença surge quando o indivíduo permanece rígido, inflexível, agindo de forma cristalizada e sem sentido em relação ao contexto atual, podendo estar fixado dentro de uma estrutura de construção e destruição de figuras, que se revela em uma distorção na sua capacidade de percepção sobre as necessidades que lhe são prioridade ou as formas encontradas para satisfazê-las, perdendo sua característica seletiva, mas mantendo-se em funcionamento, assim sendo o ajustamento criativo disfuncional (PINTO, 2015; MIRANDA, 2003, FRAZÃO, 2015).

Nessa perspectiva, a Gestalt-terapia não qualifica o corpo doente apenas como um organismo acometido de infecções ou patologias, mas valida-o enquanto corpo experienciado por um ser humano que, apesar de estar doente, tem, também, histórias e perspectivas. A doença é uma facticidade, então qualificada pelo sentido que o sujeito doente, a família e a equipe atribuem àquele sofrimento, à enfermidade ou ao tratamento (DE LUCAS FREITAS, STROIEK, BOTIN, 2010). Dessa forma, sob o olhar dessa abordagem, a patologia “sai da esfera intrapsíquica predominantemente influenciada pela psiquiatria, com padrões que definem os conceitos de patológico e normal, e a transcende” (MIRANDA, 2003, p. 47-48),

pois nem sempre o que por ela é definido como “normal” é o mais saudável dentro da singularidade de cada sujeito.

Ainda assim, emerge, principalmente, no trabalho institucional e multiprofissional a necessidade da utilização de diagnósticos, para oferecer uma linguagem comum entre os profissionais e facilitar a classificação de mecanismos de funcionamento, conforme os agrupa e nomeia, de acordo com suas características em comum. Entretanto, a abordagem gestáltica não compreende o diagnóstico de forma reduzida aos aspectos em comum entre as pessoas, mas sim enquanto instrumento capaz de ver ambas as características: as partilhadas e as individuais, por meio da busca por uma compreensão mais aprimorada de cada indivíduo em sua singularidade existencial (FRAZÃO, 1995; FRAZÃO, 2015; PINTO, 2015). A singularidade de cada um se mostra nas queixas, sintomas e na forma de sofrimento, assim como, nos modos de ser dessa pessoa, sua situação de vida, nos aspectos intrapsíquicos, os relacionais e suas possibilidades futuras. Por isso, segundo Frazão (2015, s.p.), “é a relação figura/fundo que dá sentido à figura”; não há figura/queixa sem um fundo de vividos que contextualize a serviço de que está emergindo.

Pinto (2015) e Frazão (1995) evidenciam a iminência de um sinal ou sintoma como forma de expressão de uma repetição na via de uma necessidade que não foi suprida ou sequer identificada, ou seja, um ajustamento disfuncional. Isso não implica em um diagnóstico fechado, referindo-se ao que a pessoa é, mas diz sobre como ela está nesse momento no seu campo organismo/meio. Logo, deve-se considerar o crescimento do paciente e suas mudanças ao longo do tempo e na sua relação consigo e com o outro, em um processo sujeito a constantes revisões, denominando-se, pensamento diagnóstico processual, conforme Frazão (1995) o descreve:

**Pensamento**, porque me refiro à reflexão do terapeuta, que o ajuda a compreender o que se passa com o cliente. **Diagnóstico**, porque se trata de um conhecimento que ocorre a partir da relação com o cliente e que visa discernir/discriminar o que se passa com este cliente. **Processual**, porque deve acompanhar o processo terapêutico e, tanto quanto este, estar constantemente mudando e se reconfigurando, pois, à medida que nos relacionamos com nosso cliente vamos ampliando cada vez mais nosso conhecimento, o que nos possibilita uma compreensão cada vez maior. (FRAZÃO, 1995, s.p, grifos da autora)

Nesse sentido, a condição de se estar hospitalizado e em tratamento aponta para muitas possibilidades de resignificação, fundamentadas em uma abordagem dialógica e horizontal, com a qual se busca “uma prática que vá além dos atributos técnicos e científicos implícitos no dualismo psicofísico corpo/subjetividade alcançando a habilidade interpessoal, ou seja, a

habilidade de se importar e de considerar as características humanas envolvidas no cuidado” (DE LUCAS FREITAS, STROIEK, BOTIN, 2010, p. 146).

Essa forma de atuar não se resume a aniquilar a tensão entre as partes constitutivas do vivido de uma enfermidade, como uma intervenção cirúrgica ou uma internação. A abordagem gestáltica no ambiente hospitalar propõe uma atuação pautada, também, “no diálogo, na empatia, no acolhimento, ao sair dos limites artificiais do consultório, dar e receber carinho, praticar ações éticas e oportunas de crescimento” (PIMENTEL, 2003), com o objetivo de compreender a sua dinâmica de funcionamento psíquico e, assim, superá-la. Além disso, defende a descentralização de um modelo de cura romântico, por meio de intervenções multiprofissionais e interdisciplinares, em que os integrantes da equipe estejam harmonizados diante de uma proposta mais ampla de compreensão do ser doente e sua doença, a fim de buscar a manutenção da autonomia do paciente, regulada pela confiança no saber dos profissionais.

Pauta-se, também, em um modelo de atuação que compreenda os múltiplos fatores inerentes ao processo de adoecimento, os sentidos de cada expressão e de cada traço do sujeito em seu contexto de vida (DE LUCAS FREITAS, STROIEK, BOTIN, 2010; ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014). Entretanto, isso não se iniciou no ambiente hospitalar nem se restringe a ele. A forma com que o psicólogo é inserido e reconhecido em qualquer instituição da saúde é essencial para decidir quais intervenções, modalidades de atendimento ou métodos poderão ser utilizados, mas a inserção do Gestalt-terapeuta nesses ambientes, principalmente, no Brasil, só foi possível mediante o desenvolvimento de políticas que proporcionassem mudanças na forma como esses serviços são ofertados e a perspectiva ético-política na qual está inserida, como é o caso da Clínica ampliada, que será descrita a seguir.

## **2.2 História da Clínica Ampliada**

Iniciou-se a falar em Clínica Ampliada no final da década de 1990, quando se percebeu a necessidade de sair de uma prática em saúde com enfoque fisiopatológico-mecanicista, curativista, hospitalocêntrico e individualista para um agir em saúde de uma forma humanizada, baseada numa postura de inclusão e de atendimento integral, no qual deve haver uma escuta ativa, resolutiva, dinâmica e de estabelecimento de vínculo (Brasil, 2009). Entretanto, o modelo de atenção à saúde de todo o SUS, na prática, ainda estava alicerçado no olhar biomédico, cujo atendimento especializado direciona ao paciente, enquanto espaços adequados, restritamente,

os instrumentos teóricos da Medicina, acrescido da desvalorização dos serviços prestados fora dessa lógica (CUNHA, 2004).

Simultaneamente, na busca pela efetivação dos princípios do SUS, voltou-se o olhar para o modelo de atenção à saúde ofertado na Atenção Básica, que teve sua primeira intervenção em contrapartida à supremacia médica em 1994, com o Programa de Saúde da Família (PSF): uma política de caráter preventivo e programático. Uma equipe de saúde da família era composta, inicialmente, por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 agentes comunitários de saúde que atuavam com foco na promoção de saúde nas comunidades e, muitas vezes, em atendimento domiciliar (CUNHA, 2004; PAIM, 2015). Programa este que foi se expandindo e se desenvolvendo ao longo do tempo, mas ainda haviam outros problemas a serem superados:

O foco dos profissionais [médicos e enfermeiros], apesar do imenso salto de qualidade na atenção, continuava sendo a doença e o corpo, a despeito das demandas dos usuários (explicitadas nas transcrições), do trabalho em equipe, da presença dos agentes comunitários e das visitas domiciliares. (CUNHA, 2004, p. 33-34)

A atuação na Atenção Básica nesse período era pautada na valorização do diagnóstico e na cura de doenças considerando unicamente o corpo biológico, sem conquistar a participação e a compreensão das pessoas e, ainda, sem considerar o contexto sócio-histórico, cultural e econômico em que estão inseridas; isso implica em excluir as formas com que tudo isso afeta o sujeito doente e a forma que conduz o próprio tratamento. Entretanto, Cunha (2004) afirma que todo saber parte de uma generalização, cuja característica fundamental é ser parcial em toda situação singular, isso significa que “o sujeito doente nunca será totalmente compreendido por um diagnóstico, por mais amplo que seja” (p.101). Ideias estas influenciadas por Gastão Wagner de Sousa Campos, seu orientador, que cita, em 1997, pela primeira vez, a ideia de clínica ampliada como “saída para lidar com a singularidade de cada sujeito sem abrir mão da ontologia das doenças e suas possibilidades” (p. 34).

Para tanto, no seguimento do processo de implementação do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, emergiu, em 2003, a necessidade de implantar a Política Nacional de Humanização (PNH), com objetivos voltados, por exemplo, para traduzir os princípios do SUS, inicialmente fixados ainda na teoria da legislação, em modos de operar no cotidiano dos diferentes locais e sujeitos da rede de saúde e orientar as práticas de atenção e gestão do SUS (BRASIL, 2010; ROMERO; PEREIRA-SILVA, 2011). Para que esses e outros objetivos fossem alcançados, a referida política apresentou orientações gerais para sua

implementação nos diferentes níveis de atenção, chamadas de diretrizes, dentre as quais destaca-se aqui a Clínica Ampliada, definida como “compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde” (BRASIL, 2004a, p.12).

Para a PNH (BRASIL, 2010), ampliar a clínica implica, então, em:

- 1) tomar a saúde como seu objeto de investimento, considerando a vulnerabilidade, o risco do sujeito em seu contexto; 2) ter como objetivo produzir saúde e ampliar o grau de autonomia dos sujeitos; 3) realizar a avaliação diagnóstica considerando não só o saber clínico e epidemiológico, como também a história dos sujeitos e os saberes por eles veiculados; 4) definir a intervenção terapêutica considerando a complexidade biopsicossocial das demandas de saúde (BRASIL, 2010, p. 55).

Iniciou-se, então a implementar práticas de promoção, proteção e recuperação de saúde na Atenção Básica, visando políticas intersetoriais e atender às necessidades de saúde individuais e coletivas, por meio de ações que aumentem o grau de co-responsabilidade do processo terapêutico entre usuário, família e a rede de apoio profissional. Com a ampliação do Programa de Saúde da Família, ampliou-se, também, a atuação de outros profissionais, inserindo conhecimentos para além da Medicina, como fisioterapeutas, odontologistas, assistentes sociais e psicólogos.

Isso implica dizer que a clínica ampliada não se faz apenas com a inserção do psicólogo no sistema de saúde, mas, principalmente, refere-se ao trabalho multiprofissional que visa acompanhamento, acolhimento e escuta ao paciente e sua rede de apoio desde a sua entrada até o processo de desospitalização.

### 2.2.1 Inserção da Clínica ampliada no ambiente hospitalar

Seguindo essa lógica, após a divulgação da PNH, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) pôde perceber que, “por mais que se amplie a rede básica de saúde, as urgências e emergências hospitalares seguem sendo importantes portas de acesso da população ao SUS” (p. 28), conseqüentemente, seria essencial buscar alternativas para inserir o hospital neste novo sistema integrado de atenção à saúde. Isso implicaria em uma abordagem integral para cada pessoa com demandas de saúde que culminem em cuidados hospitalares, o que, por conseguinte, deverá garantir o consumo das tecnologias disponíveis, bem como a conexão com outros dispositivos da rede de serviços de saúde, que possibilitem o restabelecimento da saúde da pessoa hospitalizada.



A clínica ampliada implica, portanto, uma forte transformação dos modos de organizar o trabalho no hospital para construir modos de haver uma co-responsabilização da equipe e do usuário, por meio de mudança nos meios de intervenção, sejam eles diagnósticos ou terapêuticos, uma ampliação do grau de autonomia dos usuários e mudanças no modo de organização e gestão das equipes. As equipes de referência de uma instituição de saúde, são, portanto, compostas por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de situações que estejam dentro do seu campo de estudo. Porém, enfatiza-se a necessidade de recorrer a conhecimentos já sistematizados em outras áreas, os quais podem contribuir para que ela se concretize, como, por exemplo, a Saúde Coletiva e a Psicologia (BRASIL, 2004a; CAMPOS; AMARAL, 2007; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

O conceito de Saúde Coletiva enquanto campo de conhecimento surgiu adjunto à Reforma Sanitária e como parte dela, contrapondo-se ao pensamento positivista e à supremacia do saber biomédico e ao caráter sanitarista e curativo da Saúde Pública, bem como abrindo seu campo para as Ciências Humanas e para a interdisciplinaridade, o que deu voz às contribuições trazidas pela Psicologia (ROMERO; PEREIRA-SILVA, 2011). Nesse sentido, os autores descrevem esta inserção de forma com que:

a psicologia e os psicólogos podem contribuir de forma eficaz e efetiva para a discussão das práticas sociais e institucionais, assim como para criar estratégias, fomentar ações de inclusão, construir espaços de encontro e diálogo e inventar modos de fazer/saber, dentre outras. É possível afirmar que o psicólogo pode estar inserido nas políticas públicas de saúde como corresponsável pela saúde coletiva e como protagonista da articulação e interação entre os diferentes atores do sistema de saúde (ROMERO e PEREIRA-SILVA, 2011, p. 338).

Além disso, Sobreira, Abilio e Ortiz (2016) pontuam que a inserção da Psicologia no contexto hospitalar pautado na Clínica Ampliada se destacou desde que se pôde perceber sua importância na construção de uma saúde desvinculada de um modelo biomédico, o que, a partir da PNH, significa pensar os processos de saúde-doença em uma perspectiva multifatorial, por meio de:

criação de meios que tornem possível promover encontros e construir vínculos que favoreçam a comunicação entre os diferentes saberes, e que esta, aproxime gestores, trabalhadores e usuários, de maneira a colocar em prática os processos de gestão, tornando possível a efetivação dos valores que norteiam a PNH, compostas pela autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde (SOBREIRA, ABILIO e ORTIZ, p. 231)

Tais intervenções, assim como de outras áreas de saber, podem ser inseridas em um contexto de equipe multiprofissional ou via apoio matricial, que se configura de modo

complementar às metodologias de trabalho previstas em sistemas hierarquizados. Ambos buscam criar linhas de intervenções coletivas e integradas, entretanto o apoio matricial parte da necessidade da presença de um especialista que possa agregar conhecimentos a determinados casos, por meio de uma comunicação ativa com a equipe de referência e entre diferentes instituições, como da atenção básica, por exemplo, contribuindo para uma melhor eficácia na resolução de problemas de saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007)

Dessa forma, o modelo de atenção à saúde pautado na Clínica Ampliada foi desenvolvido a fim de proporcionar que o olhar que partiu, inicialmente, da atenção básica, caminhe na direção de todos os níveis de saúde. Assim, diferente dos estereótipos pautados em serviços ofertados em uma ótica separada das políticas de humanização do cuidado e ampliação da clínica, ambientes como o hospital podem oferecer não apenas serviços com fins curativos, mas intervenções terapêuticas que incentivem promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da capacidade de diálogo enquanto “disposição e técnica para escuta, em aceitação do outro e dos saberes do outro” (CUNHA, 2004, p. 41), seja este outro parte da equipe, da família ou o próprio sujeito “doente”.

