



COM-TEXTOS EM GESTALT-TERAPIA

Estudos produzidos no Curso de Especialização em Psicologia Clínica:
Gestalt-Terapia e Análise Existencial

VOLUME 2

José Paulo Giovanetti

Claudia Lins Cardoso

Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista

(ORGANIZADORES)

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
EM PSICOLOGIA CLÍNICA:
*Gestalt-terapia e
Análise Existencial*





FICHA CATALOGRÁFICA

C741

Com-textos em Gestalt-Terapia [recurso eletrônico]: estudos produzidos no Curso de Especialização em Psicologia Clínica Gestalt-Terapia e Análise Existencial brasileiro, volume 2 / José Paulo Giovanetti, Claudia Lins Cardoso, Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista (organizadores) – Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2019.

1 recurso online (230 p.): pdf

Inclui bibliografias.

ISBN: 978-85-54944-32-2

1. Psicologia existencial. 2. Psicanálise. 3. Esquizofrenia. 4. Morte.
5. Gestalt-terapia. 6. Psicologia clinica I. Giovanetti, José Paulo.
II. Cardoso, Claudia Lins. III. Evangelista, Paulo Eduardo Rodrigues Alves.

CDD: 157.9

CDU: 159.98

Biblioteca Professor Antônio Luiz Paixão - FAFICH
TEL. 3409-6318

COM-TEXTOS EM GESTALT-TERAPIA

Estudos produzidos no Curso de Especialização em Psicologia Clínica:
Gestalt-Terapia e Análise Existencial

VOLUME 2

EDIÇÃO


Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista

CAPA E DIAGRAMAÇÃO

MAM Editora

1ª EDIÇÃO
Belo Horizonte, 2019.

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
EM PSICOLOGIA CLÍNICA:
*Gestalt-terapia e
Análise Existencial*



FAFICH
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas

UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

COMISSÃO EDITORIAL

Ana Flávia Sales Costa

André Luiz Freitas Dias

Claudia Lins Cardoso

José Paulo Giovanetti

Maria Madalena Magnabosco

Paula Sampaio

Paulo Eduardo R. A. Evangelista

Saleth Salles Horta

Telma Fulgêncio C. da Cunha Melo

Tércio Eliphaz

Viviane de Oliveira Baumgartl

COM-TEXTOS EM GESTALT-TERAPIA

Estudos produzidos no Curso de Especialização em Psicologia Clínica:
Gestalt-Terapia e Análise Existencial

VOLUME 2

José Paulo Giovanetti

Claudia Lins Cardoso

Paulo Eduardo Rodrigues Alves Evangelista

(ORGANIZADORES)

ÍNDICE

Sobre os autores__10

Apresentação__13

Claudia Lins Cardoso

1. A compreensão do ser na busca pelo sentido da vida__17

Letícia Ferreira Freitas

Saleth Salles Horta

2. O Encontro na Abordagem Fenomenológico Existencial Gestáltica__39

Alice Aparecida Pacheco Cordeiro

Saleth Salles Horta

3. Corpo, desordens alimentares

e sexualidade: Um olhar gestáltico acerca da mulher__58

Camila Lopes Malta

Saleth Salles Horta

4. Reflexões acerca da Esquizofrenia
do ponto de vista da Gestalt-terapia__82

Débora Barbosa dos Reis

Claudia Lins Cardoso

5. O cuidado diante da morte: Uma visão gestáltica__105

Katiúscia Caminhas Nunes

Claudia Lins Cardoso

6. Contribuições da psicoterapia infantil de base fenomenológico-existencial
no movimento de crescimento humano__123

Janaina Aparecida Mendonça Santos

Telma Fulgêncio Colares da Cunha Melo

7. A autolesão em adolescentes: Reflexões sobre a deflexão e o contexto
contemporâneo__146

Sarah Paes Rodrigues

Telma Fulgêncio Colares da Cunha Melo

8. Os desafios da Psicologia na Saúde Coletiva (NASF-AB): uma abordagem
gestáltica__166

Ávylla Soares Souza

Claudia Lins Cardoso

9. Gestalt-terapia e o atual paradigma de saúde mental: Articulações
e aproximações__190

Rosimara Reis da Silva

Claudia Lins Cardoso

10. Contribuições da abordagem gestáltica para o trabalho do psicólogo
no Centro de Referência de Assistência Social__210

Juliana de Oliveira Figueiredo Carvalho

Claudia Lins Cardoso

SOBRE OS AUTORES

ALICE APARECIDA PACHECO CORDEIRO

Natural de Belo Horizonte, onde atua como psicoterapeuta e como técnica em uma Unidade de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes. Formação: Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2009); Especialização em Políticas Públicas pela Universidade Federal de Minas Gerais (2013); Atualização em Gestalt-terapia e Estudos Junguianos (2014-2016); Especialização em Psicologia Clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial (2019).

ÁVYLLA SOARES SOUZA

Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial pela UFMG. Possui experiência no Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e Saúde Pública. Atua no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) desde 2016. Interesse de pesquisa na temática de Saúde Mental na perspectiva da clínica ampliada e Saúde Coletiva.

CAMILA LOPES MALTA

Especialista em Psicologia Clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial pela UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais. Graduada em Psicologia pela Universidade FUMEC - Fundação Mineira de Educação e Cultura. E-mail: camilalmalta@gmail.com

CLÁUDIA LINS CARDOSO

Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Mestre em Psicologia Social pela Universidade Gama Filho. Professora Associada do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Coordenadora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial (UFMG). Vice-diretora do Serviço de Psicologia Aplicada da FAFICH-UFMG. Psicóloga Clínica. Gestalt-terapeuta.

DÉBORA BARBOSA DOS REIS

Possui graduação em Biblioteconomia (2010) e Psicologia (2016) pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialização em Gestalt-terapia e Análise Existencial pelo Departamento de Psicologia da UFMG (2018). Atualmente, é aluna de Mestrado pela Faculdade de Educação da UFMG e atua como Psicoterapeuta.

JANAINA APARECIDA MENDONÇA SANTOS

Psicóloga formada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Psicologia Clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial pela Universidade Federal de Minas Gerais.

JULIANA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO CARVALHO

Graduada em Psicologia (UFMG), especialista em Psicologia em Saúde (UFMG/CFP), pós-graduada em Psicologia Clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial (UFMG). Psicóloga Clínica em consultório particular. Analista de Políticas Públicas na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte.

KATIÚSCIA CAMINHAS NUNES

Psicóloga formada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Psicologia Clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial pela Universidade Federal de Minas Gerais. Psicóloga do Hospital Municipal de Contagem (MG).

LETÍCIA FERREIRA FREITAS

Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Psicologia Clínica pela mesma universidade. Atua como psicóloga clínica, tendo como referencial teórico a Gestalt-terapia.

ROSIMARA REIS DA SILVA

Psicóloga Clínica com formação em Análise Existencial e Gestalt-Terapia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Especialista em Preceptoria no SUS pelo Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa (IEP/HSL). Atua como Referência Técnica no Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSij) do município de Mariana e como psicoterapeuta na mesma cidade.

SALETH SALLES HORTA

Psicóloga clínica pela PUC-MG (1978). Especialista em Psicologia Clínica Fenomenológica Existencial pela PUC-MG (1998). Docente do Curso de Especialização em Psicologia Clínica (UFMG). Atende em consultório particular desde 1978.

SARAH PAES RODRIGUES

Graduada em Psicologia pela UFMG, Especialista em Saúde Cardiovascular pela Residência Multiprofissional em Saúde do HC-UFMG e Especialista em Gestalt-terapia e Análise Existencial pela UFMG. Atualmente, atua na Rede de Atenção Psicossocial e em consultório particular. Interessa-se por Saúde Pública e pelo trabalho com público infante-juvenil.

TELMA FULGÊNCIO COLARES DA CUNHA MELO

Graduada pela Universidade Católica de Minas Gerais (1978). Pós-Graduada em Psicologia Clínica Fenomenológico Existencial pela PUC-MG (1999). Psicoterapeuta em consultório particular desde 1980.

APRESENTAÇÃO

A Gestalt-terapia é uma abordagem psicológica proposta, inicialmente, por Frederick e Laura Perls, cujo início oficial se deu com o lançamento do livro *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*, em 1951, de Fritz Perls, Ralph Hefferline e Paul Goodman (a primeira edição brasileira foi lançada em 1997). Ela possui fundamentação antropológica alicerçada em pressupostos do Humanismo, do Existencialismo e da Fenomenologia, mas também recebeu influências da Psicologia da Gestalt, da Teoria Organísmica e da Teoria de Campo, dentre outras. Em sua origem, a teoria da Gestalt-terapia era voltada para a prática psicoterápica. Desde então, outros autores (inclusive brasileiros) vêm se dedicando ao desenvolvimento e ao aprofundamento de seus conceitos de modo que ela possa subsidiar cada vez mais e melhor a atuação do psicólogo e de outros profissionais nos mais variados contextos.

Em conversa recente com Lílian Meyer Frazão, uma das pioneiras e memória viva da abordagem no Brasil, ela relatou que a Gestalt-terapia surgiu em nosso país em 1973, quando Silvia Peters veio a convite de Thérèse Tellegen, conduzir um workshop do qual participaram ela, Walter Ribeiro, Paulo Barros, Abel Guedes e a própria Lílian, além de outras pessoas que não deram continuidade na abordagem. Ao final do workshop, um pequeno grupo decidiu estudar por conta própria o livro *Gestalt Therapy*, o qual era composto por duas partes: a primeira continha exercícios vivenciais e na segunda eram apresentados os pressupostos da nova abordagem. Em 1977, após ter feito um curso com Ervin e Miriam Polster nos Estados Unidos, Thérèse convidou Bob Martin para vir ao Brasil. Então, aquele mesmo grupo de profissionais, acrescido da presença de Jean Clark Juliano, participou de um curso intensivo vivencial de duas semanas com ele. E assim tudo começou!...

Thérèse Tellegen teve um papel essencial no surgimento da Gestalt-terapia no país. Além de convidar gestalt-terapeutas estrangeiros para ministrarem cursos aqui, ela publicou o primeiro artigo brasileiro de Gestalt-terapia,

Elementos de Psicoterapia Gestáltica, no Boletim de Psicologia da Sociedade de Psicologia, foi a primeira brasileira a publicar um livro (*Gestalt e Grupos*, em 1984) e coordenou o primeiro curso de especialização em Gestalt-terapia do Brasil, no Sedes Sapientiae (1980), em São Paulo, junto com Lilian Frazão, Jean Clark Juliano e Abel Guedes. Já em 1976, a Editora Summus publicou o primeiro livro em português da abordagem, *Tornar-se Presente*, de John O. Stevens, da Coleção “Novas Buscas em Psicoterapia”, coordenada pelo Paulo Barros.

Além destes, outros profissionais participaram das “primeiras horas” da abordagem gestáltica em nosso país e contribuíram de modo inestimável como seus precursores, dentre os quais, destaco Lika Queiroz, Teresinha Mello da Silveira, Selma Ciornai, Cristina Frascarolli (Tsallis), Jane Rodrigues, Décio Casarin, Bruno Fróes dos Reis, Eduardo Bandeira, Silvio Lopes, Afonso Henrique Lisboa da Fonseca e Gercilene Campos, dentre outros.

Desde então, a Gestalt-terapia caminhou muito em nossas terras. Diversos outros gestalt-terapeutas vieram ao Brasil ministrar cursos e participar de palestras, outros tantos brasileiros fizeram o mesmo no exterior, vários institutos de formação e cursos de especialização em Gestalt-terapia surgiram e congressos regionais e nacionais vêm sendo realizados. Também a nossa farta produção bibliográfica nestes últimos 42 anos vem demonstrando a amplitude dos campos de atuação e o fortalecimento da abordagem, sendo Jorge Ponciano Ribeiro uma referência relevante, por ser o autor com mais publicações, com uma dezena de livros. Importante ressaltar também que desde 2007, a Revista da Abordagem Gestáltica, editada pelo Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt-terapia de Goiânia (ITGT), fundado por Virgínia Suassuna e Marisete Malaguth, cujo editor-chefe é Adriano Furtado Holanda, vem publicando artigos tanto da Abordagem Gestáltica, quanto daquelas que se fundamentam nas perspectivas humanistas, existenciais e fenomenológicas, consagrando-se como um dos periódicos especializados em publicações da Terceira Força em Psicologia.

Longe de querer esgotar a história da Gestalt-terapia no Brasil, tanto pela impossibilidade diante da riqueza histórica, quanto pelo grave risco de não mencionar muitos colegas que trabalharam e vêm trabalhando arduamente pela consolidação da nossa abordagem no país de norte a sul, esta breve introdução tem por objetivo registrar um pouco do muito que a comunidade gestáltica brasileira vem produzindo, inclusive com inserção em diversas universidades públicas e privadas. Neste sentido, é importante registrar que Teresinha Mello da

Silveira foi a pioneira no exercício docente em Gestalt-terapia em um curso de graduação em Psicologia, no caso na Universidade Estadual do Rio de Janeiro, a partir de 1984, tornando-se a precursora na formação de gestalt-terapeutas no Rio de Janeiro há décadas. Por sua vez, Lika Queiroz também vem lecionando Gestalt-terapia na Universidade Federal da Bahia há mais de 20 anos, e é uma referência ímpar na consolidação da Gestalt nas regiões norte e nordeste. Já Ângela Schillings, professora na Universidade Federal de Santa Catarina desde a década de 80, é uma das gestalt-terapeutas de expressão na região sul do país, responsável pela formação de novos profissionais da abordagem naquela região. Assim como elas, outros gestalt-terapeutas compõem o quadro docente de diversas universidades, desempenhando um papel inestimável na divulgação da abordagem nos cursos de graduação e de pós-graduação. Em 2018, Celana Cardoso Andrade e Mônica Botelho Alvim, ambas professoras da Universidade Federal de Goiás e da Universidade Federal do Rio de Janeiro, respectivamente, apresentaram um relevante estudo no qual relatavam a presença de 23 professores gestalt-terapeutas em instituições públicas de ensino superior brasileiras, promovendo o fomento e o aprofundamento da produção do conhecimento na abordagem em território nacional.

Em Minas Gerais, o Bruno Fróes dos Reis, também um dos participantes dos cursos iniciais da abordagem no Brasil, ministrou disciplinas e supervisionou atendimentos em Gestalt-terapia por mais de três décadas no curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais, aposentando-se em 2015.

Nesta mesma universidade, desde 1995, também eu venho desenvolvendo diversas atividades acadêmicas (disciplinas, supervisões de atendimentos, projetos de extensão, dentre outros), buscando fortalecer, em colaboração com outros colegas, as abordagens fenomenológico-existenciais em terras mineiras. Uma das parcerias mais recentes e profícuas foi aquela realizada com José Paulo Giovanetti, amigo e professor aposentado do Departamento de Psicologia da UFMG, que trouxe para esta instituição o Curso de Especialização em Psicologia Clínica: Gestalt-terapia e Análise Existencial (CEPC), cuja primeira turma teve início em 2018, com sua capacidade completa do início ao fim: 40 alunos. Esta parceria foi corroborada por outros colegas professores do CEPC, dentre os quais cito Saleth Salles Horta e Telma Fulgêncio, também amigas e gestalt-terapeutas, colocando sua experiência clínica a serviço da formação de novos psicólogos clínicos da terceira força em Psicologia, e de gestalt-terapeutas em

particular. Um dos vários frutos desta parceria é este livro, com textos elaborados a partir dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC's) destas gestalt-terapeutas mineiras da nova geração. Em cada um deles as autoras compartilham suas reflexões e sistematizações teóricas acerca de suas experiências em vários campos de atuação.

Sem dúvida, é uma grande satisfação para todos nós, do corpo docente do CEPC, acompanhar o amadurecimento profissional destas colegas que se empenharam na produção destes trabalhos teóricos consistentes teoricamente e que merecem ser compartilhados através desta coletânea. São escritos decorrentes das suas experiências clínicas, em especial na clínica ampliada e na Saúde Pública, nos quais elas tecem relevantes considerações sobre sua prática profissional em múltiplos contextos referenciados pela abordagem gestáltica.

Esperamos que este livro sirva como referência para todos e todas interessados na clínica gestáltica e que seja inspiração para a nova geração de gestalt-terapeutas mineiros e brasileiros!

Claudia Lins Cardoso

A COMPREENSÃO DO SER NA BUSCA PELO SENTIDO DA VIDA

CAPÍTULO 1

*Letícia Ferreira Freitas
Saleth Salles Horta*

Vivemos em uma pós-modernidade frequentemente marcada pela massificação e por certa ausência de tomada de posição diante dos acontecimentos e do mundo. Por isso, é preciso se mover ainda mais para fugir desse contexto bastante favorável ao comodismo e à alienação.

Mahfoud, ao citar Buber, aponta que todo o processo para atingir a autenticidade partiria exatamente do questionamento, da provocação para despertar um sentimento de responsabilidade com e pela existência. E a partir disso, é preciso perceber que o que tem por vir é sempre pessoal e particular; “Trata-se, antes, de conhecer para qual caminho o seu coração o atrai e depois escolhê-lo com todas as suas forças” (MAHFOUD, 2005, p.55). Sabe-se que nasce com cada homem uma potencialidade, uma novidade – a capacidade de ser uma vez e nunca mais aquilo que nunca existiu.

Cada ser carrega em si uma potência, uma capacidade de criação, assim, em cada atitude a pessoa se implica, toma posicionamento sobre seus atos, se não faz isso, inicia-se um processo de falta pela busca de si mesmo. A pergunta “*Quem sou eu?*” acompanha o homem e aqueles que se dedicam a pesquisar sobre o que é humano. Cada um carrega em si a busca pela resposta dessa pergunta que nunca se finda. Esse movimento constante se dá na verificação do que corresponde a cada pessoa, onde cada um se encontra.

Dessa forma, pretendemos discutir a elaboração do sentido a partir do encontro com o outro, através de uma abordagem fenomenológico-existencial.

O EXISTENCIALISMO

As vastas transformações sofridas pela humanidade no período pós-guerra trouxeram intensos sentimentos de dor e desesperança ao homem e à sua forma de entender sua própria existência. Este é o ambiente no qual o

existencialismo desponta e começa seu desenvolvimento. A primazia da razão, antes defendida, vê-se colocada em cheque e aparece a dúvida em relação ao racionalismo como a única forma de solucionar as intempéries (CARDOSO, 2013).

Nesta concepção, o homem é entendido como livre e dotado de responsabilidade capazes de direcionar o seu viver e constituir o seu existir. Quaisquer definições prévias do que viria a ser o humano são contestadas e este passa a ser entendido como constante vir a ser.

Dessa forma, o homem se apresenta como um ser de ação, caracterizado pela constante construção de si mesmo. Não nasce pronto, fechado em si, é na verdade um devir. Nesse sentido, podemos entendê-lo como ser de possibilidades e escolhas, e sendo assim, moldador e moldado pelo caminhar. Através desta abordagem, nos salta aos olhos a responsabilidade de cada um pela unicidade que se constrói, pela história e pelo posicionamento de quem se é/quem se escolhe ser. O homem, como ser de liberdade é, nesta visão, responsável por sua existência e pelos seus projetos. Porém, isso não acontece em nenhum momento de forma isolada, o homem é ser de abertura, de contato, de conexão, de relação. Isto significa que o mundo, o outro e o ser estão sempre envolvidos e interligados nesta construção.

A FENOMENOLOGIA

A fenomenologia nasceu como alternativa à forma de conceber a ciência e a filosofia no século XIX: o positivismo. Enquanto enfatizava-se a razão e os métodos quantitativos e preditivos como a única forma para acessar o conhecimento do homem e do mundo, a fenomenologia surge como o meio de considerar a subjetividade humana e se consagra como uma nova forma de se posicionar e apreender o mundo. A partir de então, pôde-se vivenciar uma mudança de paradigma importante na busca e construção do conhecimento.

Edmund Husserl se tornou uma grande referência na fenomenologia, propondo uma mudança de atitude diante do objeto. O autor considera a consciência como doadora de sentido àquilo que ela apreende. Logo, toda consciência é consciência de algo (CARDOSO, 2014). Além disso, propõe a suspensão da atitude natural – pressuposições, conceitos e dados apriorísticos – em favor da atitude fenomenológica – acesso aos fenômenos que aparecem à consciência.

Consciência é muito mais do que apontavam até então a filosofia, a psicologia e principalmente o senso comum, que a viam como um

lugar onde, de alguma maneira, se prende o conhecido. Husserl vê a consciência como uma síntese em fluxo que não tem nenhuma substancialidade, sendo mais uma dinâmica entre Sujeito e Objeto, onde todo ser recebe seu sentido e valor (REHFELD, 2013, p. 28).

Relacionar-se com o mundo e a cada momento estar aberto para apreender os fenômenos não significa que o homem se torna diferente a cada momento em que vivencia determinada situação. Significa que o reconhecimento de quem se é no mundo interfere nas significações que se atribui à experiência, à sua elaboração. Dessa forma, este torna-se o horizonte primeiro, mais básico. Ao levarmos em conta a compreensão de mundo e tomarmos como fundamental a ideia de que os participantes da história do ser fazem parte de seu mundo, entendemos que tudo tem sentido a partir de seu próprio referencial. Por isso, o ser-no-mundo é o horizonte vital, maior e básico na existência humana. Neste horizonte fundamental, compreendemos que as ações e produções humanas são múltiplas e singulares.

O PAPEL DAS RELAÇÕES NA CONSTRUÇÃO DO SER

Tendo emanado do domínio natural das espécies para a aventura da categoria solitária, cercado pela atmosfera de um caos que nasceu com ele, o homem espera, secreta e intimamente, um sim, que só poderá vir de uma pessoa para outra. É de um homem para outro que o pão celestial de ser o próprio ser é passado (BUBER, 1965b, apud HYNEN & JACOBS, 1995, p. 44).

Tomando emprestadas as palavras de Martin Buber, podemos perceber a característica mais propriamente humana: seu potencial relacional e a constante construção de si mesmo nas relações que estabelece ao longo de sua vida. Estas, portanto, são capazes de configurar unidade e autenticidade ao homem, ao passo que ele se torna um ser singular no encontro com o outro. Dessa forma, constitui-se enquanto ser-no-mundo. Por “mundo”, entendemos aqui como o conjunto de aspectos que configuram a existência: aquilo que está fora do ser - o ambiente e seus componentes - e as relações nas quais se está imerso - com ele mesmo e com os outros (ROMERO, 2006). Logo, o ser está no mundo não de qualquer forma, mas constituindo-se como ser-no-mundo-em-relação.

Como nos elucidava Romero (2006), os encontros com os quais o ser se depara são permeados por particularidades que o colocam diante da dinâmica de sua existência. Assim, toda pessoa é marcada por sua corporeidade, sendo morada de seu corpo, relacionando-se com ele e utilizando-o para estar em contato com tudo ao seu redor, reagindo fisiológica e biologicamente ao que lhe acontece. Além disso, é perpassado por uma sociedade, composta por um sistema de valores e peculiaridades culturais com os quais precisa se haver. Sendo um ente corporal inserido em um sistema social, o homem desenvolve atividades de modo a transformar sua relação com a natureza e consigo mesmo por meio do trabalho e ações que lhe permitem sobreviver. Através disso, encontra formas de buscar a realização de seus interesses e necessidades, sendo afetado e captando de forma sensível o que lhe ocorre nessa busca e nas relações que estabelece ao longo desse processo. Destaca-se ainda sua condição de ser temporal situado em um espaço - marcado por um passado, diante de um presente e aberto às possibilidades de um futuro - fato que colocará o homem diante da fluidez da existência de sua finitude.

Dessa maneira, integrando tais características, o ser é capaz de atribuir sentido ao que lhe ocorre, como nos aponta Husserl ao discorrer sobre a consciência e seu caráter intencional atribuidor de significado às suas vivências. Viktor Frankl (1990), ao tecer comentários sobre a prática da psicologia científica, provoca-nos a reflexão sobre a relação entre sujeitos intencionais, "(...) entre os atos intencionais que deles provém e os objetos intencionais." (FRANKL, 1990, p. 35). Acrescenta-se assim, outro elemento à dinâmica da existência: o mundo do outro com o qual nos relacionamos. O relacionamento de seres intencionais atribui um movimento que impele o homem a responder à sua realidade, ao que os outros universos com os quais está em contato lhe despertam e ao que ele próprio desperta em outrem.

O comportamento humano é humano apenas na medida em que ele finalmente trata de um agir-no-mundo, e o agir se deixa reduzir novamente ao ser-motivado-pelo-mundo. De fato, o mundo nos dá os motivos que nos desafiam à ação. Ele nos dá as razões para abordá-lo desta ou daquela forma, seja fazendo algo, seja amando alguém. (FRANKL, 1990, p. 35)

A existência humana presume a presença de outras existências que a confirmem. Alice Miller (1997) propõe algumas reflexões sobre as primeiras

relações da criança e o importante impacto delas ao longo de toda a vida. Para a autora, a necessidade primeira da criança é de ser considerada e ter seus sentimentos e sensações levados em conta desde o nascimento. A criança é totalmente dependente e precisa de cuidados externos para se manter viva. Por isso, precisa da atenção dos adultos que destinam cuidados a ela e fará de tudo para mantê-los por perto (MILLER, 1997). A forma com a qual estes adultos têm de responder às demandas da criança será fundamental para que ela se torne uma pessoa autônoma e cresça de modo a realizar suas necessidades satisfatoriamente.

Dessa forma, as relações construídas na infância guiarão a pessoa no decorrer de seu desenvolvimento, de modo a orientar - em certa medida - sua forma de estar-no-mundo e de funcionar. Por isso, os relacionamentos tidos como saudáveis irão proporcionar um clima de tolerância e atenção àquilo que o ser apresenta, auxiliando-o a romper com a simbiose - que antes se fazia tão necessária - com a mãe para que a criança possa caminhar rumo à sua autonomia. Como nos aponta Miller, "a verdadeira autonomia é precedida pelo sentimento de dependência" (1997, p. 31). Considerar a criança em desenvolvimento significa aceitá-la como se apresenta, cheia de medos, sentimentos conflitantes e desafios instaurados pelas descobertas de um mundo recém-conhecido por ela. Assim, validar seus sentimentos passa pela imposição de limites. A criança precisa ser orientada nos espaços que agora está inserida, de modo que tenha suporte para compreender o que lhe é permitido e aquilo que não o é. Também precisa ser acolhida naquelas sensações e sentimentos desagradáveis, tais como raiva, tristeza e dor. Apesar de muitas vezes desconfortáveis para os pais e cuidadores, os sentimentos tidos como negativos e moralmente inconvenientes sentidos pela criança precisam ter lugar na relação. Tais sentimentos fazem parte daquele ser. Por isso, é tendo permissão para experimentá-los que ele conseguirá lidar melhor consigo mesma e com os outros à sua volta.

Para melhor ilustrar o que aqui propomos, percebendo a poesia como importante fonte da expressão humana e entendendo sua forte ligação com a Psicologia, usaremos algumas palavras de autores consagrados na literatura nacional e estrangeira como forma de representação daquilo que tecemos. Não pretendemos com isso esgotar as possibilidades e perspectivas que cada leitura nos provoca. Por isso, faremos um breve recorte destes textos com o objetivo de nos aproximarmos da existência humana enquanto ela acontece, na manifestação própria de seu movimento.