### **2.3 Desmistificando a Psicologia Hospitalar**

Historicamente, a inserção do profissional de Psicologia em instituições de saúde no Brasil iniciou-se entre as décadas de 1950 e 1960, quando o contexto econômico, político e social do país e a restrição do mercado de trabalho privado para o psicólogo mobilizou-o a expandir suas possibilidades de atuação para além do modelo psicoterápico dos consultórios. Observou-se, então, que tal inserção ocorreu em concomitância aos movimentos de Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica, o processo de ressignificação dos sentidos de saúde e doença e das formas de cuidado com a saúde, o diálogo com fóruns internacionais, a construção do campo da Psicologia da Saúde e a reorganização do sistema de saúde pública brasileiro (MENEGON; COELHO, 2010; MARCON, LUNA; LISBOA, 2022).

Nesse período, a atuação do psicólogo na saúde pública brasileira esteve ligada à área organizacional, voltada para recrutamento e seleção, bem como à saúde mental, principalmente junto aos hospitais psiquiátricos, ainda que com o enfoque na avaliação psicodiagnóstica e psicométrica como forma de atuação priorizada. Assim, a inserção da Psicologia nos hospitais gerais iniciou-se na década de 1950, por meio da implantação do Serviço de Psicologia em

Hospitais Gerais, como o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (MARCON, LUNA; LISBOA, 2022; PEREIRA, 2003). Entre a década de 1960 e 1970 houve a regulamentação da profissão, o crescimento acelerado de oportunidades de emprego nas redes ambulatorial e hospitalar, principalmente no setor público, e expansão das pesquisas sobre os impactos psicológicos da hospitalização e do adoecimento, período que se destacou pelo início do desenvolvimento da profissão do psicólogo hospitalar, como se conhece hoje: fornecendo suporte aos pacientes, às famílias e às equipes de saúde (PEREIRA, 2003).

Já na década de 1980, quando o processo de inserção da Psicologia nos hospitais avançava junto aos movimentos para criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mudanças no cenário da saúde pública brasileira tornaram-se mais evidentes. Constituiu-se, assim, com mais clareza, a compreensão do processo de hospitalização a partir do desenvolvimento de ações baseadas na Saúde Coletiva, que toma como objeto as necessidades de saúde, incluindo prevenção de doenças e medidas com fim de melhorar a qualidade de vida, por meio da promoção de saúde (SOUZA, 2015).

Conseqüentemente, ocorreu a ampliação da inserção do psicólogo junto à rede de assistência básica à saúde e o fortalecimento do trabalho do psicólogo na área da saúde mental. No entanto, nesse período, a ênfase dessa prática psicológica ainda estava atrelada à atenção secundária (MARCON, LUNA; LISBOA, 2022; MENEGON; COELHO, 2010). Somente durante o processo de consolidação do SUS, buscou-se o diálogo entre diferentes esferas de conhecimento em um esforço que articula diferentes competências e especificidades, a fim de favorecer práticas de saúde e produção de conhecimentos em uma lógica interdisciplinar e multiprofissional (MENEGON; COELHO, 2010).

Em resumo, a Psicologia Hospitalar surgiu, no final do século XX, com o objetivo de direcionar “uma atenção ao que está acontecendo com o paciente e seus familiares na situação de perda da saúde, identificando reações emocionais próprias do adoecimento” (CFP, 2019, p. 33); e foi reconhecida como área de atuação do psicólogo, em 2001, quando o Conselho Federal de Psicologia, por meio da Resolução nº 02/2001, definiu os parâmetros para a atuação na área (CFP, 2019). Dessa forma, é uma área, até então, exclusivamente brasileira, pensada, também, para se diferenciar da Psicologia da Saúde.

A diferença mais evidente pontua-se em que a última contempla os três níveis de atenção à saúde preconizados pelo SUS, são eles: a atenção primária, porta de entrada preferencial do sistema, a qual prevê, principalmente, ações preventivas e contínuas; atenção secundária, que

atua em um nível de média complexidade da atenção especializada, composta por serviços encontrados em hospitais e ambulatórios e envolve, majoritariamente, atendimentos direcionados para áreas médicas, e onde se encontra maior parte da atuação da Psicologia Hospitalar; e atenção terciária ou de alta complexidade que é prestada em hospitais gerais de grande porte e envolve procedimentos que demandam tecnologia de ponta e custos maiores (FRASÃO; RIBEIRO, 2022).

Assim, em 2007, quando a especialização foi regulamentada pela Resolução N° 013/2007, do CFP, definiu-se que o psicólogo hospitalar poderia atuar em instituições de saúde, participando da prestação de serviços de nível secundário ou terciário da atenção à saúde. Nesse contexto, sua denominação deixou de estar vinculada apenas à instituição hospitalar e passou a ser vista como um campo de conhecimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento, com a finalidade de “minimizar o sofrimento provocado pela hospitalização” (ANGERAMI-CAMON, 2003, p. 17). Isso significa que seu trabalho estaria voltado, principalmente, para a oferta e desenvolvimento de “atividades em diferentes níveis de tratamento, tendo como sua principal tarefa a avaliação e acompanhamento de intercorrências psíquicas dos pacientes que estão ou serão submetidos a procedimentos médicos, visando basicamente a promoção e/ou a recuperação da saúde física e mental” (CFP, 2007, p. 21).

Na mesma resolução, definiu-se as principais modalidades de intervenção do psicólogo hospitalar, dependendo do local de atendimento, da demanda apresentada ou da formação do profissional em questão, dentre elas:

atendimento psicoterapêutico; grupos psicoterapêuticos; grupos de psicoprofilaxia; atendimentos em ambulatório e Unidade de Terapia Intensiva; pronto atendimento; enfermarias em geral; psicomotricidade no contexto hospitalar; avaliação diagnóstica; psicodiagnóstico; consultoria e interconsultoria. (CFP, 2007, p. 22)

Apesar de que o hospital se configure como um setting terapêutico desafiador e limitador para o profissional, mediante a exigência de uma flexibilidade metodológica, referente ao horário e espaço destinado ao atendimento, interrupções, demandas da equipe, protocolos de atendimento, normas operacionais e institucionais; o processo de hospitalização, que é entendido pelo paciente como um espaço e uma situação agressiva de sofrimento, deve ser entendido pelo psicólogo para além do processo de institucionalização hospitalar, dando prioridade ao conjunto de fatos que decorrem desse processo e suas implicações na vida do paciente, pois “não se pode isolar a doença do ser que adoecer, do sentimento de estar-enfermo,

que coloca o sujeito numa experiência de mal-estar, sendo o adoecimento considerado uma situação-problema vivida pelo ser-doente-em-situação” (CFP, 2019, p. 30-31).

Nesse sentido, hoje se tem a percepção de que o psicólogo hospitalar deve atuar conforme aspectos subjetivos e emocionais do adoecimento, não simplesmente direcionado para uma prática curativa de uma doença ou para o fim de uma situação de crise, mas também para os possíveis desdobramentos relacionados ao tratamento, recuperação, sequelas, cuidados paliativos e óbito, por meio de ações terapêuticas adequadas e diversas, conforme as necessidades da pessoa assistida/família. Entretanto, durante o processo de criação e implementação da PNH, a supremacia do modelo biomédico era evidente de tal forma que toda a complexidade das ações em saúde era vinculada, erroneamente, ao segundo e terceiro níveis de atenção, considerando, assim, a atenção básica como uma ação simples. A ideia de que o atendimento em saúde pautado no olhar para o usuário, como sujeito dotado de singularidades, autonomia e responsabilidades, seria exclusivo da atenção básica, enquanto que o atendimento pautado no olhar para a doença, em uma corrida contra a morte, seria encontrado nos hospitais, dificultou o desenvolvimento da PNH no ambiente hospitalar (CUNHA, 2004).

As possibilidades de desenvolver políticas de humanização no hospital podem ser vistas “ao ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (BRASIL, 2004a, p.6); ou ao traduzir princípios e modos de operar no cotidiano, a fim de facilitar a comunicação entre os atores e as instâncias que constituem o SUS; e, ainda, na troca de saberes e diálogo aberto nessas relações; assim como outras formas de propor conectividade e integralidade a uma política que se configure, na prática, de forma transversal, trazendo um novo significado para a hospitalização (BRASIL, 2004a).

Por isso, é preciso ressaltar que humanizar se trata de dar voz à subjetividade do sujeito, considerando-se que ele tem o direito de saber informações importantes sobre o seu tratamento, tem a autonomia para escolher o tipo de tratamento que será seguido, assim como tem a opção de aceitar ou negar o atendimento do psicólogo. Contudo, as ações que direcionam o caminho da atenção à saúde no hospital ao atendimento humanizado, embora já havia sido discutido à época da regulamentação, seriam colocadas em prática há passos bem largos, com desafios enfrentados até os dias de hoje (CFP, 2019; ANGERAMI-CAMON, 2003).

A partir do exposto, é possível perceber que durante a Reforma Psiquiátrica, a Reforma Sanitária e, principalmente, após a criação do SUS, houve um movimento de mudança da

concepção de saúde vigente, que caminhou do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial. Processo que só foi concretizado a partir do momento em que se vislumbrou a possibilidade de enfatizar o atendimento humanizado no hospital, quebrando o paradigma de que essa instituição tem um olhar cristalizado que se distancia da atenção básica e tornando possível uma reforma do sistema de atenção hospitalar, pautada na PNH e na Clínica Ampliada. Seguindo este caminho, surgiu o interesse por desbravar como tal configuração tem-se concretizado no cotidiano dos hospitais públicos brasileiros. Além disso, a proximidade entre a compreensão teórica da perspectiva gestáltica e as expectativas de uma prática do psicólogo que segue a ideia de ampliação da clínica, culminou na pesquisa que se segue: esse diálogo é, realmente, possível?

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 Delineamento

O método utilizado será a Revisão Integrativa de Literatura, que, de acordo com Souza, Silva e Carvalho (2008), se configura como instrumento da Prática Baseada em Evidências (PBE), a qual, por sua vez, se caracteriza por “uma abordagem voltada ao cuidado clínico e ao ensino fundamentado no conhecimento e na qualidade da evidência” (p. 102). Além disso, Mendes, Silveira e Galvão (2008) enfatizam que “no movimento da PBE há necessidade de produção de métodos de revisão de literatura, os quais permitem a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado” (p. 759). De forma mais específica, ambos os autores apontam que a Revisão Integrativa se destaca por permitir a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, bem como combinar dados da literatura teórica e empírica, com o objetivo de proporcionar um panorama consistente e compreensível do fenômeno estudado.

A construção de uma Revisão Integrativa de Literatura é realizada em 6 fases (SOUZA, SILVA, CARVALHO, 2008; MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008). Dentre essas fases, a primeira é a identificação do tema e elaboração da questão norteadora, o que delimita o estudo, principalmente, no que concerne a critérios de amostragem para a pesquisa que se seguirá. A segunda fase diz respeito a busca por essa amostragem, que implica na definição dos critérios de inclusão e exclusão e a definição das bases de dados que serão utilizadas. Após a fase de busca, é necessário a categorização dos estudos a fim de definir como os dados serão coletados, assim, nessa etapa utiliza-se um instrumento previamente elaborado capaz de reduzir, organizar, comparar e expor as informações mais importantes de cada estudo, como, por exemplo, definição dos sujeitos, os objetivos, a metodologia empregada, resultados e as principais conclusões de cada estudo (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Em seguida, a quarta etapa consiste na avaliação dos resultados incluídos, de forma que a análise crítica dos dados deve ocorrer para ponderar o rigor e as características de cada estudo, assim como para auxiliar na tomada de decisão para a utilização dos resultados. Por conseguinte, a quinta fase é a discussão dos resultados, na qual comparam-se os dados evidenciados na análise dos artigos e as implicações resultantes da revisão integrativa ao referencial teórico. Por fim, a sexta etapa se caracteriza pela apresentação da revisão, em que deve incluir, de forma sucinta, “informações que permitam ao leitor avaliar a pertinência dos

procedimentos empregados na elaboração da revisão, os aspectos relativos ao tópico abordado e o detalhamento dos estudos incluídos” (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008, p. 763).

Assim, partindo do objetivo de estudar como se configuram os possíveis diálogos entre a abordagem gestáltica e a clínica ampliada no cenário do hospital público brasileiro, percebeu-se, durante a pesquisa, a necessidade de dividi-la em duas etapas: a primeira, voltada para as ações de clínica ampliada pautadas na abordagem gestáltica, com o objetivo de ter um panorama geral de como se configura esse diálogo; na segunda, voltou-se para ações de clínica ampliada no ambiente hospitalar, enquanto contexto em que essa discussão pudesse ser desenvolvida, de forma mais específica. A coleta de dados de ambas as etapas foi realizada por meio de busca e a avaliação crítica das evidências disponíveis, com posterior implementação na prática e a avaliação dos resultados obtidos, conforme as etapas descritas acima.

### **3.2 Procedimentos de coletas de dados**

Durante todo o processo metodológico, foram utilizados trabalhos publicados nas bases de dados: Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia Brasil (BVS-Psi), que agrupa a *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC) e o portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), desde dezembro de 2017.

Para a busca dos dados da primeira etapa, os descritores utilizados foram “Psicologia”, “Abordagem gestáltica” e “Clínica Ampliada”. Como critérios de inclusão foram considerados apenas os materiais redigidos em Língua Portuguesa, publicados entre 2012 e 2022, que tivessem ao menos um dos autores da área da Psicologia. Conseqüentemente, os critérios de exclusão se caracterizam pelos materiais que não estiverem disponíveis na íntegra para acesso e download, pesquisas relacionadas a instituições da rede privada de saúde ou em localidades fora do território brasileiro, visto que o objetivo deste estudo é analisar produções voltadas para a saúde pública brasileira.