Ensino

Minha mãe achava estudo
a coisa mais fina do mundo.
Não é.
A coisa mais fina do mundo é o sentimento.
Aquele dia de noite, o pai fazendo serão,
ela falou comigo:
“Coitado, até essa hora no serviço pesado”.
Arrumou pão e café, deixou tacho no fogo com água quente.
Não me falou em amor.
Essa palavra de luxo.
(PRADO, 1991, p. 116)

No poema, podemos perceber a descrição daquilo que se aprendera com a mãe: a confirmação do outro e as maneiras das quais dispomos para cuidar das nossas relações. Notamos que houve o despertar para o que é mais caro ao ser humano: sua necessidade de amor e atenção. Deste modo, o eu lírico pode significar em sua vida o lugar do sentimento que atravessa nossas relações e como podemos nos atentar para este fato que precisa de constante zelo. Sua forma de expressão nos impele a perceber sua relação com a mãe e a relação de sua mãe com seu pai como doadoras de sentido às suas existências. Além disso, atentamo-nos - a partir das palavras da escritora - para aquilo que acontece no encontro entre pessoas, a importante esfera do ‘entre’, aquilo que acontece na troca, na fronteira entre o ‘eu’ e o ‘outro’ que se torna um ‘nós’.

Entretanto, Miller (1997) nos aponta para o quão difícil essa postura de abertura e acolhimento para com os filhos é para aqueles pais que não receberam isso em suas próprias infâncias. Feridas desse período tão vulnerável e rico em experiências podem ficar registradas naquele adulto, o qual se não acolher sua criança machucada poderá transferir para seu filho suas necessidades e dores. A criança, por sua vez, é bastante sensível em entender o que precisa fazer para conseguir o amor de seus pais, podendo fixar seus comportamentos - que antes lhe serviam como mantenedores do amor parental - utilizando-os de modo inapropriado para outras situações ao longo de sua vida, deixando de se colocar no mundo de modo criativo e autêntico. Por isso, tal acomodação aos apelos dos pais pode fazer com que a criança desenvolva um modo de funcionar no

qual se mostra de acordo com aquilo que acredita ser esperado dela, de modo a desenvolver aquilo que é chamado de ‘falso self’ (MILLER, 1997). A pessoa fica impossibilitada de se mostrar como é verdadeiramente, temendo perder a atenção dos pais.

O verdadeiro *self* não consegue se desenvolver e se diferenciar porque não pode ser vivido. Compreensivelmente, essas pessoas reclamam contra sentimentos de vazio, falta de sentido, desenraizamento - pois esse vazio é real (MILLER, 1997, p. 23, grifo da autora).

Assim, ao tornar inviável a expressão do ser da forma como ele se apresenta, as relações tornam-se neurotizantes ao passo que ensinam o ser a operar de modo a responder àquilo que acredita ser seu valor, sua responsabilidade e função. Abandona-se sentimentos, vontades e a verdade de uma pessoa singular para atuar em um mundo que lhe cobra agir, pensar e sentir de determinada maneira. À medida que incorpora tais concepções sobre si mesmo - que muitas das vezes não correspondem à realidade - a pessoa passa a fundir-se a essa imagem (MILLER, 1997).

Pergunta XLIV

- Onde está o menino que fui,
segue dentro de mim ou se foi?
- Sabe que não o quis nunca
e que tampouco me queria?
- Por que andamos tanto tempo
crescendo para separar-nos?
- Por que não morremos os dois
quando minha infância morreu?
- E se minha alma tombou
por que permanece o esqueleto?
(NERUDA, 2004, p.19)

Guardamos forte intimidade com aquilo que fomos e que nos possibilita ser. Isso implica em considerar a intensa influência das relações que constru-

imos com os outros e conosco. Em sua obra, Alice Miller (1997) esclarece-nos sobre a dificuldade em rompermos com nossos antigos modos de funcionar e de percebermos como por vezes, nossos pais que em nossa ilusão nos amaram incondicionalmente, puderam contribuir para experiências de desamparo e dor. No poema de Neruda, podemos perceber que há uma retomada à infância na qual aponta-se certa distância entre o que se foi e o que se é, sugerindo que o “menino” de agora nunca quis o menino de antes. Entretanto, “permanece o esqueleto” uma vez que aquilo que vivemos é de fundamental importância para a nossa construção e atualização no aqui e agora. Por isso, as relações neurotizantes podem nos afastar de nós mesmos, ao passo em que nos reduzem ao esperado, àquilo que devemos cumprir.

Além disso, naquelas relações onde não existe afeto ou em que ele é concedido de formas específicas - como apenas quando a pessoa agrada ao outro ou lhe dá aquilo que solicita - coloca o ser em contato com os sentimentos de abandono, insegurança, desproteção e desamor por si e pelo mundo a sua volta. Este é o caso das relações agressivas que podem incluir as violências física, psicológica e sexual. Quando tais tipos de violência são vivenciados na infância, a criança passa a reconhecer a si mesma e suas relações embasada nesses sentimentos que acabam por lhe tirar a sensação de unidade garantida pelo afeto e proteção (MILLER, 2004). Tal fato faz com que desconfie e viole a si mesma ao precisar fugir constantemente de seus sentimentos, de sua própria morada.

A hostilidade de um ambiente violento impede o movimento de reflexão e crescimento da pessoa e até mesmo de aprender aquilo que muitas vezes se diz querer ensinar com o uso de agressões físicas e psicológicas. O sentimento de unidade anteriormente descrito é substituído pelo sentimento de medo que divide e fraciona seu modo de estar no mundo. É capaz de enfraquecer seu relacionamento consigo e com o outro de modo a dificultar seu amadurecimento emocional e sua capacidade de se responsabilizar por suas ações. Os registros de tais agressões são marcados de forma intensa na experiência subjetiva da pessoa. Se ela não consegue se recordar de maneira clara e muito evidente as agressões que sofrera, ou se relativiza isso como sendo “para seu próprio bem” a fim de manter o amor do agressor, seu corpo se encarrega de guardar as consequências disso - seja por manifestações somáticas ou pela reprodução a outrem daquilo que lhe aconteceu.

[...] Porém, de vez em quando ele [o corpo] sinaliza sua aflição por meio de sintomas, como fazia a criança quando faltava na es-

cola, quando ficava doente com frequência, constituindo-se num eterno enigma para os pais. (MILLER, 2004, p. 29)

Dessa forma, as agressões físicas, psicológicas e sexuais marcam a constituição do ser de uma maneira muito peculiar. Com elas a criança não tem a oportunidade de se enxergar cheia de possibilidades, amada e respeitada pelo que é. Mas, passa a se reconhecer através das agressões sofridas, volta seu olhar para o abandono, por vezes perde a oportunidade de conhecer a si mesma e aos outros verdadeiramente. À medida que o indivíduo cresce, leva consigo as marcas de sua história, utilizando-as para estar em contato com o mundo. Não raro, essas pessoas se relacionam ao longo de suas vidas com este padrão desenvolvido e - por ser o que aprenderam e o conceito que construíram de relações - repetem aquilo que vivenciaram antes na sua história, perpetuando-a com seus filhos, parceiros, familiares e amigos (MILLER, 1997).

Minha infância

(Freudiana)

[...]

Melhor fora não ter nascido...
 Feia, medrosa e triste.
 Criada à moda antiga,
 - ralhos e castigos.
 Espezinhada, domada.
 Que trabalho imenso dei à casa
 para me torcer, retorcer,
 medir e desmedir.
 E me fazer tão outra,
 diferente,
 do que eu deveria ser.
 Triste, nervosa e feia.
 Amarela de rosto empapuçado.
 De pernas moles, caindo à toa.
 Retrato vivo de um velho doente.
 Indesejável entre as irmãs.
 Sem carinho de Mãe.

Sem proteção de Pai...
- melhor fora não ter nascido.
E nunca realizei nada na vida.
Sempre a inferioridade me tolheu.
E foi assim, sem luta, que me acomodei
na mediocridade de meu destino.
(CORALINA, 2008, pp. 95-100)

Com a contribuição da poesia expressa nas palavras de Cora Coralina, podemos apalpar os efeitos de uma relação agressiva e a forma com a qual o indivíduo encontra para se reconhecer e se situar no mundo como ser-em-relação.

Todavia, embasados por uma abordagem fenomenológica-existencial, tomamos o homem como um todo capaz de integrar-se e regular-se, sendo responsável por si mesmo ao desbravar sua própria existência. Percebemos o homem como uma teia complexa e multifacetada que é afetado por suas relações, mas também as afeta. Além de atribuir significado às suas vivências, é capaz de fazer escolhas apoiado em si mesmo e direcionado para suas possibilidades. Por isso, enquanto adulto o homem é capaz de acolher sua criança assustada - sedenta por atenção e amor - e fazer as pazes com a sua própria história, de modo a reorientar o foco de suas decisões para si mesmo, tendo acesso à unidade antes perdida.

Infância

Meu pai montava a cavalo, ia para o campo.
Minha mãe ficava sentada cosendo.
Meu irmão pequeno dormia.
Eu sozinho menino entre mangueiras
lia a história de Robinson Crusóé,
comprida história que não acaba mais.

No meio-dia branco de luz uma voz que aprendeu
a ninar nos longes da senzala – e nunca se esqueceu
chamava para o café.
Café preto que nem a preta velha
café gostoso
café bom.

Minha mãe ficava sentada cosendo
olhando para mim:
- Psiu... Não acorde o menino.
Para o berço onde pousou um mosquito.
E dava um suspiro... que fundo!
Lá longe meu pai campeava
no mato sem fim da fazenda.

E eu não sabia que minha história
era mais bonita que a de Robinson Crusóé.
(ANDRADE, 2012, p. 83)

É através do olhar do adulto que somos que podemos integrar nossas primeiras experiências, ressignificando-as. As palavras de Drummond nos permitem refletir a possibilidade de olharmos para a nossa história e dela extrairmos a verdade que carregamos. Apesar de não podermos fugir da nossa própria verdade podemos olhá-la com grandiosidade e amor, responsabilizando-nos por aquilo que somos e tomando as rédeas de nossa própria construção.

[...] porque (finalmente) como adultos recuperamos o direito de não fugir da realidade, de rejeitar argumentos ilógicos e de permanecer fieis ao nosso conhecimento, à nossa própria história (MILLER, 2004, prólogo, p. XIX).

Por isso, quando o adulto consegue acolher sua criança ferida, pode dar novo significado aos fatos que aconteceram em sua história. Apesar de não conseguir mudar aquilo que lhe ocorrera, tem a possibilidade de encontrar novos modos para lidar com seu caminho, escolhendo como construí-lo, encontrando sentidos.

A QUESTÃO DO SENTIDO

O homem é também aquele ser que a todo o momento pode se questionar sobre o sentido de sua vida. Por sentido entendemos aqui como aquilo que norteia e orienta as ações e decisões de uma pessoa. Além disso, tomamos também como o conjunto de ideias e valores que guardam significado. Dessa forma, faz parte do homem se perguntar sobre o sentido da vida e se de fato existe algum. Deparar-se com a vida no seu desenrolar e ter de responder às suas provocações é o movimento próprio de seu acontecer. Entretanto, estar diante da indagação

sobre o sentido e o real valor do viver é parte deste processo. Por isso, podemos dizer que alguém que se questiona sobre o sentido de sua vida está - em última análise - frente ao presente próprio do existir (FRANKL, 1990).

Ao perceber-se vivo, o homem acolhe as solicitações que a vida lhe faz precisando responder a ela de acordo com aquilo que lhe corresponde mais intimamente. Isto significa que a pessoa é capaz de encontrar, descobrir um sentido para a sua existência, mas não de criá-lo. É no fazer e desfazer do viver que a vontade por um sentido se desponta e a serviço disso o homem se depara com a liberdade de estar diante de suas possibilidades. Assim, a cada momento de vida a pessoa - onde e como ela está - depara-se com a solicitação de sentido.

E a existência humana aponta para além de si mesma, mostra sempre algo que não é de novo ela mesma - a algo ou alguém, a um sentido, ou a um ser companheiro. Só a serviço de algo ou no amor ao seu parceiro o homem torna-se inteiramente homem e inteiramente ele mesmo (FRANKL, 1990, p. 29).

Dessa forma, perceber aquilo que se destaca no pano de fundo da realidade no constante jogo de figuras/ fundo no aqui e agora faz com que a possibilidade de sentido se torne bastante singular (FRANKL, 1990). Isto também significa que frente ao passível de sentido se encontra a transitoriedade, deparamo-nos com ela ao longo do tempo vivido do ser. Ou seja, a possibilidade de sentido tem “Kairós” (FRANKL, 1990). Como seres temporais que somos, precisamos a cada novo momento dar uma nova resposta à questão do sentido e isso é único e está sempre à espera de cada pessoa. Tomamos emprestadas as palavras de Joel Martins para tecermos algumas reflexões sobre a temporalidade em nós:

É minha intenção olhar o humano na sua existencialidade como sendo o seu tempo vivido. O tempo é o sentido da vida. Sentido como o de um curso d’água, sentido de uma frase, sentido de um valor ou sentir um perfume [...]. (MARTINS, 1995, p. 8)

Configurar o homem como ente temporal nos coloca diante de sua característica de Ser de possibilidades. É ao longo de seu tempo vivido - não o cronológico, mas aquele carregado de significado - que o homem se reconhece como ser histórico, sempre o mesmo, sempre outro. Dessa maneira, o homem é capaz de vivenciar aquilo que o acontecer da vida lhe provoca.

Frankl (1990) aborda as maneiras pelas quais o homem pode encontrar o sentido de sua vida. Sugere que uma dessas formas pode se dar através da realização de alguma ação: a execução de alguma tarefa que lhe apareceu como digna de ser feita. Além disso, anuncia a descoberta de sentido através daquilo que se vivencia: a algo ou alguém - sentimentos de amor e pertença. Por fim, elucida que também no sofrimento - aquele inevitável, como uma doença incurável ou situações emergenciais, por exemplo - e também diante da finitude, existe a possibilidade de crescimento e encontro de si mesmo.

Assim, firmado em sua bagagem existencial - configurada por aspectos já descritos como corporeidade, historicidade e temporalidade - o ser não se abstém de procurar por um sentido, decide quem ele é nesta busca. Tomar posição diante de sua existência e de quem si é tem que ver com escolha. Isto é, estar diante dos possíveis abre o ser para a liberdade e o homem só tem condição de ser livre frente aos determinismos e condicionamentos que se lhe impõem (ROMERO, 2006).