Já na segunda etapa, os descritores utilizados foram “Psicologia”, “Clínica Ampliada” e “Hospital”. Com critérios de inclusão e exclusão semelhantes aos da pesquisa anterior, com ressalvas ao foco em instituições da rede pública de saúde, que desta vez são restritas ao hospital público, como cenário das ações de clínica ampliada.



### **3.3 Procedimentos de Avaliação e Interpretação de dados**

Para avaliação dos dados, utilizou-se um instrumento de categorização de acordo com: autor (es) e ano, título, local de origem do estudo, objetivo do estudo e ação característica da clínica ampliada. Tal perfil permitiu que os dados fossem apreciados qualitativamente, por meio da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2016), com o objetivo de evidenciar os indicadores que representem as informações obtidas de uma forma diferente do conteúdo explícito, agrupando-as quanto a critérios comuns ou análogos.

Para tanto, os documentos selecionados foram submetidos a uma leitura inicial, que possibilitou uma visão global do conteúdo, seguidas de leituras críticas a fim de realizar uma classificação das categorias conforme comparações sincrônicas que as reuniu como pertinentes e cruzadas numa tipologia que reflete e sistematiza em gráficos e tabelas as relações existentes entre a clínica ampliada e a atuação do psicólogo no hospital público.

Apenas após esse processo, houve a interpretação do conteúdo dos dados de forma que culminasse nos seguintes eixos temáticos: as ações de clínica ampliada; intervenções do Gestalt-terapeuta nas ações de clínica ampliada; contribuições para ampliação da clínica no hospital; e desafios na implantação das ações, os quais serão apresentados em seguida.

## 4 RESULTADOS

Após o levantamento das publicações, foram selecionados, primeiramente, 27 artigos, cujos resumos foram lidos e analisados, para culminar em 8 publicações examinadas na íntegra. Separadamente, na segunda etapa, foram selecionados 36 artigos, que passaram pelo mesmo processo, resultando em 10 artigos. Em todo o processo, apenas uma publicação coincidiu dentro dos critérios de inclusão de ambas as pesquisas.

Conforme exposto acima, a busca de dados foi dividida em duas etapas para que os resultados permitissem uma exploração das possíveis ações de clínica ampliada que vêm sendo implementadas no sistema de saúde brasileiro nos últimos anos, com destaque para o ambiente hospitalar. Assim, pôde-se analisar comparativamente, não só quais as ações possíveis para ampliação da clínica nesse espaço, mas também a forma com que esse processo pode se desenvolver ao se promover diálogos com a abordagem gestáltica. Delinearemos, então, os resultados encontrados em cada etapa, mediante informações explícitas nas respectivas tabelas abaixo.

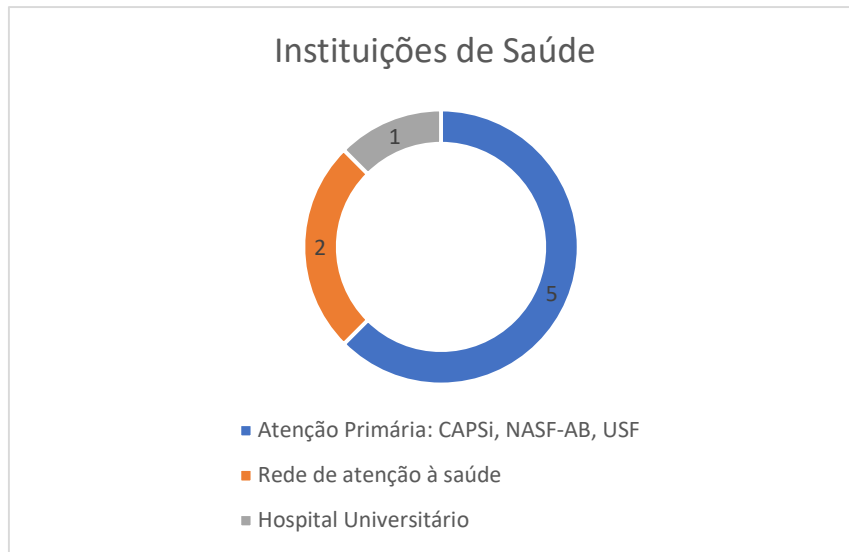
### ETAPA 1

**TABELA 1.** Categorização dos artigos selecionados na primeira etapa, de acordo com a identificação (autor(es) e ano), título, local do estudo, objetivo do estudo e ação característica da clínica ampliada (n=8).

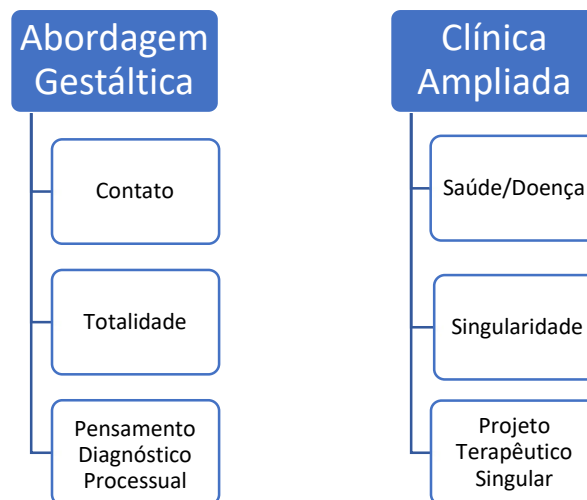
AUTOR(ES), ANO	TÍTULO	LOCAL DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	AÇÕES DE CLÍNICA AMPLIADA
DIÓGENES, 2014	Atuação do Psicólogo na Estratégia de Saúde da Família: um olhar gestáltico	CE	Compreender como a Gestalt-terapia pode contribuir para o trabalho do psicólogo na ESF, no Estado do Ceará.	PTS, grupo terapêutico e atividades artísticas
CAMPOS E DALTRO, 2015	A clínica Ampliada no enfoque da Gestalt-terapia: um relato e experiência em supervisão de estágio	BA	Contribuir com a literatura para a reflexão sobre modelos clínicos para a formação de psicólogos mais atento às demandas da sociedade na contemporaneidade.	A Gestalt-Terapia de curta duração e a ação terapêutica nos moldes gestálticos no contexto de plantão psicológico em uma USF
LIMA, 2019	Gestalt-terapia e Cuidado	RJ	Possibilitar um maior entendimento do que podemos considerar cuidado e se a visão de cuidado proposta é compatível com a atuação na clínica ampliada.	Experiências de supervisão de estágio que ocorrem em dispositivos da rede de saúde
ALMEIDA, 2020	Reflexões sobre a atuação da(o) Psicóloga(o) no NASF-AB no contexto da Saúde	BA	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 NASF-AB, sob uma perspectiva	Atuação da(o) psicóloga(o) no NASF-AB, sob uma perspectiva psicossocial do

	Mental e suas interlocuções com a Gestalt-terapia		psicossocial do sofrimento psíquico pautadas na atual política de Saúde Mental.	sofrimento psíquico pautadas na atual política de Saúde Mental.
BERNARDO E BELMINO, 2015	Políticas Públicas em Saúde E Clínica Gestáltica: Tecendo Saberes e Prática	RJ	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.	Modos de aplicação da clínica do sofrimento ético-político e antropológico nas políticas públicas de saúde
LOBO, 2013	Psicoterapia Breve gestáltica para homens com HIV/AIDS em contexto de clínica ampliada	PA	Incentivar os participantes da pesquisa a vivenciar a atenção à própria saúde reconhecendo-a enquanto direito de cidadania básico a todos os homens	Psicoterapia breve gestáltica
BITTENCOURT E BOING, 2017	Contribuições do Pensamento Sistêmico, da Gestalt-terapia e de práticas da Psicologia para o trabalho em um CAPSi	SC	Refletir sobre as atuações específicas da Psicologia e ações interdisciplinares a partir da experiência de estágio curricular em um CAPSi da região sul do país e apontar de que forma tais ações se relacionam aos princípios e diretrizes do SUS.	as atuações específicas da Psicologia e ações interdisciplinares a partir da experiência de estágio curricular em um CAPSi
CERQUEIRA, 2019	As especificidades do psicólogo na clínica ampliada da saúde da família à luz da Gestalt-terapia	MG	Abordar a atuação do psicólogo, orientado pela Gestalt-Terapia na clínica ampliada da Saúde da Família, nas equipes de NASF - AB. Outro objetivo é vislumbrar quais são as potencialidades e as dificuldades presentes nesse contexto.	Grupos terapêuticos, orientado pela Gestalt-Terapia nas equipes de NASF - AB.

Dentre os estudos encontrados na primeira etapa, destaca-se que apenas uma publicação que se referia ao hospital enquanto instituição de saúde específica, quando a abordagem gestáltica e a clínica ampliada delimitavam a pesquisa. Todas as outras publicações se referiam a instituições da atenção primária ou à rede de atenção à saúde de uma forma geral, conforme o gráfico a seguir.

**GRÁFICO 1:** Apresentação das instituições de saúde encontradas na etapa 1 da pesquisa

Isso evidencia o quanto a atuação do psicólogo no SUS, especificamente, pautada na abordagem gestáltica e sob o viés da clínica ampliada, está majoritariamente vinculada à atenção primária e reitera a importância deste trabalho em discutir como pode ocorrer tal atuação no âmbito hospitalar. Em outra perspectiva, as publicações apresentam possibilidades de trabalho variadas, por meio de pesquisa de campo (2), revisão bibliográfica (4) ou relato de experiência (3), que permitem, à sua maneira, uma análise integrada à teoria gestáltica. Por conseguinte, destacam-se na próxima figura os principais conceitos que sustentam tanto a abordagem gestáltica (Coluna 1) quanto a clínica ampliada (Coluna 2), que podem ser relacionados e discutidos de forma análoga, posteriormente.

**Quadro 1:** Possíveis diálogos conceituais entre a Abordagem Gestáltica e a Clínica Ampliada

O objetivo é correlacionar os conceitos de forma horizontal, entre si e com a contextualização trazida pelos resultados encontrados. Contudo, é importante enfatizar que as possibilidades de diálogos teóricos não se esgotam nos conceitos explícitos acima. Percebeu-se que, conforme as publicações exploravam formas de atuação do Gestalt-terapeuta na clínica ampliada, afunilava-se nesses itens. Por exemplo, quando se fala em contato, atravessa-se, também, por campo, ajustamento criativo e dinâmica figura/fundo; ao mesmo tempo, quando se fala em processo saúde-doença, abrange aspectos psicológicos, fisiológicos, socioeconômicos, entre outros; isso torna o objetivo apresentado tangível. Assim, utilizá-los foi a forma viável de categorizar, de maneira simples, sub-temáticas para essa pesquisa, mas não de limitar-se a eles.

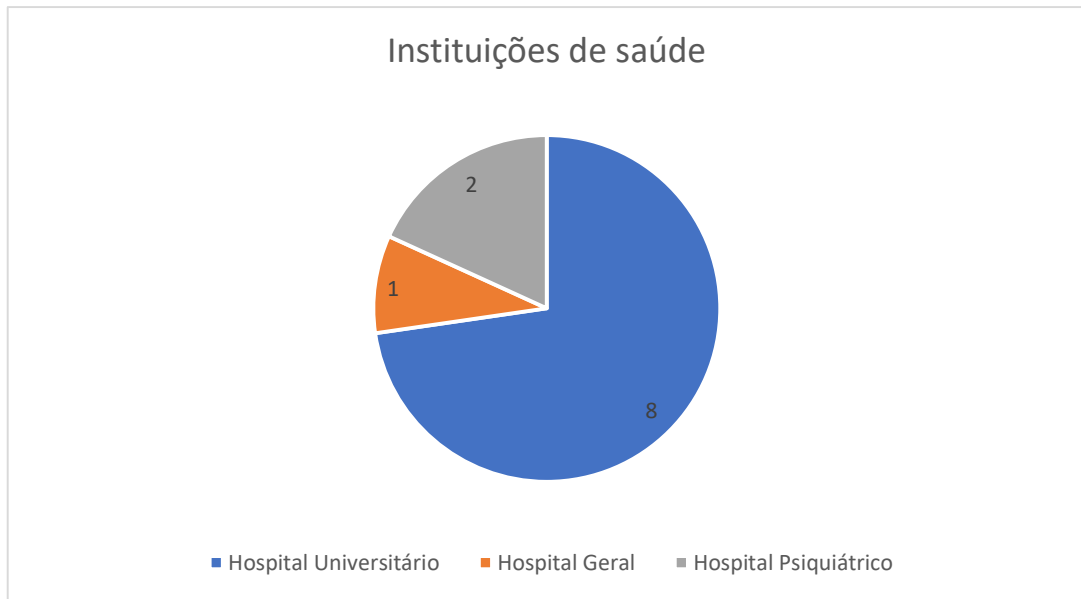
## ETAPA 2

**Tabela 2.** Categorização dos artigos selecionados na segunda etapa, de acordo com a identificação (autor(es) e ano), título, local do estudo, objetivo do estudo e ação característica da clínica ampliada (n=10).