Entretanto, e apesar de todos os condicionamentos e das programações, constatamos que o ser humano raras vezes fica preso à rede que o estrutura e condiciona. Apresenta uma abertura a suas possibilidades assim como um poder de questionamento que lhe permite superar a sua condição de figura parcialmente programada e, nos piores casos, de sujeição e servidão (ROMERO, 2006).

Diante disso, somos colocados frente a um ponto de fundamental importância quando confrontados pela questão da decisão: a responsabilidade. Questionar-se sobre o sentido de vida e estar diante de seu acontecer leva ao homem a se responsabilizar por suas escolhas e pelo próprio sentido com o qual se depara. Lidar com este aspecto da vida coloca o homem para se haver com um conflito: responsabilizar-se tem algo como que libertador - inúmeras possibilidades e caminhos a trilhar. Entretanto, há também algo terrível, como nos provoca Mafalda, a grande personagem do cartunista argentino Quino: “Justo a mim me coube ser eu!”. A cada momento o homem precisa responder ao que a vida lhe pergunta, na concretude do aqui e agora.

É terrível saber que em cada momento sou responsável pelo próximo, que cada decisão, a menor e a maior, é uma decisão “para toda a eternidade”; que em cada momento eu realizo ou perco uma possibilidade, possibilidade de um momento (FRANKL, 1990, p. 108).

Dessa maneira, é com o pano de fundo apresentado anteriormente que o ser humano é capaz de emitir respostas às suas questões vitais. Entretanto, como podemos perceber, não faz isso de forma aleatória e isolada. Antes, o ser está mergulhado em uma trama na qual são tecidas suas relações interpessoais. Por isso, é consigo mesmo e com o mundo que sua liberdade e sofrimento são vislumbrados. Dar respostas ao que lhe apresenta no viver, tem que ver com encontrar correspondência na existência e isso se dá através das relações.

Como nos propõe Alice Miller (1997), é possibilitado pelos sentimentos de aceitação e compreensão que o ser situa-se no seu mundo pessoal e encontra seus modos de viver. Este mundo está emaranhado por tais complexas relações que a pessoa alimenta com os objetos que fazem parte de sua realidade e pela maneira que encontra para estar em contato com todos esses elementos em conjunto. Diante disso, a relação com outrem convoca a pessoa a dar-se conta da existência deste outro, das respostas que ele emite ao mundo, mas muito verdadeiramente a dar-se conta de si mesmo e de sua responsabilidade frente ao mundo do outro e ao seu próprio mundo (MAHFOUD, 2010).

Dessa forma, percebemos que estar diante das questões humanas, do sentido que tais questões podem oferecer à existência de cada ser, é estar diante invariavelmente da própria humanidade. E isto nos aponta para o reconhecimento e percepção do Tu - aquilo que não sou “eu”, mas que de alguma forma habita a interioridade do ser. Alteridade que é potência para despertar de forma completa a intimidade de cada um. Por isso, a companhia humana é capaz de auxiliar cada pessoa na busca pelo sentido de vida ao passo que instaura a possibilidade do reconhecimento e aproximação de si mesmo (MAHFOUD, 2010).

O caçador de raízes

[...]

“Quando escolhi a selva para aprender a ser

Folha por folha

Entendi minhas lições

E aprendi a ser raiz, barro profundo

Terra calada, noite cristalina

E, pouco a pouco, mais toda selva.”

(NERUDA, 1994, p. 232)

A poesia de Neruda nos provoca a olharmos para a humanidade que existe em nós. Ao aceitarmos o convite da vida acontecendo, podemos notar aquilo que somos e aquilo que nos cerca: somos um corpo, entes bio-psico-sociais-espirituais que - inseridos em uma comunidade - damos significado ao que nos acontece enquanto pertencemos à trama composta por outros seres humanos. Quando escolhemos a comunidade humana para aprendermos com cada parte dela, podemos então localizar a própria humanidade em nós, localizamos a unidade do nosso próprio ser.

Entretanto, quando diante da humanidade estamos diante irrevogavelmente do sofrimento, da finitude e de questões existenciais que trazem a dúvida: qual o sentido da vida? Dessa maneira, frente ao sofrimento, podemos ser confrontados pela vida mesma que pulsa em nós e nos instiga a nos posicionarmos com aquilo que verdadeiramente somos. Como nos mostra Mahfoud (2010) a grande questão não é o sofrimento propriamente dito, mas a consciência que a pessoa tem de si mesma dentro de suas condições pessoais e as circunstâncias vividas. “Então, a reabertura do problema humano é a abertura da consciência desde um ponto de consistência dentro da inconsistência das condições humanas.” (MAHFOUD, 2010, p. 6).

Neste ponto, somos colocados frente à uma questão de fundamental importância: os recursos que a pessoa dispõe para aproximar-se de si e do mundo e para lidar com suas inconsistências. Além disso, podemos refletir como a psicoterapia pode facilitar o processo de reconhecimento de si e, conseqüentemente, auxiliar na busca pelo sentido de vida.

Incenso fosse música

Isso de querer

Ser exatamente aquilo

Que a gente é

Ainda vai

Nos levar além

(LEMINSKI, 2013, p. 228)

Como nos aponta a poesia de Leminski, ser o que somos tem a potência de nos levar sempre além. Rumo ao crescimento pessoal, o que verdadeiramente nos representa é o que nos dá suporte no embate com as situações da vida diária,

no aqui e agora, bem como projetos e projeção de um futuro. A psicoterapia pode ser uma importante aliada neste processo.

A PSICOTERAPIA E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O INDIVÍDUO NA BUSCA DO SENTIDO DA VIDA

Podemos entender como Psicoterapia um processo de desenvolvimento pessoal de potencialidades, de reconhecimento de limitações e de aprofundamento do próprio conhecer-se. É proposta do processo capacitar o cliente, ajudando-o a reconhecer seus medos e dificuldades, mas sobretudo, suas possibilidades.

Dessa maneira, quando entendemos o ser humano como responsável, ativo e protagonista do seu processo de vir a ser, temos como função fazer apontamentos sobre sua infinita liberdade de se direcionar, escolhendo os rumos de sua trajetória. Isto não significa deixá-lo desamparado na descoberta de si mesmo, mas sim apresentá-lo como ser de decisão, capaz de significar e ressignificar a sua realidade.

Diante dos possíveis e das situações de sua vida, como autor de sua própria história e de sua condição inexorável de agente transformador, o homem encontra na psicoterapia um facilitador do processo que é seu. Através da escuta de si mesmo, validada por um outro, o cliente é capaz de ampliar sua percepção, abrindo-se e permitindo maior posicionamento de forma autêntica.

Além disso, o processo psicoterapêutico pode funcionar como uma ferramenta para o fortalecimento da pessoa do cliente, na medida em que percebe suas potencialidades e acolhe sua totalidade, encontrando maneiras alternativas para melhor lidar com aquilo que lhe traz angústia e dor.

O homem, por meio de seu sofrimento, revelou sua sabedoria, verdade sobre a condição humana: ser gente é ter lugar na vida de alguém. Mesmo que seja debaixo de um guarda-chuva. Quem tem lugar tem raiz, sente confiança. Quem sente confiança pode criar um destino, e quem vislumbra um destino tem asas, pode sentir a esperança. Não é coisa nem espectro. É pura travessia. É amor e mistério encarnados. É humano (CARDELLA, 2014, p. 130).

É importante ressaltar a característica dialógica numa abordagem de cunho fenomenológico-existencial. Assim, entendemos Relação Dialógica como

uma construção a partir de elementos inerentes ao encontro humano tais como: ‘presença, comunicação genuína e inclusão’ (BUBER, 1965, apud HYCNER e JACOBS, 1997, p. 77). Dessa maneira, ser presença é aspecto fundamental da relação e, muitas das vezes, é importante estar no lugar em que o cliente se encontra – muito antes de desejar caminhar. Como ressaltam Hycner e Jacobs: “A presença implica trazer para a interação a plenitude de nós mesmos” (1997, p. 78).

Desse modo, na relação terapêutica o encontro tem potencial transformador. Ao passo que se configura como um recorte do mundo e das relações do cliente, é capaz de mobilizar a energia propulsora da mudança. Por isso, quando julgamos o homem como sendo esse perpétuo inventar-se que vai se modificar e se constituir a partir de relações e de experiências, podemos pensar que a psicologia pode trabalhar e realizar interferências nesse caminho.

Yalom (2006) prefere tratar paciente e terapeuta como ‘companheiros de viagem’, talvez nenhum outro termo explique melhor o que tentamos dizer. É através da companhia humana - citada anteriormente - que acessaremos a humanidade no outro e também a nossa própria. Dizer isto não significa sugerir uma mistura de duas unicidades, entre aquilo que é do cliente e aquilo que é do psicoterapeuta. Antes, significa ser para que o outro seja e ser porque o outro é.

Por isso um processo terapêutico ou educativo pode ser tão fundamental. Quando estamos juntos atentos à reabertura do problema humano, aparece algo maior do que era pensado antes, mais justo, mais correspondente às grandes expectativas que nos constituem. E assim volta a se fazer a experiência da surpresa e da alteridade em cada um de nós, entre nós, além de nós. Uma companhia humana é construída por cada um de seus membros, pela pessoalidade com que nos colocamos uns diante dos outros (MAHFOUD, 2010, p. 7).

Nesse sentido, o contato é fundamental. Isso porque, entrar em contato é ter a possibilidade de transformar a si mesmo. Cada encontro, único e irrepetível, guarda em si a possibilidade de abertura. A relação com o outro é uma forma dialógica de desenvolvimento e crescimento pessoal. É no contato que a vida acontece e é através dele que podemos trocar, satisfazer necessidades e nos reconhecer enquanto seres humanos individualizados e legítimos. Por isso,

a atualização do que a gente é acontece na relação. Enquanto psicoterapeutas é fundamental que tenhamos a sensibilidade de perceber que somos, antes de tudo, outra pessoa.

Estar a serviço do outro significa priorizar o cliente na relação, colocando-se no fundo, num contexto em que as questões do cliente devem ser figura. Sem dúvida, é necessário estar congruente, ou seja, ser capaz de ouvir os próprios sentimentos e perceber conflitos e necessidades. [...] Estas são, no meu entender, atitudes amorosas do terapeuta: tanto o esforço para estar disponível em situações difíceis, quanto a humildade em reconhecer (para si mesmo) as próprias limitações e impossibilidades. (CARDELLA, 1994, p. 65)

Portanto, precisamos nos atentar para o nosso próprio cuidado assim como para com o outro. Além de nos colocarmos à disposição e abertos para o encontro com o novo, a fim de que o outro seja nosso objetivo último e não o meio para chegarmos a algum outro lugar. E ainda, que possamos facilitar e contemplar este outro naquilo que ele verdadeiramente é; sem nenhum tipo de julgamento ou manipulação para que seja o que imaginamos ou esperamos. É no encontro com o diferente que vivemos um misto de graça e desafio e que temos a oportunidade de legitimar a alteridade.

Diante disso, percebemos a unicidade e a beleza de ser o que se é. Confrontado pela vida em seu acontecer o homem é responsável por responder com autenticidade àquilo que lhe é provocado. Mesmo com dificuldades e conflitos apresentados por um ambiente de urgências e imediatismos como o pós-moderno, cabe atentarmos para a importância do posicionamento de cada personalidade que compõe o todo.

Traduzir-se

Uma parte de mim
é todo mundo:
outra parte é ninguém:
fundo sem fundo.

Uma parte de mim
é multidão:
outra parte estranheza
e solidão.

Uma parte de mim
pesa, pondera:
outra parte
delira.

[...] Uma parte de mim
é só vertigem:
outra parte,
linguagem.
Traduzir-se uma parte
na outra parte
que é uma questão
de vida ou morte -
será arte?
(GULLAR, 1985, pp. 144-145)

Ferreira Gullar convoca-nos a refletirmos sobre nossa característica de seres de conflito. Instaura, ainda, uma nova provocação: a possível arte escondida no fazer e desfazer do próprio existir. O humano, ao expressar-se de diversas maneiras, reconhece aquilo que lhe corresponde e é capaz de captar beleza no que lhe acontece.

Nesse sentido, traçamos um paralelo entre arte e psicoterapia. Assim como o artista/ artesão, o psicoterapeuta precisa acolher com serenidade e delicadeza aquilo que se insinua à sua frente. Precisa também – tal qual o artista – respeitar os contornos daquilo que lhe aparece, não podendo produzir nada além da arte que já está em cada um.

Dessa forma, buscamos chamar a atenção para o papel e o lugar do profissional da psicologia clínica que atua como facilitador no processo de busca de si mesmo e, conseqüentemente, do sentido de vida. Estar diante de uma existência inteira e multifacetada que busca constantemente por dar respostas legítimas às convocações do existir é inevitavelmente estar diante de sua própria humanidade.

Por isso, estando frente à intimidade de outrem e sendo - em partes - responsável por esta relação, o terapeuta está também diante de si e por isso deve estar constantemente atento a si, à sua construção e aos sentidos que lhe despertam- Tal fato é importante porque é tendo contemplado o seu sentido de vida que o profissional poderá auxiliar o cliente em seu processo de descoberta e responsabilização. Afinal, como nos elucida Cardella (2014, p. 109) “a terapia é, então, travessia e transformação compartilhadas”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Carlos Drummond de. **Antologia Poética**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012, p. 83.

CARDELLA, Beatriz Helena Paranhos. **O amor na relação terapêutica: uma visão Gestáltica**. São Paulo : Summus, 1994.

_____. Ajustamento criativo e hierarquia de valores ou necessidades. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Orgs.) **Gestalt-terapia, conceitos fundamentais**. São Paulo : Summus, 2014, pp. 104-130.

_____. Relação, atitude e dimensão ética do encontro terapêutico na clínica gestáltica. FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Orgs.). **A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-terapia**. São Paulo : Summus, 2015, pp. 55-82.

CARDOSO, C. L. A face existencial da Gestalt-terapia. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Orgs.). **Gestalt-terapia, fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013, pp. 59-76.

_____. Apontamentos sobre a fenomenologia aplicada à psicoterapia. In: GIOVANETTI, J. P. (Org.) **Fenomenologia e Psicoterapia**. Belo Horizonte: FEAD, 2014, pp. 35-52.

CORALINA, Cora. **Melhores poemas**; seleção e apresentação Darcy França Denofrio. São Paulo: Global, - 3ª edição, 2008, pp. 95-100.

FRANKL, Viktor Emil. **A questão do sentido em psicoterapia**. Campinas: Papirus Editora, 1990.

GULLAR, Ferreira. **Os melhores poemas de Ferreira Gullar**. São Paulo: Global, 2ª edição, 1985, p. 144-145.

HYCNER, Richard. JACOBS, Lynne. **Relação e Cura em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus. 1997.

LEMINSKI, Paulo. **Toda poesia** -1ª edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

MAHFOUD, Miguel. Formação da pessoa e caminho humano: Edith Stein e Martin Buber. **Memorandum (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v.8, pp. 52-61, abr. 2005. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/artigos08/mahfoudo2.htm>>. Acesso em 8 fev. 2019.

MAHFOUD, Miguel. Responsabilidade e Esperança. In: 3º CONVEGNO OPERATORI PSICOSOCIALI, 2010. Milão: **Anais**. Milão. Associazione medicina & persona, 2010, pp. 73-85.

MARTINS, Joel. Não somos cronos somos kairós. **Doxa (Araraquara)**, Araraquara, v.1, n.1, pp. 7-24, jan./abr. 1995.

MILLER, Alice. **A verdade liberta**. São Paulo: Martins Fonte, 2004.

_____. **O drama da criança bem dotada**. São Paulo: Summus, 1997.

NERUDA, Pablo. **Antologia Poética**, José Olympio, 1994, p. 232.

_____. **O Livro das Perguntas**, Coleção L&PM Pocket, 2004, p.19.

PRADO, Adélia. **Poesia Reunida**. Editora Siciliano, 1991, p. 116.

REHFELD, A. Fenomenologia e Gestalt. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K.O. (Orgs.). **Fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo : Summus, 2013, pp. 24-33.

ROMERO, Emílio. **O encontro de si na trama do mundo: personalidade, subjetividade e singularidade**. São José dos Campos: Della Bídia Editora, 2006.

YALOM. Irvin D. **Os desafios da terapia: reflexões para pacientes e terapeutas**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2006, p. 25.

O ENCONTRO NA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA EXISTENCIAL GESTÁLTICA

CAPÍTULO 2

*Alice Aparecida Pacheco Cordeiro
Saleth Salles Horta*

A escolha por este tema de monografia foi motivada pela vivência na prática clínica e no curso de especialização em Psicologia Clínica: Gestalt- terapia e Análise Existencial, que objetiva fomentar a qualificação dos profissionais da Psicologia para atuarem nos diversos contextos, tendo como foco a saúde. Tal vivência trouxe questionamentos sobre a atuação do Gestalt-terapeuta na prática clínica, considerando o desafio cotidiano de oferecer ao cliente/paciente a oportunidade de se encontrar e tornar o seu modo de ser no mundo satisfatório e condizente com o que lhe é próprio. Percebeu-se que para atuar no setting terapêutico há a exigência de um posicionamento e atitude do profissional de Psicologia que seja condizente com a proposta da Gestalt-terapia. A visão de homem e, conseqüentemente, a compreensão de sua atuação no mundo marcam a direção na qual o gestalt-terapeuta se põe a caminhar na gratificante tarefa de acompanhar o cliente/paciente no processo psicoterápico.

A Gestalt-terapia é uma abordagem psicoterapêutica fundamentada na fenomenologia, no existencialismo dialógico, no humanismo, na Teoria Organísmica, na Teoria de Campo e nas filosofias orientais. O foco de atuação é o desenvolvimento pessoal, baseado na potencialidade humana de autorregulação e autogestão, visando a realização plena do ser. Busca fomentar a integração das dimensões sensoriais, afetivas, intelectuais, sociais e espirituais do ser humano, através do contato autêntico com o mundo e consigo mesmo. Compreende o homem como um ser complexo e em constante organização e reorganização conforme as suas necessidades. Está em constante modificação pela interação consigo mesmo e com o mundo, explicitando a sua natureza: é um ser de relação.

O homem é um ser-no-mundo e um ser-no-mundo-com-os-outros. Assim, faz-se relevante a compreensão sobre a qualidade e o tipo de relação que estabelece no e com o mundo. Para tanto, utilizou-se a compreensão apresen-

tada por Martin Buber, autor que se ocupou do estudo e compreensão da existência humana, enfatizando a existência dialógica ou a vida em diálogo. Para o mesmo, a relação de maior valor existencial é o encontro dialógico, a relação inter-humana, e descreve duas atitudes distintas do homem frente ao mundo e ao ser homem: o relacionamento Eu-Isso e a relação Eu-tu. O relacionamento Eu-Isso denota a possibilidade da experiência, do conhecimento, da objetificação. O relacionamento Eu-Tu, pela compreensão do outro enquanto pessoa, abre a possibilidade do encontro interpessoal, marcado pela presença, aceitação, reciprocidade. O dialógico é encontro mútuo, a presentificação de um e de outro, como pessoas.

Na prática clínica em Gestalt-terapia, o relacionamento entre terapeuta e cliente/paciente é relevante, visto que a relação dialógica possibilita a ambos vivenciarem um relacionamento genuíno. Para a Gestalt-terapia, o relacionamento dialógico Eu-Tu, o encontro existencial, é caracterizado pelo encontro entre pessoas como pessoas. Quando o terapeuta acessa o outro enquanto um tu, uma pessoa, institui-se uma forma de relação na qual o terapeuta pode se tornar um eu, que presentifica o outro, o confirma na sua alteridade. A presença, a escuta atenta e crítica, o olhar cuidadoso, a postura acolhedora, a companhia verdadeira do terapeuta representa para a pessoa do cliente/paciente uma oportunidade de arriscar e adentrar ao seu processo, na busca por um melhor-ser.

O objetivo deste trabalho é investigar a importância da postura dialógica na prática clínica, segundo a abordagem Gestáltica. Buscou-se ainda, aprimorar o conhecimento sobre a referida prática baseada na relação interpessoal dialógica como fonte do encontro psicoterápico. Para coleta e análise de dados sobre o tema proposto, foram utilizados a pesquisa e análise bibliográfica. Foi realizada uma revisão bibliográfica através de livros e artigos coletados nas seguintes bases de dados: Revista IGT na Rede, Revista Científica, Revista da Abordagem Gestáltica e livros.

A primeira seção apresenta uma breve sistematização sobre a Gestalt-terapia. A segunda trata do Encontro Humano, incluindo sub-seções sobre a Relação Humana e o Encontro na Psicoterapia. A terceira trata do Encontro na perspectiva da Gestalt-terapia. Por fim, as Considerações Nunca Finais.

Espera-se que as reflexões apresentadas neste texto possam contribuir, sem ser prescritivo ou normativo, com o processo de construção por que passa a Psicologia e especificamente a Gestalt-terapia.

A ABORDAGEM GESTÁLTICA

Desenvolvida a partir de 1940, por Fritz e Laura Perls, a Gestalt-terapia é uma abordagem psicoterapêutica fundamentada na fenomenologia, no existencialismo dialógico, na Teoria Organísmica e na Teoria de Campo.

A Gestalt-terapia busca o desenvolvimento pessoal, baseado na potencialidade humana de autorregulação e autogestão visando a plena realização do ser. Ginger e Ginger afirmam que a referida abordagem se destina a “qualquer pessoa (ou organização) que esteja procurando *desabrochar melhor seu potencial* latente, não só um *melhor-ser*, mas *um mais-ser*, uma *qualidade de vida* melhor” (itálico dos autores). Asseguram ainda que, a Gestalt (...) se apresenta como uma filosofia, uma ‘arte de viver’, um modo diferenciado de “conceber as relações do ser vivo com o mundo”. O foco está na conscientização da experiência atual – o aqui e agora – e na “reabilitação da percepção emocional e corporal” (Ginger e Ginger, 1995, p. 17).

A perspectiva do trabalho gestáltico é fomentar a integração das “dimensões sensoriais, afetivas, intelectuais, sociais e espirituais do ser humano”, na busca pelo desenvolvimento do contato autêntico com o mundo e consigo mesmo, como destacam Ginger e Ginger (1995, p. 15). Os referidos autores salientam o propósito de auxiliar no processo de “tomada de consciência global da forma como funcionamos e de nossos processos: de ajustamento criador ao meio, de integração da experiência presente, de nossas evitações e de nossos mecanismos de defesa ou resistências” (Ginger e Ginger, 1995, p. 18).

Nesse sentido, são apontadas quatro premissas que norteiam a referida abordagem, conforme ressalta Kiyon (2009). A primeira diz da condição do ser humano, como ser de relação, sendo a existência humana marcada pela relação estabelecida entre o campo-organismo-meio, não sendo possível conceber a vivência humana fora do contexto e do meio no qual está inserido, e das relações que estabelece. A segunda refere-se à consciência, sendo esta fundamental, uma vez que pela conscientização é possível que o indivíduo estabeleça “contatos de boa qualidade”, se responsabilize por sua existência e assuma “seu potencial”, compreendido como a capacidade de autorealização. O conceito de consciência em Gestalt-terapia está relacionado a palavra de origem inglesa Awareness que, embora não haja uma tradução exata, tem os seguintes correlatos: “consciência”, “conscientização”, “tomada de consciência” (Kiyon, 2009, p. 44).

A palavra Awareness, na Gestalt-terapia assume o sentido de estar consciente de ..., da experiência vivida, se relaciona a “estar em contato com a pró-

pria existência, com *aquilo que é*”, enfatiza Yontef (1998). Diz do “processo de estar em contato vigilante com os eventos mais importantes do campo indivíduo/ambiente, com total apoio sensorimotor, emocional, cognitivo e energético”, o que favorecerá a integração (Yontef, 1998, p. 30-31, *itálico do autor*). Conclui-se que estar aware diz da disponibilidade, da presença, do interesse, na conscientização, da aceitação daquilo que é, da qual o indivíduo dispõe quanto ao processo de tomada de consciência de sua vivência, estando apoiado na interação organismo/ambiente.

A terceira premissa refere-se à autorregulação ou homeostase, princípio existente em todo organismo, responsável pela satisfação das necessidades e do equilíbrio organísmico. Perls (1985, p. 21) denomina o “processo homeostático de processo de auto-regulação, processo pelo qual o organismo interage com seu meio” com a finalidade de satisfazer a necessidade dominante/primeiro plano (figura), aquela que mais agudamente precisa ser satisfeita, sendo que as demais (fundo) ficam temporariamente em segundo plano. Estas necessidades podem ser tanto fisiológicas quanto psicológicas, como a sede, a fome, o afeto e outras.

Vale destacar a importância do “aqui e agora” no trabalho gestáltico. É no momento presente que a vida acontece, essa é a única possibilidade, já que o passado não existe mais e o futuro ainda não aconteceu.

O centro temporal de nós mesmos como eventos espaço-tempo humanos conscientes é o presente. *Não há outra realidade a não ser o presente*. O desejo de reter mais do passado ou de antecipar o futuro poderia encobrir completamente este senso de realidade. (Perls, 2002, p. 146, *itálico do autor*)

Mesmo que seja possível, e por vezes, necessário transitar pelo passado e pelo futuro, o presente deve ser considerado o norte para qualquer ação voltada para a reorganização organísmica. Assim, a “falta de contato com o presente, falta de ‘sensação’ real de nós mesmos, leva à fuga para o passado (pensamento histórico) ou para o futuro (pensamento antecipatório)”, destaca Perls (2002, p. 147). O equilíbrio está na valorização do fenômeno tal qual se apresenta em cada momento. E, quando há o desequilíbrio no contato temporal, instala-se a ansiedade, definida por Perls como “a brecha entre o agora e o depois. Assim que você deixa a base segura do agora e corre para futuro, você experimenta ansiedade”, uma vez que perde o apoio para a orientação contida no presente (Perls, 1985, p. 134).

A quarta premissa refere-se à prevalência do como sobre o porquê. Em Gestalt-terapia o processo é valorizado por favorecer a conscientização, o experimento e o crescimento. A apreensão da forma como o indivíduo age diante das exigências para consigo mesmo e as exigências externas, pode ser esclarecedora, uma vez que “dessa forma tomará contato com seu modo de agir e com as muitas outras possibilidades que se configuram a partir de então”, destaca Kiyani (2009, p. 47). O aqui e o como são conceitos base para a Gestalt-terapia. Correlacionando os referidos termos, Perls (1977a) assinala que,

Agora engloba tudo que existe. O passado já foi e o futuro ainda não é. *Agora* inclui o equilíbrio de estar aqui, é o experienciar, o envolvimento, o fenômeno, a consciência. *Como* engloba tudo o que é estrutura, comportamento, tudo o que realmente está acontecendo – o processo. (Perls, 1977a, p. 69, *itálico do autor*).

Para a abordagem gestáltica o conceito de polaridade, herança do pensamento oriental taoísta (Tao-Yin/Yang no qual todo inteiro contém em si seu oposto), também é relevante (Kiyani, 2009; Yontef, 1998). As polaridades não equivalem à opostos irreconciliáveis, mas sim a partes que interconectam. O pensamento dicotomizado impacta no processo de autorregulação do organismo, tende a ser intolerante para com o diferente, e a diversidade existente. A autorregulação organísmica conduz à integração entre as partes, “numa totalidade que contém as partes”, destaca Yontef (1998, p. 34).

A Gestalt-terapia, teve em sua estruturação teórica e prática, a influência de diversas correntes filosóficas e teóricas, que têm em comum a valorização do humano, nos aspectos emocionais, espirituais, culturais e sociais, e de suas potencialidades de autorrealização, autorregulação e autogestão. Destacam-se a Fenomenologia, o Existencialismo, o Humanismo, a Psicologia da Gestalt, a Teoria Organísmica, a Teoria de Campo e a Teoria Holística. Em razão do foco da presente proposta, não será explicitado as influências e as contribuições que as referidas filosofias e teorias ofereceram à construção e elaboração da Abordagem Gestaltáltica.