AUTOR(ES), ANO	TÍTULO	LOCAL DO ESTUDO	OBJETIVO DO ESTUDO	AÇÃO DE CLÍNICA AMPLIADA
MARTINS, 2017	Recursos conversacionais para a clínica ampliada com famílias em saúde mental	SP	Analisar a aproximação de uma prática com famílias (as reuniões familiares) à noção de clínica ampliada no cuidado em saúde mental	Programa de Assistência Familiar (reuniões familiares)
LOBO, 2013	Psicoterapia Breve gestáltica para homens com HIV/AIDS em contexto de clínica ampliada	PA	Incentivar os participantes da pesquisa a vivenciar a atenção à própria saúde reconhecendo-a enquanto direito de cidadania básico a todos os homens	Psicoterapia breve gestáltica
FERREIRA, 2013	Uma experiência possível: tecendo a oficina terapêutica no hospital geral	RS	Apresentar a criação das oficinas terapêuticas como dispositivos da clínica ampliada; das nuances no cuidado e na atenção do sujeito com transtornos psíquicos graves e dos usuários de drogas durante a internação	Oficina terapêutica de futebol
LIMA, DE CARVALHO e PIRES, 2020	Plantão psicológico como estratégia de clínica ampliada: uma revisão integrativa	SP	Analisar como se dá o funcionamento do PP na ACP no Brasil, identificar seus possíveis campos de atuação e refletir o PP como estratégia da clínica ampliada	Plantão Psicológico
LIMA, MOURA e CAVALCANTE, 2017	Projeto Terapêutico Singular como Abordagem Multiprofissional no Hospital	AL	Descrever a abordagem multiprofissional por meio do desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular num contexto hospitalar.	Implantação do Projeto Terapêutico Singular na Clínica Médica
BALBINOT, 2012	Processo de desinstitucionalização da	RS	Apresentar o processo de desinstitucionalização, as	Reabilitação psicossocial por

	prática e desospitalização em hospital psiquiátrico: estudo de caso		peculiaridades provenientes desse processo e discuti-las dentro de uma visão crítica, mas principalmente ética.	equipe multidisciplinar, por meio de PTS
LUZ, et al, 2016	Consulta compartilhada: uma perspectiva da clínica ampliada na visão da residência multiprofissional	MG	Refletir sobre a assistência dos residentes na perspectiva da clínica ampliada a nível ambulatorial.	Consultas compartilhadas
GUEDES, 2020	A Clínica Ampliada na Psicologia: grupos nas salas de espera do hospital geral	RJ	Apresentar os grupos nas salas de espera, com ênfase na prevenção e promoção de saúde, como estratégia para a vivência de uma Clínica Ampliada no contexto hospitalar na formação em Psicologia.	Ações em grupo de prevenção e promoção à saúde é proposta na sala de espera.
LIMA e MARTINS, 2017	Reflexões sobre o trabalho da psicologia na uti	MS	Refletir sobre as práticas da Psicologia em uma Unidade de Terapia Intensiva adulto, relacionando-as com as propostas da Política Nacional de Humanização.	Conferência familiar (reuniões entre equipe e familiares); clínica voltada para o cuidado
OLIVEIRA, 2014	Experiência de formação em residência multiprofissional como dispositivo de ampliação da clínica num hospital universitário	SE	Mapear e analisar práticas que apontam na direção de alguns dispositivos de produção de cuidado e de saúde, sobretudo da clínica ampliada	A proposta da formação em residência multiprofissional como atitude transdisciplinar

Nesta etapa, com foco para intervenções de clínica ampliada no ambiente hospitalar, também se encontrou uma publicação embasada na Gestalt-terapia, única que também se encontra na primeira fase desta pesquisa. Assim, as outras publicações baseiam-se em outras abordagens teóricas (2) ou não a específica (7). Visto que este trabalho busca analisar como os conceitos da abordagem gestáltica podem ser relacionados à clínica ampliada, encontrar uma minoria de trabalhos com essa perspectiva não implica em uma limitação, mas abrange as possibilidades para que se possa encontrar o fazer gestáltico nas entrelinhas de outras práticas, criadas, principalmente, em equipes multiprofissionais. Por outro lado, houve uma baixa variedade nos tipos de hospitais alvos dos referidos estudos, conforme apresentado no gráfico a seguir:

**GRÁFICO 2:** Apresentação das instituições de saúde encontradas na etapa 2 da pesquisa

Esses dados não determinam que há mais ações de clínica ampliada nos hospitais universitários, mas sim que há mais produção científica nesses locais, devido à influência do ambiente acadêmico. Assim, as intervenções que serão discutidas a seguir, são baseadas nessas instituições, uma amostra do que pode ser encontrado nas demais instituições pelo país. A partir dessas considerações, dividiu-se a discussão em 4 categorias temáticas: as ações de clínica ampliada; perspectiva do Gestalt-terapeuta; contribuições para ampliação da clínica; e desafios na implantação das ações.

Em primeira instância, este trabalho se propõe a explorar as intervenções que estão sendo utilizadas em todo o sistema de saúde, caracterizadas como clínica ampliada, seja no hospital ou nos dispositivos da atenção primária. Assim, pode-se perceber, amplamente, de que forma as equipes têm atuado nos últimos anos. Em seguida, enfatiza-se na atuação do psicólogo baseado na abordagem gestáltica, em duas perspectivas: os suportes teóricos utilizados para a sua atuação nessa perspectiva, explorando os conceitos citados acima, e as consequentes colaborações para o planejamento e implantação de intervenções no ambiente hospitalar.

Além disso, as temáticas seguintes evidenciam as repercussões trazidas por essas ações para o ambiente hospitalar, especificamente. A princípio, são discutidas as contribuições encontradas nas instituições estudadas, assim como, possíveis contribuições de intervenções utilizadas na atenção básica que podem ser trazidas para o hospital. Em outra perspectiva, por fim, são analisados os desafios encontrados durante os processos de desenvolvimento das ações

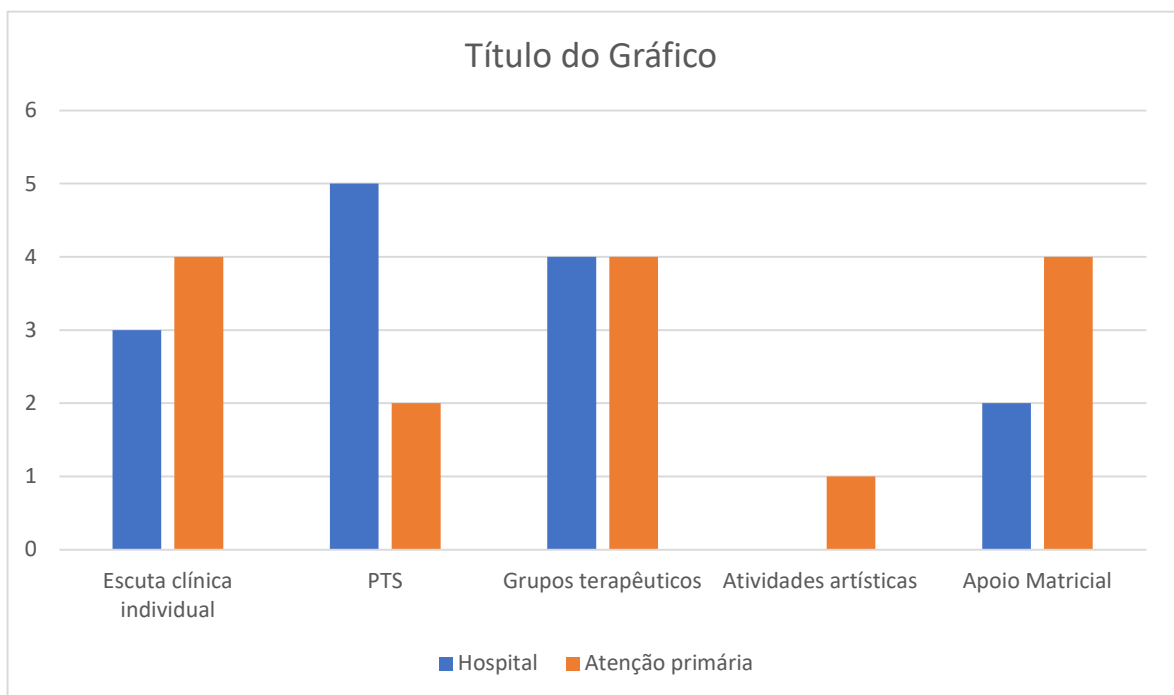
e, também, os possíveis desafios previstos nas adaptações entre diferentes locais, equipes e tipos de instituições.

## 5 DISCUSSÃO

### 5.1 As ações de Clínica ampliada

Em ambas as etapas de pesquisa, percebe-se que os autores definem as intervenções de diferentes formas: algumas quanto ao tipo de programa instalado, que abrange ações variadas, outras quanto à modalidade de atendimento, quando pontua uma atuação específica da Psicologia, outras ainda quanto ao objetivo teórico. Sendo que, dentre os programas encontrados, há ações realizadas pela equipe multiprofissional ou por meio da atuação para o psicólogo em instituições de saúde. Por esse motivo, o gráfico abaixo foi construído a fim de sincronizar, quantitativamente, sub-temáticas a serem discutidas neste tópico, reiterando que uma publicação pode relatar mais de uma ação interventiva. Serão discutidos, por conseguinte, os 3 tipos de ações que aparecem com mais frequência nos dados encontrados sobre o hospital público: escuta clínica individual, Projeto Terapêutico Singular e grupos terapêuticos.

**GRÁFICO 3:** categorização das ações de clínica ampliada conforme eixos temáticos





### 5.1.1 As ações baseadas na escuta clínica individual

Muito se fala das dificuldades de fazer clínica em ambientes institucionais, que implicam diferenças para o processo psicoterapêutico individual presente nos consultórios. Entretanto, o fazer psicológico, nesse ponto independente da abordagem teórica que se segue, se caracteriza por uma atenção diferencial para a escuta. Assim, durante a revisão, é possível observar formas de o psicólogo atuar nessa constância da escuta clínica individual em todo o sistema de saúde, a fim de oferecer acolhimento, informações importantes sobre o tratamento realizado e amenizar angústias vivenciadas nesses ambientes. Nessa lógica, os dispositivos de atenção básica buscam formas de mudar a direção do foco profissional que era, majoritariamente, técnico e voltado para a doença. Com a perspectiva trazida pela clínica ampliada, as ações estendem seus objetivos para investigar o caso singular em seus aspectos genéricos, por meio da escuta. Para ratificar essa ideia, Bittencourt e Boing (2017) destacam que as Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) no CAPS pontuam que o objeto de investigação e intervenção é o “conjunto de condições concretas de existência da população, seus determinantes nos processos saúde-doença, suas expressões em experiências de sofrimento de sujeitos singulares” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013 apud BITTENCOURT E BOING, 2017, p. 59).

Na mesma perspectiva, Guedes (2020) utiliza Simonetti (2004) para nos lembrar que a fala do paciente é essencial para que possa emergir a sua subjetividade, o que implica em se falar em adoecimento de um sujeito em vez de focar apenas realidade biológica da doença, uma perspectiva unicamente técnica do profissional da saúde. Assim, Lôbo (2013) pontua que as ações de clínica ampliada destacam que a compreensão da escuta clínica como ferramenta que se caracteriza por “resgatar a condição de pessoa e não de um mero ‘paciente’, é buscar estimular o indivíduo para ter consciência sobre si mesmo e assim poder escrever sua própria história com as possibilidades que tem” (p.17-18).

Consoante a isso, Lima (2019) explica que a escuta profissional, nessa perspectiva, visa uma atenção voltada para toda a “rede de subjetividade” que o caracteriza, enquanto situações que o atravessam, trazendo a visão de homem da abordagem gestáltica, que o considera enquanto ser permeado de interações de contextos que coexistem, como o social, o econômico, o político, etc que integram o campo vivencial do sujeito. Por isso, nessa atuação há uma busca por compreensão, conforme o método fenomenológico, que, para esse autor “não significa

tentar “minimizar” o sofrimento, a revolta e a indignação do outro” (p. 1060), mas sim viabilizar, quando possível, o acesso aos meios de alcançar respostas para suas angústias de modo autônomo e responsável.

Essa ideia vai ao encontro das ações realizadas por Campos e Daltro (2015), as quais, chamadas de Ações terapêuticas, são direcionadas para esse público que não traz apenas problemas psicoemocionais e que, majoritariamente, busca atendimentos durante momentos de crise, sem intenção ou condições de manter um vínculo psicoterapêutico de longa duração. Nesse caso, a Unidade de Saúde da Família (USF), utilizou o Plantão Psicológico como ação terapêutica, pois é esta modalidade de atendimento é voltada para quando o terapeuta tem poucos encontros com o usuário ou grande espaço entre eles. Assim, a escuta se mostra importante, para que o terapeuta possa trabalhar com o tema emergencial e estar atento à dinâmica contextual dele. Consequentemente, pode guiar-se para encaminhamentos ou intervenções que o levem a uma tomada de consciência quanto às possibilidades tangíveis de mudança.

É importante evidenciar, portanto que esta é uma ferramenta que, apesar de seguir o diálogo como essência, pode ser explorada de muitas maneiras, superando o modelo hospitalocêntrico bem como a atuação clássica do psicólogo nos consultórios, sendo realizadas tanto de modo individual quanto em grupo, assim como dentro ou fora do ambiente hospitalar. Por exemplo, o Plantão Psicológico, citado anteriormente na USF, surgiu como uma forma de inserção do psicólogo no hospital, como um movimento para promoção de saúde, à medida em que “a escuta do plantonista visa possibilitar que a pessoa se situe melhor naquele momento e consiga verbalizar sua urgência, clareando para si mesma aquilo de que necessita, podendo, portanto, evitar o acúmulo da ansiedade” (TASSINARI, 2016, p. 920 apud LIMA; DE CARVALHO; PIRES, 2020)

A partir das possibilidades encontradas na revisão, afirma-se a ideia de que “não se trata de dizer se uma prática é ou não uma clínica ampliada, mas em que medida a ampliação da clínica se produz conforme ela é praticada de determinadas maneiras” (Martins, 2017, p.39). Por isso, essas atitudes não implicam somente em intervenções super complexas e burocráticas a serem criadas, mas, principalmente, em reavaliar aquilo que pode ser feito para alcançar o que cada paciente precisa, como forma de cuidado constante e não só com o fim curativo.

As ações em destaque neste trabalho dizem respeito a quem essa escuta está direcionada, seja por meio de grupos terapêuticos ou Projeto Terapêutico Singular, os quais serão discutidos

adiante, o trabalho do terapeuta não deve ser solo e a escuta clínica deve ser direcionada a um sujeito, adoecido, mas ainda responsável do seu próprio processo saúde-doença. A visão de clínica ampliada chega ao hospital para levar esse destaque para toda a equipe e, proporcionar ações que respeitem e incluam o sujeito nos seus planos de tratamento, conforme Oliveira (2014) evidencia em concessões como “remanejamento de leitos, em virtude de incômodos com a temperatura, posição da janela, aproximação ou desentendimento com outros usuários, dentre outros motivos” (p. 92), cuja culminância representa, para eles, a importância de serem ouvidos e da presença inteira do terapeuta (CAMPOS; DALTRO, 2015).