A seguir, será apresentada breve explanação sobre o encontro humano e sua relevância, considerando a natureza relacional do ser humano.

O ENCONTRO HUMANO

O homem é um ser-no-mundo e um- ser-com-os-outros. A compreensão sobre si mesmo é fomentada pela relação com os outros homens, é um co-existente, conforme assinala Giovanetti (2015, p. 50), já que na existência do ser-homem está explícito o ser-presente de outros homens.

Para a compreensão da existência humana deve-se considerar a importância da relação constituidora entre o homem, o mundo e os outros homens, já que “(...) a relação é o elemento anterior à constituição do homem como subjetividade”. Isto pois, para a fenomenologia-existencial, o “Eu é entendido como possuindo uma vinculação primária, ‘como um ‘estar’ em uma mútua vinculação”, sendo os sentimentos “matizes da vinculação primordial” (relação mãe-bebê). A afetividade, um dos eixos da organização psíquica, se manifesta conforme a maneira como os contatos são estabelecidos pelo eu com o mundo, destaca Giovanetti (2015, p. 51). Importa compreender a qualidade e o tipo de relação que é estabelecida com o mundo, uma vez que estas marcam o modo relacional do sujeito consigo mesmo, com os outros e com o mundo.

Segundo Giovanetti (2015), são três as esferas pelas quais o homem concretiza sua dimensão relacional: com a natureza – relação de objetividade; com os outros homens – relação intersubjetiva; e a relação de transcendência, que se dá pela relação do homem com uma realidade para além (trans) da realidade que ele se situa. Tal proposição concorda com as reflexões de Martin Buber (1878-1965), considerado o filósofo do encontro, que distingue três dimensões da relação humana: com a natureza, com a humanidade e com os seres espirituais (Buber, 2001).

Buber prioriza e destaca a relação intersubjetiva, por considerar que por meio dela a reciprocidade e unicidade são potencializados. Inspirado na mística do Hassidismo, postula uma filosofia do diálogo e uma metafísica do encontro em sua célebre obra EU e TU. Buber se ocupou do estudo e compreensão da existência humana, enfatizando a existência dialógica ou vida em diálogo. Na busca por desvelar o sentido existencial da palavra, o referido autor desenvolveu uma ontologia da palavra – como palavra falante direcionada a outro ser – o sentido de portadora do ser. Ressaltando o significado da palavra, Zuben afirma que para o referido filósofo, “a palavra proferida é uma atitude efetiva, eficaz e atualizadora do ser do homem. Ela é um ato do homem através do qual ele se faz homem e se situa no mundo com os outros”. A palavra, então, é apresentada como “princípio ontológico do homem como ser dialogal e dia-pessoal”, como

aquela que conduz e introduz o homem na existência. “A palavra, como portadora do ser, é o lugar onde o ser se instaura como revelação” (Zuben, 2003, p. 87).

Para Buber, a relação de maior valor existencial é o encontro dialógico, a relação inter-humana, e conceitua relação como equivalente àquilo que, “de essencial, acontece entre seres humanos e entre Homem e Deus” (Zuben, 2003, p.84). Para o mesmo, a vida em diálogo está marcada pelas categorias: “palavra, relação, diálogo, reciprocidade como ação totalizadora, subjetividade, pessoa, responsabilidade, decisão-liberdade, inter-humano” (Zuben, 2003, p.88).

Partindo do conceito de relação e da importância atribuída à mesma, o filósofo do encontro descreve duas atitudes distintas do homem frente ao mundo e ao ser homem. Trata-se das palavras-princípio Eu-Tu, que se refere a “um ato essencial do homem, atitude de encontro entre dois parceiros na reciprocidade e na confirmação mútuas”; e Eu-Isso, que diz da “atitude de experiência e a utilização” (Zuben, 2003, p.89). São duas possibilidades do ser se revelar como humano. “As palavras- princípio não exprimem algo que pudesse existir fora delas, mas uma vez proferidas elas fundamentam uma existência”, afirma Buber (2001, p. 3). Ao proferir a palavra-princípio, o homem, Eu, abre a possibilidade de atender ou não o apelo do ser, que implica em ação passiva ou ativa. A “própria condição de existência como ser-no-mundo é a palavra como diálogo”. Entretanto, o “Eu de uma palavra-princípio é diferente do Eu da outra”, uma vez que “há uma dupla possibilidade de existir como homem”, destaca Zuben (2003, p.91). Para Buber (2001, p. 6), “o mundo como experiência diz respeito à palavra-princípio Eu-Isso. A palavra-princípio Eu-Tu fundamenta o mundo da relação”.

Crema (2017, p. 38) esclarece que a relação Eu-Tu diz da “essência da alteridade implícita na relação que é reciprocidade face-a-face, como fundamento da vida dialógica, base ontológica do entre, do inter-humano, essência do nós, que só pode ser proferida pela pessoa em sua totalidade”. Quando, na relação de intersubjetividade, ocorre a vivência de reciprocidade tem-se aí um encontro interpessoal. Giovanetti (2015, p. 53-54) utiliza a palavra encontro para designar a situação na qual um ser afeta, de algum modo, a existência do outro ser, ou seja, ela se concretiza na relação intersubjetiva que promove o crescimento, a troca de experiências, quando as vivências mobilizam a existência.

Quanto ao relacionamento Eu-Isso, o Eu aqui demarca o sujeito da experiência, de conhecimento frente ao objeto. A experiência é distanciamento do Tu, afirma Buber (2001, p. 10). A palavra Eu-Isso marca a dualidade entre

sujeito e objeto, está para o fundamento da atitude egocêntrica, “que se coloca diante das coisas que são vivenciadas com um somatório de atributos e qualidades” (Crema, 2017, p. 38).

Zuben (2003) assinala a caracterização dada por Buber, aos pólos correlatos das palavras-princípio. Assim, o Eu do Eu-Tu recebe o nome de ‘pessoa’, enquanto que o Eu do Eu-Isso, é chamado de ‘egótico’. Ao Eu-pessoa equivale o Tu; e ao Eu-Egótico equivale um Isso, Ele ou Ela. Tanto Tu quanto Isso podem se referir a pessoas, seres da natureza, objetos de arte, Deus, etc.

Embora as distinções entre as palavras-princípio, estas são complementares e necessárias uma a outra. É pela relação com o Tu que há o Eu. O Tu também pode vir a ser um Isso. “O Tu é presença além do tempo, do espaço e da compartimentalização, que atualiza o Eu (...). O Isso é coerente no tempo e no espaço, e pode ser ordenado e classificado, nada tendo de mal em si, como a própria matéria” (Crema, 2017, p. 38). E ainda, pela relação o “Eu se torna Eu em virtude do Tu e reciprocamente”, destaca Zuben (2003, p. 93).

Sobre relação, descrita por Buber sob diferentes termos (diálogo, relação essencial, encontro), Zuben (2003) enfatiza a importância de se atentar para a definição dos mesmos: “O encontro é algo atual, um evento que acontece atualmente, isto é, na *presença*. A relação engloba o encontro. Ela abre a possibilidade da latência; ela possibilita um encontro dialógico sempre novo” (p. 92, *italico do autor*). Assim, a relação representa a possibilidade de atualização do encontro dialógico.

Conceituando o dialógico, Zuben (2003) assinala que para Buber o termo equivale a “uma forma explicativa do fenômeno inter-humano”, que implica a presença ao encontro mútuo, presentificação de um e de outro. A reciprocidade caracteriza a existência do encontro e a atualização da relação, e é encontrada apenas no eixo eu-tu. O *entre* é entendido como uma categoria ontológica dos polos envolvidos na relação. Dá-se espaço para o “‘entre’, que leva ao contato consigo mesmo e com o outro”, proporcionando a ocorrência de transformação para os envolvidos na relação (Luczinski e Ancona-Lopez, 2010, p. 79). “O ‘entre’, o ‘intervalo’ é o lugar de revelação da palavra proferida pelo ser” (Zuben, 2003, p. 93). Tal intervalo é identificado entre Eu e Tu e Eu e Isso.

Para ser dialógico, é necessário que haja totalidade daquele que participa do evento instaurado pela palavra-princípio Eu-Tu. Por totalidade entende-se a participação do ser na sua totalidade. O “evento ‘acontece’ em virtude do encontro ‘entre’ o Eu e o Tu na reciprocidade da ação totalizadora”, destaca Zuben (2003, p. 94). Sobre o diálogo genuíno, Luczinski e Ancona-Lopez (2010, p. 79) afir-

mam que “tanto no que é mutuamente construído e buscado quanto na relação espontânea a vivência eu-tu pode ocorrer abrindo caminho e transformando”.

A RELAÇÃO HUMANA

Giovanetti (2015, p. 82) descreve a relação humana como sendo uma ligação na qual há “troca de conteúdos humanos” e na qual a comunicação entre as pessoas possibilite o “desvelamento de significados” para ambas as partes. E estabelece condições prévias para a caracterização da relação humana. Deste modo, elenca três pontos. O primeiro refere-se ao “conhecimento do outro como sujeito”, o que significa “reconhecer o outro como sujeito dos próprios atos” e que a busca pela concretização da direção da vida está relacionada à capacidade de decisão de cada um, uma vez que cada ser humano é capaz de encontrar e definir o rumo de sua vida, bem como o sentido de sua vida (Giovanetti, 2015, p. 83).

A segunda condição apresentada refere-se à “aceitação do outro como ele se apresenta”, que se expressa no respeito e na aceitação do diferente, ser capaz de abrir-se ao novo, “às novidades do cotidiano”, destaca Giovanetti (2015, p. 83). A terceira condição diz respeito à existência de mobilização de afetos na relação, que é “deixar que o outro repercuta dentro de nós, procurando compreender o que esse movimento está significando”, afirma Giovanetti (2015, p. 84-85).

Dando continuidade à tarefa de caracterizar e definir o que é uma relação humana, Giovanetti (2015) sinaliza quatro elementos estruturais da relação: o encontro, o diálogo, a reciprocidade e o vínculo. O encontro é entendido como a “experiência em que, valendo-nos da relação com o outro humano, aprendemos algo e crescemos existencialmente” (Giovanetti, 2015, p. 85).

Sobre o diálogo, Giovanetti (2015, p. 85) assegura se tratar do “tipo de comunicação que se vincula entre as pessoas que estabelecem o encontro”. O terceiro elemento, ser recíproco na relação com o outro, diz da disponibilidade para ser envolvido por ele, participar da vida, da existência do outro. “Se a reciprocidade for vivenciada na sua pura autenticidade, ela gerará o vínculo”, sendo o quarto elemento. Pelo vínculo a relação pode ser sedimentada, e expressa a qualidade da relação. A afetividade denota a qualidade e intensidade do relacionamento, destaca Giovanetti (2015, p. 87).

O ENCONTRO NA PSICOTERAPIA

A obra de Buber representa importante contribuição na tarefa de compreender o homem na singularidade e complexidade da sua existência, considerando sua condição de ser-no-mundo. Portanto, considera a existência humana

nas suas dimensões pessoais, sociais, políticas e éticas. Suas reflexões têm como ponto de partida a experiência vivida e o diálogo, articulados com o pensamento e a ação, na busca pelo reencontro com o sujeito na sua humanidade.

Aprego a abertura para o outro na relação inter-humana, uma vez que o homem se constitui nas relações que estabelece. Neste sentido, o encontro entre pessoas, a presença marcada pela abertura, pela disponibilidade, pelo respeito, a vivência da relação mútua entre duas pessoas no processo terapêutico, são valorizados. Zuben (2003, p. 147) ressalta que embora o conhecimento científico tenha sua relevância no processo terapêutico, este não deve sobressair à relação estabelecida entre as pessoas disponíveis ao encontro na relação de ajuda. Trata-se da relação dialógica, ou relação Eu-Tu.

Buber, conforme enfatizado por Zuben (2003), prioriza nas relações humanas, o ‘entre’ que é o lugar onde ocorrem os encontros autênticos nos eventos inter-humanos. Neste, a palavra proferida ao outro, capaz de suscitar resposta e revelar a autenticidade presente no encontro entre pessoas, demarca sua função como potencializadora do encontro. Neste sentido, “o dialógico acontece ‘entre’ as pessoas envolvidas”, tendo seu sentido explicitado no “intercâmbio, na interação, no intervalo das duas palavras” (Zuben, 2003, p. 155).

Zuben (2003) lembra que Buber assinala que o ‘encontro’ se dá pelo movimento de distanciamento e pela relação. Sendo que, pelo distanciamento, o homem reconhece a alteridade e se distingue do outro. Pela relação, há a presentificação do outro como pessoa. O movimento de voltar para o outro com o corpo e a alma representa o movimento básico dialógico: voltar-se-para-o-outro. O oposto consiste no movimento de dobrar-se-em-si-mesmo como sendo “o retrair-se do homem diante da aceitação, na essência do seu ser, de uma outra pessoa na sua singularidade”, e ainda, como “a admissão da existência do Outro somente sob a forma de vivência própria, somente como uma parte do meu eu”, enfatiza Buber (1982), citado por Zuben (2003, p. 156).

Correlacionando a compreensão Buberiana sobre relação e a prática clínica, Luczinski e Ancona-Lopez (2010, p. 79) reforçam que quando o terapeuta se abre ao cliente de modo a “conseguir acessá-lo enquanto um tu, institui-se uma forma de relação em que o terapeuta pode entrar no modo eu-tu de funcionamento, ou seja, se torna um eu.” Isto pois, proferiu a palavra tu ao considerar o outro enquanto presença, pessoa. Seu eu é um eu em relação, e sofre transformação. As autoras assinalam que por esta razão a relação entre terapeuta e cliente pode ser fecunda e proporcionar “uma sensação indescritível de ad-

miração e plenitude”. Terapeuta e cliente são impactados por tal experiência. “É como se fosse realmente uma ruptura do funcionamento comum e uma abertura sutil para a dimensão ontológica que envolve todos os seres” (Luczinski e Ancona-Lopez, 2010, p. 79).