Um exemplo claro dessa intervenção é a proposta de Bernardo e Belmino (2015) em requerer a clínica do sofrimento ético-político e antropológico, embasada na perspectiva gestáltica, como modelo teórico de inserção do psicólogo nas políticas públicas de saúde, à medida em que se disponibiliza a acompanhar os usuários em seus pedidos de ajuda. Isso não significa atender a todos os pedidos, mas ajudá-los a identificar quais as suas necessidades, assim como a executar as tarefas que possam promover sua autonomia, quanto ao lugar social que ainda ocupam ou querem ocupar. Além disso, podem reconhecer, por intermédio da intervenção, o(s) “semelhante(s)” junto a quem possam compartilhar atenção e resultados.

Por conseguinte, uma das formas tangíveis de fazer isso é olhar para a família desse paciente como oportunidade de expressarem seus sentimentos, receberem resposta às suas questões, opinarem sobre o processo e contribuir para o cuidado ao familiar adoecido. Nesse sentido, enfatiza-se a inclusão familiar no processo de hospitalização, muitas vezes de forma paralela à valorização da subjetividade do usuário. Contudo, essa atenção pode ocorrer tanto em grupo, como enfatizam o Programa de Assistência Familiar e as Conferências Familiares na sessão seguinte, quanto de forma individual, promovendo acolhimento e esclarecimentos aos sofrimentos presentes para, posteriormente, proporcionar novas possibilidades terapêuticas ao paciente, por meio da proximidade familiar, como enfatizam Bittencourt e Boing (2017).

Isto posto, estas ações voltadas para a escuta individual elucidam que em meio a um campo permeado por sofrimentos e anulações, a abordagem gestáltica em conexão com a clínica ampliada, consideram o paciente como ser capaz de expor suas necessidades e responsabilizar-se pelo próprio processo, conforme pontua o que é figura para si naquele momento e pode escolher formas de autorregular-se. Assim, quando esse momento de escuta é voltado também para a equipe e para a família, mostra-se importante, inclusive, para as decisões sobre o seguimento do tratamento e deve ser revisitado sempre que possível, pois é necessário que haja

coerência entre as expectativas e as ações de todos os atores deste processo, compondo o campo vivencial do sujeito de forma que estejam entrelaçados por objetivos em comum, mas ainda singulares em suas percepções.

### 5.1.2 Grupos Terapêuticos

Conforme citado anteriormente, as ações terapêuticas direcionadas para grupos não implicam em desconsiderar as singularidades de cada sujeito que o compõe, mas são criadas a partir “das demandas e das necessidades da comunidade ou do indivíduo, procurando entendê-los dentro da sua realidade, e assim, atendê-los com atividades que fazem sentido para aquela comunidade ou aquela pessoa” (DIÓGENES, 2014, p. 73). Assim, a construção destes encontros pode se dar por meio da coleta de temas de interesses afins; de atividades do cotidiano que, trazidas para o ambiente de saúde, provocam a erupção de conteúdos em comum; ou experiências próximas que incentivem a troca de informações e emoções.

A exemplo da primeira possibilidade, Diógenes (2014) pontua como incluía pacientes que faziam atendimento individual em um grupo sobre saúde mental: após as sessões individuais, havia uma análise de interesses e possibilidades, que favorecessem sua entrada no grupo terapêutico. Por conseguinte, havia também a opção de, ao final dos encontros coletivos, ele frequentar uma oficina artística, que é aberta. Na mesma perspectiva, Cerqueira (2019) relata o grupo chamado “Mente Saudável”, o qual era semiaberto, ou seja, composto por pessoas com ou sem diagnóstico em doenças crônicas, como hipertensão e/ou diabetes, mediante participação em uma atividade física, momento em que era feito o levantamento das demandas de trabalho e de quais formas cada categoria profissional da equipe poderia abordá-las. O grupo conduzido pela psicóloga, neste caso, debatia sobre temas como estresse, ansiedade e dificuldade para dormir, sem um roteiro pré-estabelecido. A autora e psicóloga em questão descreve, então que:

convidava as participantes a descreverem o que experimentavam a respeito das temáticas abordadas no momento do grupo, sempre ressaltando os combinados de convivência do mesmo: respeitar o momento de fala do outro; não comentar a respeito do que é discutido dentro do grupo fora do mesmo; ser assíduo nos encontros; evitar atrasos (CERQUEIRA, 2019, p. 26)

Os combinados/contratos realizados com os grupos são importantes, pois assim como uma relação individual com o terapeuta, prezam pela ética profissional e simbolizam o cuidado com cada um presente nesse encontro, visto que as reuniões, principalmente sob a perspectiva gestáltica, estão diretamente ligadas à “compreensão do campo, ao respeito ao ritmo deles e ao

que realmente fará sentido para o desenvolvimento de um funcionamento saudável da comunidade como um todo” (DIÓGENES, 2014, p. 72), e consoante a atividades que visam envolver mais cada um com o que estão sentindo e vivenciando naquele momento, com o aqui-e-agora.

Sobre a segunda perspectiva, é importante ressaltar a possibilidade de atividades cotidianas que, em um contexto com potencial para criação de vínculos e compartilhamentos de vivências, tornar emergente um grupo com objetivos terapêuticos ou informativos. Consoante a isso, Ferreira (2014) traz a construção da oficina terapêutica do futebol a partir da escuta com um grupo de usuários, numa conversa informal na hora do almoço referente ao resultado de um campeonato e os sentidos dessa prática para eles. Então, surgiu a possibilidade de trazer o futebol para o hospital, com a parceria da comunidade para realização em um espaço adequado, a fim de apresentar um formato de clínica em movimento, voltada para o resgate da subjetividade do sujeito, por meio de tecnologia leve da saúde, ou seja, que perpassa os processos relacionais e de atenção integral como norteadores dessas ações (COELHO; JORGE, 2009).

Nesse mesmo viés, Guedes (2020) destaca a possibilidade de implantar ações de prevenção e promoção à saúde na sala de espera, que, apesar de incomum, pode ser um lugar para vivenciar a Clínica Ampliada, de forma que os usuários e seus familiares possam incentivar interesse e participação em refletir sobre seus processos de saúde e doença, seus estilos de vida, seus corpos e formas de autocuidado. Além disso, caracteriza-se como um método de intervenção problematizador, à medida em que se envolve os participantes na discussão de materiais informativos, assim como em dinâmicas de alongamento, dramatizações, exercícios de relaxamento, distribuição de chá, dentre outras variações conforme a temática abordada.

Na terceira alternativa, a proximidade entre as pessoas que estão inseridas no contexto de adoecimento, seja entre pacientes ou entre familiares, também favorece a formação de grupos. Isso pode ser observado nos exemplos trazidos por Bittencourt e Boing (2017), dentre os quais destacam-se o Grupo Terapêutico para Crianças com idade de 5 a 7 anos, que buscava “oferecer às crianças um espaço lúdico e simbólico como instrumento para lidar com o sofrimento psíquico”, por meio da interação e criação de vínculos entre elas; e o Grupo Multifamílias, para o qual foram convidados usuários adolescentes e seus familiares. Este último, tinha a finalidade de descobrir e/ou entrar em contato com recursos pessoais que potencializam o enfrentamento de situações vivenciadas pelos envolvidos nesse contexto. Em

ambos, eram enfatizadas intervenções que trabalhassem questões de ordem relacional, emocional e familiar, que tenham conexão com o momento presente, assim como com eventos anteriores vivenciados no âmbito hospitalar que marcaram a vida dos usuários.

Somado a isso, os estudos de Martins (2017) e Lima e Martins (2017) destacam ações voltadas para os familiares que acompanham usuários no ambiente hospitalar. O primeiro, descreve o Programa de Assistência Familiar, o qual utilizou a prática dos processos reflexivos como recurso para as reuniões familiares, no formato proposto por Tom Andersen em 1999. Nesse método, a equipe reflexiva participa da sessão posicionada fora da conversa principal (com os profissionais de campo), até que seja convidada a compartilhar aspectos que possibilitam abrir possibilidades de discussão. Assim, continua-se a sessão a partir dessa intervenção, com a premissa de que o revezamento entre posições de fala e escuta permita a emergência de diferentes e novos sentidos sobre os temas discutidos em sessão (MARTINS, 2017).

Por fim, Lima e Martins (2017), realizaram conferências com familiares, nas quais estes tiveram oportunidade de expressarem seus sentimentos e de receberem resposta às suas questões. Por meio delas, foi possível ampliar não só a escuta sobre as demandas necessárias, mas também a percepção sobre a importância do contato familiar com o paciente internado na terapia intensiva, principalmente. Dessa forma, conquistou-se a expansão do horário de visita para usuários conscientes de todas as idades na terapia intensiva, que passou de uma hora por dia para oito horas por dia. O que, assim como as outras intervenções, só se tornou factível mediante o olhar de toda a equipe para esses grupos e para a singularidade de cada paciente.

Dessa forma, as ações realizadas por meio de grupos terapêuticos apontam para possíveis autorregulações orgânicas, consoante a sustentação epistemológica da abordagem gestáltica, pois eles se configuram como campo que influencia cada sujeito ao mesmo tempo em que é constituído por eles, por meio do processo de contatar. Assim, os encontros podem ser a ação para que a equipe promova o vínculo terapêutico, bem como, um meio para que, com a experiência em grupo e a mediação da equipe, cada um, à sua maneira, alcance a ampliação da consciência (awareness) e, por conseguinte, encontre ajustamentos criativos funcionais para situações particulares. É essa busca que marca, também, o Projeto Terapêutico Singular, conforme será exposto a seguir.

### 5.1.3 Projeto Terapêutico Singular

O PTS [Projeto Terapêutico Singular] é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário e, geralmente, é dedicado a situações mais complexas (BRASIL, 2007, p. 40)

Percebe-se, então, que o PTS não é uma intervenção por si só, mas um recurso utilizado por uma equipe referencial, ou seja, que estabelece um vínculo entre si e com um grupo de usuários (BRASIL, 2007), para encontrar os meios mais eficazes e eficientes de promover saúde para aquele usuário ou grupo, voltando-se para a sua singularidade. A exemplo disso, a consulta compartilhada é uma ação que viabiliza a comunicação transversal na equipe e entre equipes, visto que, com o PTS, as intervenções ocorrem ao longo do tratamento, com diagnóstico diferencial, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação constante (OLIVEIRA, 2014; BALBINOT, 2012).

Por outro lado, apesar de ser considerado por Cunha (2004), uma variação do “estudo de caso”, o PTS possibilita, também, ações variadas de acordo com as possibilidades do espaço e da equipe, como, por exemplo, as oficinas terapêuticas de futebol, que foram criadas no contexto do Hospital geral como um dispositivo diferente, que acolheria a subjetividade de todos os envolvidos, com o objetivo de “amenizar o impacto da internação do usuário, desenvolvendo as habilidades corporais, os sentimentos e o exercício da coletividade de ser cidadão” (FERREIRA, 2013, p. 10).

Em conformidade com a relevância da participação familiar no processo de hospitalização descrito acima, Balbinot (2012) destaca que “a proximidade ou afastamento do seio familiar também gera ansiedade no sujeito e necessita ser trabalhada continuamente ao longo de todo o acompanhamento, e não de modo transversal ou em algumas situações” (p.287), ou seja, de modo com que esse vínculo se configure como sua rede de apoio efetiva, dentro e fora do hospital. Nesse sentido, o sujeito e seus familiares são incluídos no PTS não só para fins informativos, mas, principalmente, para que possam colaborar com o processo de forma que sejam também instrumentalizados para preparar o usuário adoecido para enfrentá-lo (LIMA, MOURA e CAVALCANTE, 2017).

Por isso, com as mudanças que podem ocorrer ao longo do processo, tanto referentes às exigências institucionais quanto às percepções da equipe ou o desenvolvimento dos próprios usuários, a reavaliação constante é uma ação que contribui para a eficiência do PTS. Assim,

Bittencourt e Boing (2017) destacam as reuniões semanais que envolviam psicólogas, enfermeiras, técnicas de enfermagem, assistente social, psiquiatra e estagiárias da equipe do CAPSi, para discutir os casos, revisar os PTS e decidir ações intersetoriais e, por meio das quais, eram discutidas as contribuições de teorias e práticas específicas da Psicologia em toda a rede de atenção.

Portanto, a busca por ações que favoreçam a autorregulação orgânica dos pacientes é uma característica marcante no PTS, assim como nos grupos terapêuticos citados anteriormente, porém difere-se, nesse momento, pois há um único paciente como figura, enquanto a equipe, familiares e outros atores sociais se mostram como fundo, em uma relação dinâmica que permite uma escuta diferencial na direção da satisfação das exigências do contexto de hospitalização, sem, necessariamente, eximir o paciente de suas emoções ou responsabilidades (MENDES; BARATIERI, 2011). Assim, percebe-se a importância da presença do psicólogo nesse ambiente, contribuindo para uma efetiva ampliação da clínica, como veremos a seguir.

## **5.2 Intervenções do Gestalt-terapeuta nas ações de clínica ampliada**

Conforme as informações anteriores, a revisão possibilitou destacar a importância do psicólogo para expandir o conceito de clínica ampliada para a prática hospitalar, por meio de ações em todo o sistema de saúde. Nesse sentido, à sua maneira e de acordo com as possibilidades e potencialidades de cada local, cada ação teve a participação do psicólogo de formas variadas. Majoritariamente, destaca-se as ações baseadas na escuta clínica, ainda quando conectada também com o PTS, pois de acordo com o pensamento de Lobo (2013):

A atuação da Psicologia, principalmente, a clínica, tem uma importância ímpar na medida em que possibilita uma facilitação dessa escuta por meios próprios e aperfeiçoados ao longo da história que veio desde a concepção de um sujeito patológico até a de um sujeito com potencialidades a serem desenvolvidas (Lôbo, 2013, p. 17-18)

Assim, um atendimento psicoterápico em visita psicológica à beira leito (enfermaria), por exemplo, que é a ação a que se refere a reflexão de Lobo (2013), configura-se de maneira coerente às outras intervenções, pois, apesar de serem voltadas para questões emergentes, também disponibilizam uma “escuta atenta para as questões particulares trazidas por cada paciente” (LIMA, DE CARVALHO e PIRES, 2020). Para a abordagem gestáltica, isso implica



em trabalhar com base no método fenomenológico, o qual, de acordo com Ginger e Ginger (1995) e Rehfeld (2013), se sustenta na tentativa constante de compreender a realidade como é em si, assim como mover-se na direção do que é central para a pessoa que experiencia, considerando como cada vivência é percebida ou sentida corporalmente, mediante o que se apresenta no momento da fala.

Nesse ponto emerge a linha tênue entre a prática clínica da Gestalt-terapia e a prática hospitalar, pois apesar de métodos e características diferentes, ambas têm na escuta essa perspectiva de cuidado voltado para o contato. No quadro 1 (VER PÁGINA 36), apresentado nos resultados, a primeira correlação entre conceitos da abordagem gestáltica e da clínica ampliada se dá entre contato e processo saúde-doença. Isso se deve ao fato de que, esse processo, enquanto figura que emerge de um campo afetivo, físico, social e cultural que compõe a realidade desta pessoa, ou seja, seu fundo de vividos, só pode ser acessado pelo terapeuta, à medida em que o sujeito se permita compreender sua experiência de sofrimento e, assim, ponderar desafios a serem enfrentados e potencialidades a serem desenvolvidas na direção de uma solução.

O cuidado é visto, portanto, em Gestalt-terapia, como um trinômio entre o contato, a conscientização (awareness) e a ação (LIMA, 2019). Processo que, sob a perspectiva gestáltica, apresenta-se no ciclo de contato, o qual inicia-se quando o sujeito se depara com uma necessidade e se permite vivenciá-la, de forma que apenas por meio da experiência é possível uma ampliação da consciência, que lhe permita compreender essa necessidade como uma realidade concreta e passível de escolhas. Obtém-se, então, uma conclusão que pode significar aceitar ou rejeitar certas possibilidades, de acordo com os ajustamentos possíveis para esse sujeito nesse momento (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997).

Nesse sentido, a função do psicólogo, enquanto Gestalt-terapeuta, é auxiliar o paciente a ampliar sua consciência mediante os desafios e possibilidades que a hospitalização apresenta. Entretanto, tal atitude, muitas vezes, não implica em solucionar diretamente os focos centrais de sofrimento, como problemas sociais e/ou econômicos, mas em **auxiliar o sujeito no seu inevitável encontro com a dor, promovendo uma maior conscientização das suas necessidades individuais e sociais, ao mesmo tempo em que se busca recursos e conhecimentos próprios que podem contribuir para possíveis soluções** (ALMEIDA, 2020; BERNARDO; BELMINO, 2015; LIMA, 2019).

Além disso, essa atitude é importante também em intervenções em grupo, principalmente voltadas para a família, a fim de construir uma relação de confiança que resulte na maior autonomia dos usuários, como evidenciado nas conferências familiares e no Programa de Assistência Familiar. Assim, a escuta aos sofrimentos da família e do usuário possibilita o surgimento de estratégias que envolvam usuários e familiares, considerando suas contribuições (GUEDES, 2020; LIMA; MARTINS, 2017; OLIVEIRA, 2014). Por isso, quando o organograma (quadro 1) correlaciona, também, totalidade e singularidade, pressupõe-se que o papel do psicólogo, que atua sob o aporte da abordagem gestáltica, nessas instituições, também é considerar o sujeito a partir das implicações sociais do seu discurso, evidenciando a necessidade de uma atenção para as suas relações, por meio da criação de vínculo integrado entre equipe, família e usuário. **Isso porque, desconsiderar sua relação com o meio em que vive, seria voltar à percepção individualista e invalidar os sentidos que todos os campos que o envolvem implicam na constituição de si, enquanto totalidade** (PERLS, 2002; RIBEIRO, 2016). Assim, a teoria de campo e a teoria holística se complementam à concepção de cuidado por meio do contato à medida em que, ao pensar medidas de promoção de saúde a um sujeito, necessita-se considerá-lo enquanto ser holístico que se fundamenta mediante a sua forma de se relacionar consigo e com o meio.

Da mesma forma, seu processo saúde-doença se desenvolve enquanto totalidade à medida em que é permeado por uma rede de apoio que favoreça a presença de ações terapêuticas que visem à expressão de sua singularidade, autonomia e a autogestão (DIÓGENES, 2014; CAMPOS; DALTRO, 2015). Assim, há a possibilidade de pensar em estratégias para gerir e estimular ações que fortaleçam a qualidade de vida do usuário, direcionando-se, também, para o campo que está inserido, por meio de uma escuta sensível e atenciosa para as necessidades e potencialidades da comunidade que o envolve (LOBO, 2013; BERNARDO; BELMINO, 2015).

Em outra perspectiva, o trabalho em equipe nesse ambiente implica, conforme Lima, Moura e Cavalcante (2012) descrevem, na contribuição de cada profissional, com seu conhecimento, na busca pela resolução de uma problemática. Para além disso, é necessário que tais resoluções sejam pensadas e praticadas com interação social, horizontalidade e flexibilidade entre os trabalhadores, ou seja, “sustentados por uma atuação multiprofissional e iluminados por uma construção interdisciplinar, com responsabilidade integral sobre a população adscrita, sendo esta compreendida como parceira da equipe de saúde” (ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p. 151). Assim, o papel do psicólogo nesse momento é de ampliar um olhar

que seria puramente biomédico e curativo para a dimensão psicológica, que leva em consideração as contribuições da família e do usuário, para que as decisões possam seguir um viés integrativo, assim como, para que sua atuação seja validada neste ambiente (GUEDES, 2020).

Paralelo a isso, o hospital ainda é uma instituição pautada no diagnóstico biomédico, por isso, a função do psicólogo também está condicionada a esse parâmetro para atuação, principalmente ao relacionar-se com uma equipe multiprofissional. A percepção do profissional influencia no momento existencial do sujeito adoecido, visto que, para a abordagem gestáltica, este é um pensamento processual, no qual acompanha-se o seu desenvolvimento, em seus avanços e transformações, diferente de como se fosse fixado à forma que a pessoa se apresenta antes do tratamento iniciar (FRAZÃO, 1995). Contudo, mediante sua receptividade como um rótulo, pode-se apresentar um luto simbólico por uma sensação de perda da “indestrutibilidade”, somado à incerteza sobre a duração desta condição no curso da vida (LOBO, 2013). Por isso, cabe ao Gestalt-terapeuta, no hospital, dispor de um olhar não reducionista a este usuário e que, assim, tenha um posicionamento ativo durante toda a trajetória de adoecimento, para compreender os sentidos que o diagnóstico e o processo de hospitalização implicam na vida do paciente (FRAZÃO, 1995).

Por fim, no processo de desligamento do vínculo hospitalar, há a possibilidade de o psicólogo dar continuidade à intervenção iniciada no período intra-hospitalar ou acolher demandas emergentes durante as consultas compartilhadas a serem trabalhadas por meio de atendimentos individuais agendados com periodicidade definida pela necessidade de cada paciente assistido (LUZ, et al. 2016). Mediante os pontos descritos, já se imagina que a atuação do profissional de Psicologia na equipe com uma perspectiva interdisciplinar traz muitas mudanças que proporcionam a ampliação da clínica, assim como desafios a serem enfrentados.

### **5.3 Contribuições para ampliação da clínica no hospital público**

Dentre as ações analisadas na revisão, destaca-se a contribuição descrita por Balbinot (2012), que apresenta de forma abrangente a concretização dos objetivos da clínica ampliada no hospital, quando ele relata que a reabilitação psicossocial por equipe multidisciplinar no processo de desospitalização, por meio de Projeto Terapêutico Singular:

Ampliou-se as possibilidades de atendimento, e com o desenvolvimento de um trabalho mais direcionado e efetivo, conseguiu-se utilizar dos anseios do sujeito para, a partir desses, juntar com o saber profissional de cada área do conhecimento, para

com as experiências individuais ali apresentadas alcançar mais degraus e ficar ainda mais próximo do objetivo (BALBINOT, 2012, p. 286)

Com base nessa ideia, foi possível perceber que todas as intervenções tinham objetivos amplos, mas cabe aqui evidenciar quatro características que possam agrupar os tipos de contribuição, a saber: há as voltadas para promover acolhimento aos anseios do usuário e da família durante o processo de hospitalização; as que possibilitaram elaboração de questões extra-hospitalares; as que promoveram a oferta de um serviço integral; e as que permitem participação ativa dos usuários, por meio dos grupos terapêuticos.

O primeiro grupo teve como intervenção principal, proporcionar atendimentos em situações de crise, com os quais puderam promover maior inclusão dos usuários no próprio processo, à medida em que se dispôs a ouvir as queixas, para entender sua história de vida e visão de mundo e correlacionar a doença com a estrutura de vida do paciente. Isso é possível, pois houve a proposta de um espaço de acolhimento às angústias e sofrimentos do momento, que promove a criação de um vínculo terapêutico, importante para favorecer as possibilidades de descrição do paciente, assim como amenizar os impactos da internação (FERREIRA, 2013; LIMA, DE CARVALHO e PIRES, 2020). Circunstância consoante à abordagem gestáltica, pois esta considera a doença como uma facticidade que está inserida no curso da vida de uma pessoa e que, cabe a ela, mediante seus campos relacionais, dar sentido ao que considera possível, enquanto limites entre o saudável e o patológico, para que possa vivenciar tal processo (DE LUCAS FREITAS, STROIEK, BOTIN, 2010; MIRANDA, 2003).

Na mesma perspectiva, tal abordagem considera o paciente enquanto ser humano autêntico e capaz de exercer escolhas saudáveis, mediante a própria liberdade e responsabilidade, bem como, seu potencial de atribuir sentido às circunstâncias que surgem, segundo os pressupostos existenciais e humanistas já estudados (GINGER e GINGER, 1995; CARDOSO, 2013). Dessa forma, integra-se o paciente ao planejamento e desenvolvimento do seu próprio processo, por meio de métodos de intervenção provocativos que o incentiva a ter interesse, consciência, participação e responsabilidade sobre suas próprias histórias com as possibilidades que surgiam (GUEDES, 2020; LÔBO, 2013). Assim, foi possível perceber que ações que trazem o usuário para junto da equipe, enquanto sujeito responsável pelo seu processo, contribuem para que haja maior aceitação e apropriação do tratamento, assim como reconhecimento de recursos próprios para agir na via contrária aos sentimentos de restrição e impotência e recuperação da motivação para a necessidade de viver (LIMA, 2019).

Paralelamente a isso, o segundo grupo destacou-se por possibilitar a compreensão da condição de pessoa e não de adoecido, ao enfatizar a relevância da relação terapêutica como vetor da escuta nesse processo, de modo que embora seja necessário manter o foco de trabalho em temas emergenciais, diferente de outros profissionais, psicólogo fica atento à dinâmica contextual e à singularidade do paciente. Tal atitude contribui para que encaminhamentos e intervenções sejam vinculados a uma maior tomada de consciência, estimulando a autonomia e a ampliação de ajustamentos criativos funcionais frente às necessidades e aos desafios enfrentados (CAMPOS; DALTRO, 2015; BERNARDO; BELMINO, 2015; LIMA, 2019).

Por isso, parte da função do psicólogo no ambiente hospitalar é promover ao paciente que ele acredite ser capaz de, mesmo em situações adversas, de buscar, por si só, possibilidades para lidar com cada demanda, assim como vislumbrar um projeto de vida para além da internação, o que a abordagem gestáltica chama de autorregulação orgânica (LIMA, 2019; PERLS; HEFERLINE; GOODMAN, 1997). No hospital, isso é visto, comumente, nos atendimentos à beira leito, com a necessidade de permissão do usuário para atendimento, o que valoriza a sua posição ativa e enfatiza a escuta enquanto recurso terapêutico no seu tratamento (CAMPOS; DALTRO, 2015; BERNARDO; BELMINO, 2015).

Por conseguinte, o terceiro grupo preocupou-se com a importância da atuação multiprofissional, que favoreceu, por meio de troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, a reflexão sobre as possíveis intervenções sob a perspectiva interdisciplinar. Esse trabalho é um dos principais mecanismos que contribuem para a promoção de mudanças nos processos de produção de saúde, pois enriquecem a ampliação das possibilidades de atendimento em vias diferentes de trabalho que almejam uma mesma finalidade e caminham na via contrária de um modelo de atuação que caminha mediante a descentralização do cuidado, no qual, geralmente, há a supremacia do tratamento medicamentoso (LIMA, MOURA; CAVALCANTE, 2017; BALBINOT, 2012; LUZ, et al. 2016).

Nesse contexto, evidencia-se que, para a abordagem gestáltica, o trabalho da equipe deve priorizar a compreensão do sujeito sobre a própria experiência e o que prevalece enquanto sofrimento, naquele momento. Por isso, deve-se, então, pensar em possibilidades de tratamento, considerando as inter-relações entre os profissionais e o crescimento do paciente e suas mudanças ao longo do tempo, na sua relação consigo e com o outro, ou seja, em um pensamento diagnóstico processual (FRAZÃO, 1995; FRAZAO, 2015; PINTO, 2015).

Durante a construção de um PTS, por exemplo, é importante o conhecimento, ainda que mínimo, sobre as funções das profissões que compõem a equipe de referência a qual se está inserido, para que haja um entendimento de até onde é possível intervir de maneira independente ou em parceria com outros profissionais. Oliveira (2014) relata a viabilidade, por exemplo, de realizar reuniões para apresentação das suas funções e a relação entre elas e as principais demandas do contexto hospitalar, como a parada cardiorrespiratória, por exemplo. Por outro lado, percebe-se com mais facilidade, o momento de solicitar o apoio matricial, pois há casos específicos em que não podem ser resolvidos unicamente no setor ou na unidade que o usuário está no momento (FERREIRA, 2013; LUZ, et. al. 2016)

Portanto, a mediação entre as expectativas, os objetivos e os recursos de cada profissional, da família e do sujeito hospitalizado promove um trabalho mais direcionado e efetivo, devido à valorização às relações horizontais, pautadas no estabelecimento de vínculo e confiança entre as pessoas envolvidas (LIMA; MARTINS, 2017; OLIVEIRA, 2014). Para a abordagem gestáltica, isso se configura sob a dimensão dialógica, por meio da qual cada relação se constitui enquanto abertura à forma do outro expressar-se como um todo, procurando entendê-lo como tal, como meio para superação da supremacia médica, assim como, de novos desafios encontrados (RODRIGUES, 2011).

Por fim, há ainda aqueles que têm como objetivo proporcionar a participação ativa de cada usuário, por meio da interação entre os pares, com mediação da equipe. Assim, os grupos operativos surgem como intervenção no ambiente hospitalar como forma de desterritorializar o cuidado puramente técnico-científico, pautado no saber curativo e verticalizado praticado nos hospitais. Suas interferências nestes espaços, quando realizados pela equipe multiprofissional, contribuem para promover ações terapêuticas complementares à medicalização e alternativas ao ócio, prevenindo abandonos de tratamento (FERREIRA, 2014; CERQUEIRA, 2019; GUEDES, 2020).