O dialógico, então, se dá no evento do inter-humano, na relação e aceitação mútua. Para tanto, ver o outro tal como ele é, ver que o outro é um não eu, é necessário para o diálogo autêntico. Na relação terapêutica, importa que o terapeuta saiba reconhecer quando colocar de lado seus conhecimentos teóricos e técnicos, para então se colocar diante do paciente, e “*tornar-se presente no encontro*”, confirmando a pessoa na sua experiência e alteridade, destaca Zuben (2003, p. 157).

Sobre o encontro terapêutico, Teixeira (2006) enfatiza que o foco é a experiência que o outro tem do mundo, e caracteriza-se pela relação existencial no estar-com e estar-para. O referido autor define encontro como sendo:

[...] apreensão da presença do outro ‘tal como’ ele aparece diante do terapeuta – [...], sem distorções interpretativas – pelo que é necessário estabelecer contato (sintonizando), aceder ao seu estado de consciência (empatizando) e compreender, captando as modalidades de constituição da sua presença no mundo. (Teixeira, 2006, p. 295).

O encontro de uma existência com uma outra existência assinala a relação existencial – estar-com, que implica uma

[...] presença sentida (estar-por-si), a reciprocidade (estar-para-o-outro), cuidado (acolher o outro na sua esfera vital), o laço emocional (eu/tu que criam um ‘nós’, numa reciprocidade activa para que o outro se ilumine e descubra) e convite ao diálogo autêntico, a partir das vivências ou intencionalidades significativas. (Teixeira, 2006, p. 295)

Luczinski e Ancona-Lopes (2010, p. 80) ressaltam que, na clínica psicológica, importa “buscar apreender a pessoa na sua dinâmica existencial, vivenciando o ‘entre’, ou seja, incluindo a relação e sua imprevisibilidade como fundantes no processo desencadeado”.

Giovanetti (2015) assinala que o encontro psicoterápico é desenvolvido numa interação, uma relação interpessoal na qual há a veiculação de “material subjetivo”, ou o “conteúdo significativo” das vivências da pessoa do cliente, necessária para o desenvolvimento do processo terapêutico. Enfatiza a importância de o(a) profissional respeitar o ritmo e o desvelamento da vida íntima daquele que busca auxílio. “Do processo terapêutico, o cliente espera cura, e não amizade; ajuda e não amor”. Ajuda esta, que se dará por meio da solidariedade e do apoio, na busca conjunta – terapeuta e cliente – pelo esclarecimento das suas vivências (Giovanetti, 2015, p. 55). Cabe destacar que, dado que a relação não pode ser controlada ou moldada conforme o interesse dos participantes, uma vez que se trata de um acontecimento, uma postura de abertura e “disposição diante do outro” facilitam a aproximação entre os participantes, “abrindo caminho para um encontro real entre pessoas”, enfatizam Luczinski e Ancona-Lopes (2010, p. 80).

O diálogo genuíno, nesse sentido, é o início do encontro entre pessoas. E para tanto, Luczinski e Ancona-Lopes (2010) destacam três condições para a ocorrência de um diálogo genuíno. A primeira é a autenticidade dos participantes, que é “a possibilidade de as pessoas se guiarem pelo que são no momento, sem parecer algo ou produzir uma imagem de si”. Aqui é ressaltado o desafio colocado ao psicoterapeuta, que é se colocar como é, e encorajar o cliente a fazer o mesmo. Ao ser afetado pelo cliente, o psicoterapeuta se torna responsável pelas decisões que toma na condução do processo psicoterápico. A vulnerabilidade que se apresenta, tanto para um quanto para outro, pode trazer receio aos participantes do processo, uma vez que aponta para a abertura para o novo, o que não invalida a possibilidade de crescimento e “transformação de si e do outro” ao vivenciarem a relação (Luczinski e Ancona-Lopes, 2010, p. 80).

A segunda condição refere-se ao reconhecimento do outro como alteridade, como singular, totalidade. “É ter uma atitude de contemplação, e não de mera observação”. E, como terceira condição, as referidas autoras apontam a necessidade de que nenhum dos parceiros se imponha ao outro, que haja uma confirmação do outro. “Confirmar alguém é acreditar nele enquanto pessoa, sem ter que, necessariamente, concordar com ele”, destacam Luczinski e Ancona-Lopes (2010, p. 80).

Giovanetti (2015) destaca algumas características do encontro psicoterápico baseado na relação interpessoal, afirmando que nesta, “deve compreender, em si, o cuidado, a assistência e o tratamento” (2015, p. 56). E acrescenta: a primeira característica é o cuidado, que diz da atenção ao ritmo do cliente,

aguardando o desvelar deste; quanto ao tratamento, o terapeuta deve estar atento ao objetivo da psicoterapia, entendida como uma intervenção de tratamento, uma ação ‘curativa’ que auxilia o cliente a se reorganizar no seu modo de existir. Neste sentido, o relacionamento terapêutico auxilia o cliente a desenvolver sua autonomia, evidenciando que a relação terá um fim, um rompimento necessário para que o paciente construa seu próprio caminho e se responsabilize por si mesmo. A segunda característica apontada refere-se ao objetivo da terapia e a conseqüente finitude. A terceira característica apontada é a existência da assimetria para o desenvolvimento da relação terapêutica, já que o terapeuta é aquele que possui formação profissional para compreender o que ocorre na relação, e o cliente é aquele que trará elementos para serem trabalhados no processo terapêutico (Giovanetti, 2015, p. 56-57).

Sobre a relação que se dá no processo psicoterápico, valendo-se das reflexões feitas por Amatuzzi (1989) sobre a mutualidade da relação eu-tu, Luczinski e Ancona-Lopes assinalam que a “psicoterapia não pode ser considerada uma situação de diálogo pleno, de relação eu-tu completa, pois não há igualdade de papéis” (2010, p. 79). Aqui, é apontada uma limitação da relação instaurada no processo psicoterápico. Ainda assim, à medida que se aproxima de uma relação pessoa-pessoa, ela pode ser fecunda e trazer benefícios, principalmente ao cliente, que terá experimentado uma relação eu-tu.

A presença, a escuta atenta e crítica, o olhar cuidadoso, a postura acolhedora, a companhia verdadeira do psicoterapeuta representa para a pessoa do cliente uma oportunidade de arriscar e adentrar ao seu processo, uma vez que não está só. “Suas experiências serão acolhidas e acompanhadas pelo psicólogo que, estando presente e atento, poderá contribuir para sua compreensão, indo além delas, indo para onde apontam”, afirmam Luczinski e Ancona-Lopes (2010, p. 81). É um movimento de crescimento e ruptura com os antigos modos de relação vivenciados.

A posição assumida pelo psicoterapeuta funciona como um ponto de apoio para o cliente, que poderá desenvolver o auto-suporte necessário para desvelar-se e velar-se, ao mesmo tempo que avança para o encontro consigo mesmo, buscando a integração e o melhor de si. A relação no processo psicoterápico fomenta o encontro interpessoal, que é parte da psicoterapia, e coloca a pessoa em movimento de devir. A qualidade e intensidade do envolvimento presente na relação alimenta o encontro, onde pode ser formulado uma novidade que coloca em movimento, produzindo um saber e uma pergunta é apresentada

pelo cliente. “Uma resposta que surge de uma pergunta nascida do encontro, quando corresponde à vivência da pessoa, a colocará em movimento reflexivo e vivencial, tendo como resultado a apropriação de um saber de si” (Luczinski e Ancona-Lopez, 2010, p. 81).

Tal proposição assinala a relação da pessoa com o mundo a sua volta, e a expande, assinalando o lugar situado pelo homem: “na fronteira entre sua subjetividade e o mundo, atravessada por ambos, mas irreduzível a qualquer esfera”, destacam Luczinski e Ancona-Lopez (2010, p. 81).

Cabe ainda, enfatizar a natureza do encontro, que é relacional e capaz de estimular o “processo compreensivo da pessoa”, abrindo caminho para possíveis “elaborações, ressignificações e a busca pelo sentido, as quais não se darão necessariamente no *setting* terapêutico, mas como consequência de uma relação”, que terá efeitos nos diversos aspectos da vida da pessoa, para além da situação terapêutica, ressaltam Luczinski e Ancona-Lopez, 2010, p. 81, *itálico* das autoras).

Deste modo, na psicoterapia, o encontro representa, para além de um acontecimento relacional entre terapeuta e cliente, uma oportunidade de interação entre as pessoas, e de elaboração pessoal desencadeada no processo.

O ENCONTRO E A GESTALT-TERAPIA

A Gestalt-terapia, abordagem psicoterápica de origem fenomenológico-existencial e holística, teve influência de diversas abordagens que valorizam o humano. Yontef (1998) assinala três princípios que definem a Gestalt-terapia, sendo eles: o primeiro: “A Gestalt-terapia é fenomenológica; seu único objetivo é a awareness e a sua metodologia é a da awareness”; o segundo: “A Gestalt-terapia baseia-se totalmente no existencialismo dialógico, isto é, no processo de contato/afastamento Eu-Tu”; o terceiro: “O fundamento conceitual da Gestalt-terapia ou a visão de mundo gestáltica baseiam-se no holismo e na teoria de campo” (Yontef, 1998, p. 234).

A Gestalt-terapia é caracterizada como existencial por valorizar o presente existencial de cada paciente e pela atitude relacional adotada. Yontef (1998, p. 241) afirma que: “No nível filosófico ele é chamado de Existencialismo Dialógico. No nível de relacionamento pode ser igualmente chamado Diálogo Eu-Tu, Encontro ou Encontro Existencial”.

Para a Gestalt-terapia, o relacionamento dialógico Eu-Tu, o encontro existencial, é caracterizado pelo encontro entre pessoas como pessoas, baseado no diálogo que vai além do uso de palavras, lembra Yontef (1998).

No relacionamento terapêutico em Gestalt-terapia, cinco características de diálogo são enfatizadas, conforme destaca Yontef (1998, p. 252-253). A primeira refere-se à inclusão, entendida como a capacidade de se situar na experiência do outro, sem julgamento, análise ou interpretação, atentando-se para manter distinta a própria presença. A segunda característica é a presença do terapeuta, que expressa para o cliente, “observações, preferências, sentimentos, experiência pessoal e pensamentos”. Trata-se de confirmar a pessoa, na sua diversidade e singularidade. A terceira característica é o compromisso com o diálogo. O terapeuta dialógico “permite ao que está ‘entre’ controlar” o acontecimento instaurado pelo diálogo. A partir do contato estabelecido, o terapeuta se permite ser afetado pela pessoa (inclusão), e permite que o paciente seja afetado por quem o terapeuta é (presença). Tal característica equivale ao “relacionamento baseado explicitamente no que a pessoa está experienciando, e respeito ao que o outro experiencia” (Yontef, 1998, p. 253).

O diálogo é vivido é a quarta característica do diálogo em Gestalt-terapia. O diálogo é feito e não falado. Ocorre no presente, no agora. É viver, fazer e experimentar. “*Entrar em contato é relacionar-se com a vida e com o imediato – agora. Relacionar-se é viver (...)*” (Yontef, 1998, p. 265, *itálico* do autor).

A quinta característica do diálogo: o relacionamento dialógico em Gestalt-terapia não é exploratório ou manipulativo, considerando cada pessoa como uma finalidade em si mesma. “*Embora a mutualidade da terapia não seja total e exista uma diferenciação de tarefa/papel*”, o(a) terapeuta adota o desenvolvimento de um relacionamento horizontal (Yontef, 1998, p. 256, *itálico* do autor).

A presença ativa do(a) terapeuta é instrumento principal no processo terapêutico, destaca Yontef (1998). É compreendida como a disponibilidade do(a) terapeuta para o encontro, estar em contato com o outro que se apresenta. “Contato é a experiência da fronteira entre o ‘eu’ e o ‘não-eu’”, afirma Yontef (1998, p. 18). É pelo contato que o indivíduo se comunica, se mostra, se manifesta, experimenta, percebe a si mesmo e o mundo. “O contato é o processo básico do relacionamento”, sendo definido como “o processo de contato/afastamento”. Entrar em contato compreende quatro aspectos: conectar, separar, mover e awareness, afirma Yontef (1998, p. 237).

Sobre o conceito de relacionamento dialógico, Hycner (1995) enfatiza que se refere ao fato de que nos tornamos, e somos, seres humanos devido à relação que estabelecemos com outros seres humanos. Diálogo se refere à intera-

ção mais específica entre pessoas que buscam o encontro genuíno com o outro, podendo ou não haver o uso de palavras. O diálogo pode ocorrer, inclusive, no silêncio das duas pessoas.

Hycner (1995, p. 70, itálico do autor) esclarece que na psicoterapia, o termo dialógico, para o(a) terapeuta, “refere-se basicamente a uma *abordagem* do cliente; ir ao encontro dele no nível de desenvolvimento psicológico, até onde ele chegou, e trabalhar para ajudá-lo a ter uma postura relacional mais saudável com o mundo”. Além disso, é o relacionamento estabelecido entre terapeuta e cliente que permite a este “explorar seus conflitos intrapsíquicos” e caminhar rumo a um contato maior com o terapeuta e com o mundo (Hycner, 1995, p. 70). Tal relacionamento “permite ao cliente desvelar seus conflitos, tristezas, expectativas, enfim, e compartilhar seu mundo interno e restaurar as conexões que foram se perdendo ao longo da vida” (Almeida, 2010, p. 218).

Sobre o vínculo entre terapeuta e cliente, Zinker (2007, p. 19) assinala que o “terapeuta deve agir amorosamente com seu cliente”, uma vez que a experiência de ser totalmente aceito pelo terapeuta proporciona ao paciente “sentimentos de autoconhecimento e de apreço e amor”.