Dessa forma, o cuidado ganha dois novos aliados: a comunidade e o potencial de autorregulação de cada sujeito. Isto posto, há a possibilidade de criar-se grupos com objetivos de recuperação e/ou prevenção da saúde, na tentativa de ampliar o número de pessoas atendidas; compartilhar, em conjunto, “como cada um pode contribuir, do seu modo, disponibilizando ao grupo depoimentos sobre soluções que tem encontrado, construindo, assim, parcerias de ajuda mútua entre todos os envolvidos na situação” (LIMA, 2019, p. 1061); além de descobrir recursos e valores que possam ser utilizados em diferentes situações-problema; e fortalecer os

vínculos com a equipe e com pessoas novas, por meio das trocas de informações (CERQUEIRA, 2019)

Assim, contar com a comunidade para disponibilizar espaços extra-hospitalares ou para entrar no hospital com uma outra proposta, destaca um modelo do cuidado assistencial na saúde mental que a aproxima do olhar e da escuta da clínica ampliada, ao passo que oferece suporte, compreensão, respeito e contribuem para o desenvolvimento de pessoas hospitalizadas, pós-hospitalizadas e previne novas internações, mediante o contato (FERREIRA, 2014; CERQUEIRA, 2019). Do mesmo modo, cada um tem em si a potencialidade de encontrar, dentre as possibilidades disponíveis, aquelas que contribuirão, ainda que seja preciso ajustá-las, para a autorregulação do próprio processo saúde-doença e, cabe ao psicólogo, facilitar a ampliação de consciência das demandas individuais e coletivas emergentes, para que cada sujeito, como for possível, haja de forma autônoma e responsável (LIMA, 2013; LIMA, 2019).

Para que cada uma dessas intervenções pudesse ser desenvolvida ao ponto de proporcionar contribuições importantes no processo de expansão da clínica ampliada no hospital público, há variáveis que podem colaborar ou apresentar-se como obstáculos para que mudanças sejam realizadas nesse ambiente. Nesta seção foi possível observar como essas variáveis puderam promover resultados positivos em cada contexto, enquanto que na próxima serão explorados os desafios a serem enfrentados no processo para que haja consolidação dessa nova forma de cuidado.

#### **5.4 Desafios para a ampliação da clínica no hospital público**

Mediante a variedade de ações que possibilitaram avanços no cuidado à saúde sob o viés da clínica ampliada, nem todos os relatos apontaram desafios específicos, mas é importante destacar que cada um, à sua maneira, enfrentou dificuldades em seu processo. Tais dificuldades variam conforme muitos fatores, como, por exemplo, a ambiência do setting terapêutico, a disposição do trabalho em equipe, a abordagem teórica do psicólogo, especificamente, e o processo de desospitalização; pontos que serão explorados neste tópico.

Primeiramente, o setting terapêutico hospitalar tem particularidades que variam entre instituições e, dentro da mesma instituição, de acordo com os setores. Por exemplo, as regras referentes ao ambiente de UTI são diferentes das enfermarias, assim como o atendimento ao adulto difere-se do infantil. Portanto, o primeiro desafio implica em planejar ações adaptadas a

ambientes muito específicos do hospital. Por isso, quando se fala em ambiência, refere-se ao espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais, os quais exigem ajustes constantes, a depender dos recursos disponíveis e o modo de gestão vigente (LIMA; MARTINS, 2017).

Demanda-se, então, que essa adaptação ocorra na inserção de cada profissional da equipe, à medida em que ele se depare com a distância entre a teoria elitizada e utópica, comumente presente nas formações acadêmicas, e a prática existente no cenário das políticas públicas de saúde. Os resultados de ambas as etapas da pesquisa evidenciaram a dificuldade em desvincular-se das práticas tradicionais, individualizantes e segregacionistas, para articular atividades de cuidado integral, coletivo e desterritorializado, em um setting terapêutico que exige adaptações conforme a dimensão subjetiva das práticas de saúde e das próprias dificuldades do SUS em tentar se consolidar enquanto sistema integrado de promoção de saúde (ALMEIDA, 2020; MARTINS, 2017; LOBO, 2013).

Além disso, este é um setting que, em essência, funciona aos moldes do Plantão Psicológico: intervenções direcionadas às questões emergenciais, em sessões reduzidas quanto ao tempo, à quantidade e, muitas vezes, à privacidade, mas que precisam comportar início, desenvolvimento e conclusão em cada uma delas e, assim, sintonizar a essência da demanda em questão em um único atendimento. Isso se deve às incertezas da rotina hospitalar, principalmente, quanto à permanência do usuário em determinado setor ou na própria instituição. Tais situações contribuem para a manutenção dos modelos tradicionais, reduzindo as possibilidades de atuação no cotidiano dos serviços e dificultam o processo de inserção do fazer clínico para além da abordagem curativa (BERNARDO; BELMINO, 2015; CAMPOS; DALTRO, 2015; ALMEIDA, 2020).

Por conseguinte, o Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, na seção referente à clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular, destaca que:

Geralmente não se faz uma abordagem integral em um encontro único, mesmo que seja uma consulta longa. Muitas informações essenciais surgem no decorrer do seguimento e a partir do(s) vínculo(s) com o usuário. A história, em geral, vai se construindo aos poucos, embora, obviamente, não se possa falar de regras fixas para um processo que é relacional e complexo (BRASIL, 2007, p. 43).

Consoante a isso, para o trabalho realizado no hospital, esse é um desafio no qual o psicólogo, não consegue abranger todas as problemáticas singulares que emergem no campo, com certa frequência, pois tais aspectos genéricos são preenchidos, comumente, por desamparo



socioeconômico, sofrimento psíquico e o próprio adoecimento biológico, para os quais, na maioria das vezes, há a busca por uma cura total, que também pode não ser alcançada. Assim, as possibilidades se mostram ao passo de que a presença do psicólogo possa colaborar para que o paciente possa autorregular-se dentro das situações que enfrenta, mediante a afirmação de seu autossuporte, autenticidade, tomada de consciência, humanidade e autonomia em suas escolhas (CAMPOS; DALTRO, 2015; BERNARDO; BELMINO, 2015).

Entretanto, ainda é preciso um esforço para superar a supremacia do modelo biomédico e impedir que ela atrase, ainda mais, o desenvolvimento de ações que promovam o cuidado integral na saúde. Atuar na via da clínica ampliada, adaptando-se às necessidades psicossociais de cada sujeito e às burocracias encontradas no meio institucional torna-se insuficiente quando se caminha na via contrária de um sistema consolidado que negligencia as suas formas de experiência subjetiva e nutre a vulnerabilidade e o contexto estigmatizante no qual se está inserido, dificultando a aceitação ao tratamento, seja psicológico ou medicamentoso e a promoção de alternativas terapêuticas baseadas em tecnologias leves, ou seja, relacionais (LOBO, 2013; OLIVEIRA, 2014; DIÓGENES, 2014; COELHO; JORGE, 2009).

Contudo, observa-se que cada profissional tem concepções diferentes sobre qual caminho o tratamento deve seguir, o que implica alterações nas relações de poder entre as profissões, pois envolve variáveis que exigem escuta e compartilhamento de autonomia, ou seja, co-responsabilização do trabalho. Isso, de certa forma, impacta nas decisões sobre o plano de cuidados e pode reproduzir a sua fragmentação por especialidades, para que haja um consenso entre as partes e, assim, cada um haja de forma independente, conforme o modelo multiprofissional. Por outro lado, espera-se que haja uma relação de complementaridade entre os diversos olhares, uma atuação coletiva, articulada e integrada, isto é, um modelo interdisciplinar de trabalho, que exige um processo de formação e capacitação constante desses profissionais (BALBINOT, 2012; OLIVEIRA, 2014; LUZ, et. al, 2016; ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

Ainda assim, Oliveira (2014) pontua que, apenas enfrentar tais desafios não garante uma ruptura real com supremacia médica nos hospitais. Nesse sentido, há outros desafios, como promover acolhimento à equipe diante das demandas emocionais do cotidiano de trabalho, assim como as dificuldades em manter contato e encaminhar atendimentos na rede de assistência em saúde, o que reduz as possibilidades de inserção de outras instituições na continuidade do trabalho multiprofissional (MARTINS, 2017; LIMA, MOURA E

CAVALCANTE, 2017). Isso se destaca na pesquisa quando se observa a estatística de que apenas 2 das 10 publicações referentes ao contexto hospitalar citaram o apoio matricial como opção interventiva, enquanto que na etapa em que se referia à atenção básica houve 4 menções, dentre 8 publicações.

Por fim, os últimos desafios encontrados versam sobre o processo de desinstitucionalização, no qual, apesar de que a clínica ampliada busque a autonomia de cada usuário e seus familiares, há sentimentos e emoções que atingem inclusive os profissionais e que não podem ser ignorados. Dentre eles, em situações que há a necessidade de continuidade do tratamento longe do âmbito hospitalar, nas quais emerge o sentimento de responsabilização e medo nos profissionais e nos pacientes, que, geralmente, temem não prosseguir com as mudanças conquistadas ao distanciamento, ou seja, sentem-se incapazes de utilizar seus recursos aprendidos sem o suporte da equipe. Assim, a alta hospitalar é uma etapa que deve incluir toda a equipe, para que se possa avaliar, também de forma integral, os recursos existentes para a continuidade do cuidado (BALBINOT, 2012; MARTINS, 2017; LIMA, MOURA E CAVALCANTE, 2017).

Portanto, percebe-se que, apesar das possibilidades proporcionadas pelo diálogo entre a abordagem gestáltica e a clínica ampliada, ainda há desafios enraizados no SUS, que não se limitam ao ambiente hospitalar ou à atuação do psicólogo, ou outro profissional, neste espaço, mas o atravessam e implicam pensar cada vez mais alternativas para que se possa promover mudanças a essa lógica ultrapassada de que os ambientes de saúde têm um caráter exclusivamente curativo, individualizante e potencializador de sofrimento.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta pesquisa buscou mapear práticas realizadas em diferentes instituições hospitalares públicas no Brasil, concomitante às atividades pautadas na abordagem gestáltica em instituições de atenção básica em saúde, sendo ambas direcionadas para dispositivos de clínica ampliada. Através desse percurso, teve como objetivo analisar as possibilidades atuação no ambiente hospitalar por meio do diálogo entre essa abordagem e a perspectiva de clínica ampliada, considerando não só as contribuições, como a valorização à escuta do paciente, mas também os desafios enfrentados nesse ambiente, como as particularidades do setting terapêutico.

Quanto às ações de clínica ampliada encontradas, percebe-se a relevância da escuta clínica para a sua efetivação, pautada, principalmente, na prática psicológica. Embora esta não seja uma ferramenta exclusiva da Psicologia, comumente as outras profissões são desresponsabilizadas dela em detrimento de uma prática mais técnica, ainda pautada na concepção médico-curativa. Entretanto, o conceito ampliado de saúde, alicerçado pela perspectiva gestáltica, possibilitou que a perspectiva de cuidado se voltasse para o sujeito, enquanto ser consciente das próprias dificuldades e potencialidades, assim como para sua integralidade, considerando seus campos relacionais e sua percepção histórico-social sobre o próprio processo. Além disso, permitiu que as equipes se configurassem em um conjunto de ações que possam direcionar estratégias embasadas em diferentes perspectivas, mas inter-relacionadas e focadas em objetivos comuns.

Dessa forma, a participação do psicólogo na equipe multiprofissional pôs em destaque a importância da escuta atenta, no processo de contatar, como forma de conexão entre os anseios dos usuários, as opiniões familiares e os objetivos dos profissionais, de modo com que todos colaborassem, com as ferramentas possíveis, para um único projeto: enfrentar os impactos do adoecimento e da hospitalização. Tais impactos perpassam a saúde do usuário, não apenas como se mostra em exames e anamnese, mas, principalmente, no que tange à sensação de impotência frente à doença, à perda da sua rede de apoio e às dificuldades em adaptar-se a uma nova realidade. Por isso, para uma equipe que trabalha sob o viés da clínica ampliada, o seguimento do tratamento inclui, também, ouvir as variadas demandas que emergem durante o processo, ao mesmo tempo em que se pode conhecer os potenciais recursos que cada um tem a contribuir.

Nesse processo, foi possível observar as imbricações teórico-práticas entre a abordagem gestáltica e os dispositivos de clínica ampliada, de modo que as ações mostraram resultados, em maior grau, satisfatórios, na direção de ajustamentos criativos funcionais para cada situação-problema em que o paciente não consegue vislumbrar-los sozinho. Enfatiza-se, então, que o cuidado se apresentou, em várias perspectivas, como símbolo deste diálogo: partindo da equipe, com a qual poderia encontrar acolhimento, suporte e conhecimento; dos familiares, cuja influência e apoio contribuem para amenizar o sofrimento da hospitalização; e do paciente consigo mesmo, enquanto consciência da sua experiência adoecimento e possibilidades de tratamento.

Por outro lado, apesar da maioria das considerações estarem voltadas para o âmbito hospitalar, todo o sistema de saúde ainda enfrenta desafios burocráticos, teóricos,

metodológicos e organizacionais, que, comumente, ultrapassam a atuação do psicólogo e dificultam a efetivação de dispositivos que poderiam ser essenciais para as mudanças desejáveis ou, quando executadas, são vistas como inalcançáveis, por outras instituições. Entretanto, há a viabilidade de enfrentar alguns desses desafios, por meio de tecnologias leves em saúde, como a atenção integral, o trabalho interdisciplinar e a articulação em rede de assistência.

A atual pesquisa destacou que a luta para a superação do modelo de atenção em saúde, pautada no contato como possibilidade de cuidado, tem se mostrado como caminho para superar, também, os desafios enfrentados em todo o sistema de saúde brasileiro. Portanto, as articulações encontradas neste trabalho não podem ser exceção à regra da realidade brasileira, nesse sentido evidencia-se a importância de que seja feita uma pesquisa de campo em hospitais sem histórico explícito de ações de clínica ampliada ou que apresentam obstáculos na atuação sob esse viés, para que seja possível aproximar-se ainda mais dos fenômenos que ocorrem nesses ambientes, bem como para conhecer, de perto, as dificuldades a serem enfrentadas e buscar formas de efetivar tais intervenções, uniformemente.

## 7 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Juliane. dos Santos. Reflexões sobre a atuação da(o) Psicóloga(o) no NASF-AB no contexto da Saúde Mental e suas interlocuções com a Gestalt-terapia. **IGT na Rede** ISSN 1807-2526, [S. l.], v. 17, n. 33, p. Brasil, 2020. Disponível em: <https://igt.psc.br/ojs3/index.php/IGTnaRede/article/view/568>. Acesso: 4 nov. 2022.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; MISHIMA, Silvana Martins. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. 2001, v. 5, n. 9 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832001000200012>. Acesso: em 2 dez. 2022.
- BALBINOT, Alexandre Dido. Processo de desinstitucionalização da prática e desospitalização em hospital psiquiátrico: estudo de caso. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 93, p. 282-289, 2012. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341763016.pdf&ved=2ahUKewiPwaPY1OD7AhXQppUCHdw8BlcQFnoECAwQAQ&usg=AOvVaw0JF2kiHBrIrVgbQRe5jWKn>. Acesso em: 15 set. 2022.
- BARDIN, Laurance. **Análise de Conteúdo** / Laurence Bardin; Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro - São Paulo, Edições 70, 2016.
- BARROS, Maria Elizabeth Barros. de; GOMES, Rafael da Silveira. Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 23, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/mkKBNFdb7fMpqwVR8p6GYHd/abstract/?lang=pt> Acesso: 11 maio 2022.
- BERNARDO, Jucimara Gonçalves; BELMINO, Marcus César de Borba. Políticas Públicas em Saúde E Clínica Gestáltica: Tecendo Saberes e Prática. **IGT rede**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 22, p. 67-91, 2015. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1807-25262015000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262015000100005&lng=pt&nrm=iso). Acesso: 23 out. 2022.
- BITTENCOURT, Isabella Goulart; BOING, Elisangela. Contribuições do Pensamento Sistêmico, da Gestalt-terapia e de práticas da psicologia para o trabalho em um CAPSI. **Nova perspect. sist.**, São Paulo, v. 26, n. 57, p. 53-68, abr. 2017. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-78412017000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-78412017000100005&lng=pt&nrm=iso). Acesso: 23 out. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
- BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde. Reforma do Sistema de Atenção hospitalar brasileira. Ministério da Saúde, 2004b.

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. (Série B. Textos Básicos de Saúde) – Brasília: Ministério da Saúde, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS, Aline Ferreira; DALTRO, Monica. A clínica ampliada no enfoque da gestalt-terapia: um relato de experiência em supervisão de estágio. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 4, n. 1, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpd.v4i1.743>. Acesso: 14 nov. 2022

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 849-859, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NmPK5MRmgpvw6zwwQ865pBS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 jun 2022

CARDELLA, Beatriz H. P. **A construção do psicoterapeuta: uma abordagem gestáltica**. São Paulo: Summus. 2002.

CARDELLA, Beatriz H. P. Relação, atitude e dimensão ética do encontro terapêutico na clínica gestáltica. IN: **A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em gestalt-terapia** [recurso eletrônico] / organização Lilian Meyer Frazão, Karina okajima Fukumitsu. – São Paulo: Summus, 2015.

CARDOSO, C. L. A face existencial da Gestalt-terapia. In: Frazão, L. M.; Fukumitsu, K. O. (org.). **Gestalt-terapia: Fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013.

CERQUEIRA, Alice Epaminondas Gama. **As especificidades do psicólogo na clínica ampliada da saúde da família à luz da Gestalt-terapia**. (Monografia) Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2009, v. 14, suppl; pp. 1523-1531. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800026>. Acesso: 2 dez. 2022.

Conselho Federal de Psicologia (Brasil). Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) nos serviços hospitalares do SUS / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia e Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. – 1. ed. – Brasília: CFP, 2019.

Conselho Federal de Psicologia (Brasil). Resolução Administrativa/Financeira n.º 13, de 14 de setembro de 2007. Institui a Consolidação das Resoluções relativas ao título profissional de Especialista em Psicologia, e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. – Brasília: CFP, 2007.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da clínica ampliada na Atenção Básica.** [Dissertação de Mestrado] Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP: [s.n.], 2004.

DE LUCAS FREITAS, JoanneLiese; STROIEK, Nutty Nadir; BOTIN, Débora. Gestalt-terapia e o diálogo psicológico no hospital: uma reflexão. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, v. 16, n. 2, p. 141-147, 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672010000200003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000200003). Acesso: 19 set. 2022

DIÓGENES, J. M. P. **A atuação do psicólogo na estratégia saúde da família: um olhar gestáltico.** 2014. 96 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014. Disponível em <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/11460> Acesso: 23 out. 2022.

ESTEVÃO, Adriana Ludmila Pereira, SILVEIRA, Teresinha Mello da - A Gestalt-Terapia no contexto hospitalar: compreensão, postura e possibilidades. **Revista IGT na Rede**, v. 11, n.º 21, 2014. p. 282 – 296. Disponível em <http://www.igt.psc.br/ojs> ISSN: 1807-2526 Acesso: 24 jun. 2022

FERREIRA, Joelsom de Moraes. **Uma experiência possível: tecendo a oficina terapêutica no hospital geral.** Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, 2013. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://docs.bvsalud.org/biblioref/coleciona-sus/2013/31162/31162-662.pdf&ved=2ahUKEwjvl-XH0OD7AhXrt5UCHQifCDcQFnoECBIQAQ&usq=AOvVaw1DdToWHdzZ52msW0PY9k2G>. Acesso: 19 set. 2022

FRASÃO, Gustavo; RIBEIRO, Karol. **Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo.** Governo Federal: Ministério da Saúde, Brasília, 28 de Mar de 2022. Saúde Explica. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo>> Acesso: 24 jun. 2022.

FRAZÃO, L. Pensamento diagnóstico processual: uma visão gestáltica de diagnóstico. **Revista do II Encontro Goiano de Gestalt-Terapia**, v. 2, p. 27-31, 1996.

FRAZÃO, Lilian. Meyer. Apresentação à edição brasileira. IN: Perls, F.; Hefferline. R.; Goodman, P. **Gestalt-Terapia**. 3 ed. São Paulo: Summus Editorial, 1997.

FRAZÃO, Lilian Meyer. Um pouco da história... um pouco dos bastidores. In: Frazão, L. M.; Fukumitsu, K. O. (org.). **Gestalt-terapia: Fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013

FRAZÃO, Lilian Meyer. Compreensão clínica em Gestalt-terapia: pensamento diagnóstico processual e ajustamentos criativos funcionais e disfuncionais IN: **A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em gestalt-terapia** [recurso eletrônico] / organização Lilian Meyer Frazão, Karina Okajima Fukumitsu. – São Paulo: Summus, 2015.

GUEDES, C. A Clínica Ampliada na Psicologia: grupos nas salas de espera do hospital geral. **Praxis Psy**, v. 21, n. 33, 2020. Disponível em: [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/7858834.pdf&ved=2ahUKEwjFkN\\_3z-D7AhVArpUCHcBRA1IQFnoECCEQAQ&usg=AOvVaw1LEZ3y0o0UAr2kd2yirI-0](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://dialnet.unirioja.es/download/articulo/7858834.pdf&ved=2ahUKEwjFkN_3z-D7AhVArpUCHcBRA1IQFnoECCEQAQ&usg=AOvVaw1LEZ3y0o0UAr2kd2yirI-0). Acesso: 15 set 2022

LIMA, Patrícia Valle de Albuquerque. A Gestalt-terapia holística, organísmica e ecológica. In: Frazão, L. M.; Fukumitsu, K. O. (org.). **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013.

LIMA, Patricia Valle de Albuquerque. Gestalt-terapia e Cuidado. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, vol. 19, núm. 4, 2019, Dezembro, pp. 1051-1066 Universidade do Estado do Rio De Janeiro DOI: <https://doi.org/10.12957/epp.2019.49301> Acesso: 07 maio 2022

LIMA, Camila Vasconcelos Carnaúba.; MOURA, Mairla dos Santos Rodrigues; CAVALCANTE, Márcia Valéria da Silva. Projeto terapêutico singular como abordagem multiprofissional no hospital. **Revista Portal: Saúde e Sociedade**, v. 2, n. 2, p. 472-482, 2017. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/view/3018> Acesso: 09 ago. 2022

LIMA, Flávio Lúcio Almeida; DE CARVALHO, Ana. Rosa Rabelo Ferreira; PIRES, Geanne Moraes. Plantão psicológico como estratégia de clínica ampliada: uma revisão integrativa. **Revista Saúde & Ciência**, v. 9, n. 1, p. 152-169, 2020. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/386>. Acesso em: 07 maio 2022

LIMA, Francielle Marques. de; MARTINS, Cátia Paranhos. Reflexões sobre o trabalho da Psicologia na UTI. **Saúde Redes**, p. 207-2013, 2017. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/858>. Acesso: 19 ago. 2022

LOBO, W. **Psicoterapia breve gestáltica para homens com HIV/AIDS em contexto de clínica ampliada**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Belém, 2013

LUZ, A. R. et al. Consulta compartilhada: uma perspectiva da clínica ampliada na visão da residência multiprofissional. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, n. 1, p. 270-281, 2016.

MARCON, Claudete; LUNA, Ivana Jann; LISBOA, Márcia Lucrécia. O psicólogo nas instituições hospitalares: características e desafios. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 24, n. 1, p.



28-35, mar. 2004. Disponível em

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932004000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso: 08 jun. 2022.

MARTINS, P. P. S. **Recursos conversacionais para a clínica ampliada com famílias em saúde mental**. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. **Atenção à Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio De Janeiro – RJ, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/atesau.html>> Acesso: 04 jul. 2022

MENDES; Francisco Mário Pereira; BARATIERI, Iara Lais Raittz. Fronteiras do contato: Gestalt terapia e as fluências de Wilhelm Reich. In: VOLPI, José Henrique; VOLPI, Sandra Mara (Org.). **Anais. 16º CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS**. Curitiba/PR. Centro Reichiano, 2011.

MENDONÇA, Marisete Malaguth. A psicologia humanista e a abordagem gestáltica. In: Frazão, L. M.; Fukumitsu, K. O. (org.). **Gestalt-terapia: Fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013

MENEGON, Vera Sonia Mincoff; COELHO, Ângela Elizabeth Lapa. Psicologia e sua inserção no sistema público de saúde: um painel longitudinal de temas foco publicados em periódicos brasileiros. In: SPINK, Mary Jane Paris. **A psicologia em diálogo com o SUS – Prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

MIRANDA, Waldir Bezerra. **Saúde e doença em Gestalt-terapia**. [Monografia: Curso de Psicologia]. Centro Universitário de Brasília. Faculdade de Ciências da Saúde – FCS. Brasília, 2003. Disponível em: <<https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/123456789/2864/2/9908156.pdf>> Recuperado em 28 maio 2022.

OLIVEIRA, D. F. P. **Experiência de formação em residência multiprofissional como dispositivo de ampliação da clínica num hospital universitário**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, 2014.

PAIM, Jairnilson Silva e outros. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora FioCruz, 2015. ISBN: 978-85-7541-453-8. E-book interativo: 2015 (edição impressa: 2009). Apoio: Faperj. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/livro/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>> Acesso: 17 jun. 2022

PEREIRA, Fernanda Martins. **A inserção do psicólogo no hospital geral: A construção de uma nova especialidade**. Dissertação (Mestrado). Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2003.

PERLS, F.; HEFFERLINE. R.; GOODMAN, P. **Gestalt-Terapia**. 3 ed. São Paulo: Summus Editorial, 1997.

PERLS, F. **Ego, fome e agressão: uma revisão da teoria e do método de freud.** São Paulo, Summus, 2002.

PINHEIRO, Roseni. **Cuidado em Saúde.** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio De Janeiro – RJ, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/cuisau.html>> Acesso: 04 jul. 2022

PINTO, Ênio Brito. **Elementos para uma compreensão diagnóstica em psicoterapia: o ciclo de contato e os modos de ser.** Summus Editorial, 2015.

REHFELD, A. Fenomenologia e Gestalt-terapia. In: Frazão, L. M.; Fukumitsu, K. O. (org.). **Gestalt-terapia: Fundamentos epistemológicos e influências filosóficas.** São Paulo: Summus, 2013.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **Vade-Mécum de Gestalt-terapia.** 3 ed. São Paulo: Summus, 2016.

RODRIGUES, Hugo Edílio. **Introdução à Gestalt-terapia: Conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica.** 8. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011

RODRIGUES, Hugo Edílio. Relações entre a teoria de campo de Kurt Lewin e a Gestalt-terapia. In: Frazão, L. M.; Fukumitsu, K. O. (org.). **Gestalt-terapia: Fundamentos epistemológicos e influências filosóficas.** São Paulo: Summus, 2013

ROMERO, N. S.; PEREIRA-SILVA, N. L. A(o) psicóloga(o) no processo de intervenção da política nacional de humanização. **Psicologia & Sociedade**, n. 23, v. 2, 2011. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.scielo.br/j/psoc/a/4VgXWK8YYBwY5LPbcKppJ5f/%3Fformat%3Dpdf%26lang%3Dpt&ved=2ahUKEwiu9eaG0uD7AhX4p5UCHecCCDsQFnoECBQQAQ&usq=AOvVaw0IIKz38pUuEJhbcgvTupcF>. Acesso: 19 jun. 2022.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública** [online]. 1997, v. 31, n. 5, pp. 538-542. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/zthNk9hRH3TJhh5fMgDFCFj/?lang=pt>. Acesso: 13 ago. 2022

SOBREIRA, Fernando Augusto Gomes; ABILIO, Elenita Sureke; ORTIZ, Camila Cristina Lescano. Os pontos de aglutinação entre a psicologia e a política nacional de humanização. **Saúde Redes**, p. 227-233, 2016. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/687>. Acesso: 20 set.2022.

SOUZA, Luís Eugenio de. **Saiba a diferença entre saúde coletiva e saúde pública.** UFG, 2015. Disponível em: <<https://www.ufg.br/n/82100-saiba-a-diferenca-entre-saude-coletiva-e-saude-publica>> Acesso em: 02 jul. 2022

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: O que é e como fazer. **Einstein**, 2010 Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/revisao-integrativa-o-que-e-e-como-fazer/> Acesso: 17 maio 2022