O amor altruísta do terapeuta promove confiança. Como o processo da terapia lida frequentemente com as partes mais vulneráveis da pessoa, a confiança deve estar sempre presente para que as duas partes se permitam revelar seus sentimentos. É esse ‘amor’, em todas as suas formas, que alimenta o processo criativo entre o cliente e o terapeuta. (Zinker, 2007, p. 19)

O vínculo entre Gestalt-terapeuta e cliente possibilita o estabelecimento da confiança e, ao cliente experimentar ser compreendido, acolhido e aceito e, talvez, ele possa voltar a si mesmo e compreender-se, acolher-se e aceitar-se. Almeida (2010, p 218) enfatiza que, cabe ao psicoterapeuta gestáltico acolher de modo dialógico e fenomenológico as manifestações do cliente, “sem permitir que seus próprios vieses interfiram negativamente no processo sem, contudo, esquecer que é um participante ativo na constituição dessa relação”. Destaca ainda que, a “psicoterapia deve, sem prejuízo de outras funções, auxiliar a pessoa a reencontrar seu próprio sentido”, e ao Gestalt-terapeuta “propiciar ao cliente a compreensão da totalidade das circunstâncias em que está inserido”, das suas vivências e experiências (Almeida, 2010, p 219).

O encontro, na perspectiva da Gestalt-terapia, representa um acontecimento fomentado pelo diálogo autêntico. No processo psicoterápico, embora haja limitações decorrentes da especificidade do trabalho, ele é facilitado pela disponibilidade e postura do terapeuta em acolher e cuidar do outro na sua singularidade, alteridade e totalidade. A qualidade da relação terapêutica é fundamental, uma vez que é o empenho e a intensidade da mesma que favorecerá ao cliente a confiança necessária para desvelar-se e velar-se, num movimento de descoberta, aceitação, amor e auto-realização.

CONSIDERAÇÕES NUNCA FINAIS

A Gestalt-terapia, como abordagem de origem fenomenológico-existencial e holística, em sua estruturação teórica e prática, contou com a influência de diversas abordagens, que comungam da valorização do humano. O homem é compreendido como um ser livre, de potência e transformação, aquele capaz de autogerir, se criando a cada momento, num constante vir-a-ser, na busca por uma existência autêntica.

Como abordagem psicoterápica, a Gestalt-terapia prioriza o perceber, o sentir e o atuar. O foco está na awareness, na capacidade de a pessoa estar em contato consigo mesmo, com sua existência, abrindo a possibilidade de realizar escolhas mais significativas para si. A relação entre terapeuta e paciente tem relevante importância no processo psicoterápico, sendo que o diálogo entre ambos, como pessoas, marca a característica da atuação em Gestalt-terapia. Tal postura evidencia a influência dos pensamentos de Martin Buber, filósofo do encontro, que teoriza sobre a relação Eu-Tu. Buber prioriza a relação inter-subjetiva genuína, na busca pela compreensão da existência humana, marcada pela condição de ser-no-mundo e ser-no-mundo-com-os- outros.

Sendo o homem, constituído na e pelas relações que estabelece consigo, com os outros e com o mundo a sua volta, a qualidade da relação terapêutica é imprescindível para fomentar o desvelar e o revelar do ser do cliente e, ainda, possibilitar que o mesmo construa consigo uma relação de aceitação, de amor e compreensão, favorecendo a autoconsciência, autodeterminação, auto-realização.

O processo psicoterápico tem como uma das possibilidades oferecer àquele que busca a psicoterapia, a oportunidade de se descobrir, se cuidar, se conectar a si mesmo, buscando a expressão de sua autenticidade. Para tanto, faz-se relevante a postura adotada pelo Gestalt-terapeuta, cabendo a disponibilidade para a pessoa que se apresenta. Tal disponibilidade é explicitada

pela abertura e presença do terapeuta, pelo respeito para com o fenômeno que se desvela, pela aceitação e confirmação do outro como pessoa.

Na abordagem Gestáltica a relação dialógica entre terapeuta e cliente constitui o ponto central do trabalho desenvolvido, uma vez que por meio da vivência de um relacionamento baseado no contato e na autenticidade, é possível a vivência de um relacionamento mútuo e genuíno, capaz de fomentar o autoconhecimento, a abertura para novas possibilidades de ser no mundo de modo mais condizente com o que lhe é próprio.

A relação dialógica estabelecida entre Gestalt-terapeuta e cliente busca fomentar o desenvolvimento pessoal, considerando a potencialidade humana de autorregulação e autogestão, busca-se um “melhor-ser” e um “mais-ser”, a plena realização do ser.

Assim, buscou-se, com a presente proposta de pesquisa, maior compreensão acerca do tema proposto, bem como aprimorar o arcabouço teórico e prático para a atuação clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Josiane Maria Tiago de. Reflexões sobre a prática clínica em Gestalt-terapia: possibilidades de acesso à experiência do cliente. **Revista de Abordagem Gestáltica**. XVI (2), jun-dez, 2010, pp 217-221.

BUBER, Martin. **Eu e Tu**. Trad. Newton Aquiles Von Zuben. 8ª ed. São Paulo: Centauro, 2001.

CREMA, Roberto. **O poder do encontro: origem do cuidado**. São Paulo: Tumiak Produções; Instituto Arapoty; Unipaz, 2017.

GINGER, Serge; GINGER, Anne. **Gestalt: uma terapia de contato**. Trad. Sonia de Souza Rangel. São Paulo: Summus, 1995.

GIOVANETTI, José Paulo. Fundamentação antropológica da prática psicoterápica. In: GIOVANETTI, José Paulo. **Psicoterapia Fenomenológico- existencial: fundamentos filosófico-antropológicos**. FEAD. 2015.

GIOVANETTI, José Paulo. A relação terapêutica na perspectiva fenomenológico-existencial. In: GIOVANETTI, José Paulo. **Psicoterapia Fenomenológico-existencial: fundamentos filosófico-antropológicos**. FEAD. 2015.

HYCNER, Richard. **De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica**. Trad. Elisa P. Z. Gomes, Enila Chagas, Márcia Portella. São Paulo: Summus, 1995.

KIYAN, Ana Maria Mazzarana. **O gosto do experimento: possibilidades clínicas em Gestalt-terapia**. São Paulo: Altana, 2009.

LUCZINSKI, Giovana Fagundes; ANCONA-LOPES, Marília. A psicologia fenomenológica e a filosofia de Buber: o encontro na clínica. **Estudos de Psicologia**. 27(1), Campinas: jan-mar, 2010, p. 75-82.

PERLS, F. **A abordagem gestáltica e Testemunha ocular da terapia**. (Trad. José Sanz), 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

PERLS, F. **Gestalt-terapia Explicada**. São Paulo: Summus, 1977a

PERLS, F. **Ego, fome e agressão: uma revisão da teoria e do método de Freud**. (Trad. Georges D. J. Bloc Boris). São Paulo: Summus, 2002.

TEIXEIRA, José A. Carvalho. Introdução à Psicoterapia Existencial. In: **Análise Psicológica**. 3 (XXIV): 289-309, 2006.

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

ZINKER, Joseph. **Processo Criativo em Gestalt-Terapia**. (M. S. M. Neto, Trad.) São Paulo: Summus, 2007.

ZUBEN, Newton Aquiles von. **Martin Buber: cumplicidade e diálogo**. Bauru, SP: EDUSC, 2003.

CORPO, DESORDENS ALIMENTARES E SEXUALIDADE: UM OLHAR GESTÁLTICO ACERCA DA MULHER

CAPÍTULO 3

*Camila Lopes Malta
Saleth Salles Horta*

Com a crescente influência das mídias – principalmente sociais –, apresentam-se, cada vez mais, mulheres com desordens de imagem corporal e alimentares na clínica psicoterapêutica. O estudo visa entender como se dá a construção do corpo feminino, suas implicações na sexualidade e sua relação com a alimentação transtornada sob uma ótica da Gestalt-terapia.

O trabalho possui uma relevância para profissionais que atuam na Gestalt-terapia e para estudantes de psicologia, devido à escassez de estudos sobre o tema na abordagem. Alves et al. (2009, p.6) apontam que meninas com seis anos já estão insatisfeitas com seus corpos e buscam um ideal de magreza. Com isso, o estudo visa entender como se constrói a imagem corporal, compreender sua relação com as desordens alimentares e os impactos na sexualidade feminina sob uma ótica gestáltica.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, a anorexia possui a incidência de 0,5 a 1% e bulimia de 0,9 a 4,1% da população mundial de adolescentes e jovens adultos, com grande aumento dos casos nos últimos 50 anos (WHO, 2004). Somados a isso, a influência midiática por meio da “indústria cultural” transformou os corpos e a sexualidade em produtos aquém do ser (VILHENA & MEDEIROS, 2005; CASTRO et al., 2011). Considerando a base fenomenológica-existencial da abordagem, é necessário que se compreendam os impactos causados por essa fragilidade do ser. Assim, o estudo possui também uma relevância social, considerando as consequências na construção das relações sociais e culturais.

O trabalho tem como objetivo principal compreender a relação entre o corpo, as desordens alimentares e a sexualidade sob o olhar da Gestalt-terapia, focado em mulheres. Para isso, o entendimento da visão de homem na aborda-

gem gestáltica se faz necessário. Além disso, apreender o corpo e como ele se comporta em relação. E, por fim, interpretar seus impactos nas desordens alimentares e sexualidade. Por consequência, suas influências nas relações íntimas também serão abordadas.

A VISÃO DE HOMEM DA GESTALT-TERAPIA

A compreensão dos fenômenos acerca da construção da imagem corporal, desordens alimentares e sexualidade carece de uma dissecação da visão de homem na gestalt-terapia. É preciso, então, analisar as bases que consolidaram a abordagem gestáltica, sendo elas as fenomenológicas existenciais e, também, a visão holística de um todo relacional. As relações entre o eu, o outro, o mundo e o todo estão presentes em todo o caminho da gestalt-terapia, assim como Cardella (2017, p.35) acrescenta: “a abordagem gestáltica considera o homem um ser inerentemente relacional, dotado de singularidade, além de concreto e corporificado.”.

Com isso, o capítulo começará com a discussão acerca da fenomenologia. A base fenomenológica fundamenta todo o trabalho da gestalt-terapia por meio das reduções fenomenológicas com o intuito de buscar e compreender os fenômenos que nos permeiam, portanto, aquilo que é consciente. Quando se fala de consciência em fenomenologia, é sempre uma “consciência de” ou “consciência para”, ou seja, ela acontece a partir dos preceitos de mundo daquele que é influenciado por ela, assim:

A fenomenologia, (...), representa uma alternativa ao paradigma racional à medida que considera homem e mundo numa constante inter-relação, ou seja, a consciência humana é sempre consciência de algo e o mundo é sempre o mundo para uma consciência; portanto, a fenomenologia nega tanto a objetividade pura como a subjetividade pura, o que significa que o conhecimento constói-se na intencionalidade da consciência, que é a experiência primordial, pré-reflexiva, o fenômeno. (CARDELLA, 2017, p.84)

Considerando essa inter-relação entre observador-observado, é possível perceber que todo fenômeno observado é dotado de uma intencionalidade do observador, ou seja, cada ser humano tem um olhar único acerca daquilo que vos é apresentado, então: “captar, na sua profundidade, a relação específica entre o objeto “visto” e o sujeito que visa o objeto é o desafio primordial de uma abordagem fenomenológica.”. (GIOVANETTI, 2017, p.41-42).

Dessa forma, Husserl propôs que a fenomenologia buscasse a essência dos fenômenos, ou seja, “voltar-se “às coisas mesmas”, para a realidade que se mostra” (RODRIGUES, 2011, p.39). Para que esse processo aconteça, é preciso que se coloque entre parênteses todos os “a priori” que se tenha sobre o fenômeno, só assim, será possível encontrar a essência dos fenômenos:

Para Husserl, não se pode conhecer jamais aquilo que se dá por si mesmo, a coisa em si. Se for necessário pressupor ou especular, já não é fenomenologia. E, para que se faça realmente fenomenologia, é preciso suspender todo e qualquer posicionamento ontológico e toda “realidade empírica”. Assim, tudo que for aparente, óbvio e preconcebido é colocado em questão. (REHFELD, 2013, p.29)

É evidente, então, que a relação entre o eu e o mundo é essencial na fenomenologia e, por consequência, na gestalt-terapia. Dessa forma, chegamos na face existencial da abordagem. O existencialismo busca a compreensão do homem a partir da sua existência, em uma relação simbiótica com o mundo, ou seja, não é possível conceber o homem como pertencente ao mundo, mas sim, um ser-no-mundo.

Existir é, portanto, ser-para-fora. Cada ser é responsável por seu próprio destino, sempre em um processo inacabado e indefinido de construção da própria existência (GIOVANETTI, 2017, p.23). Nesse viés: “o homem é concebido como um ser livre e responsável por construir a própria existência.” (CARDOSO, 2013, p.60).

Portanto, a visão de homem na perspectiva existencial é de um ser de abertura e em processo para e com o mundo, responsável por suas próprias escolhas. Como explica Cardoso (2013, p.60):

(...) Ele é entendido como um ser livre para escolher sua essência a cada instante, consumando, assim, seu projeto de vida e de ser no mundo. Ao fazê-lo, torna-se o único responsável por sua existência. Nascemos como seres de possibilidades e escolhemos a todo instante, ao longo de toda a nossa existência, aquilo que queremos ser. Só existindo o ser humano poderá ser.

Destaca-se, também, a característica relacional e dialógica proposta por Martin Buber. Para ele, a existência humana é essencialmente relacional, é no encontro inter-humano, ou seja, é no entre que o ser humano se constitui (CARDELLA, 2017; CARDOSO, 2013). Assim: “O diálogo dá-se na esfera do “entre”, mediante a vivência de duas polaridades, EU-TU e EU-ISSO, as duas atitudes fundamentais do ser humano para relacionar-se com os outros e com o mundo.” (CARDELLA, 2017, p.37)

Em congruência com as bases da Gestalt-terapia, Perls se apropriou também de alguns conceitos do holismo e da teoria organísmica. O pensamento holístico coloca o homem e o mundo como um todo, ou seja, pontua o relacional. Somado a isso, o homem é considerado em todos os aspectos internos e externos que o constitui, ou seja: corpo, mente, personalidade, social, ambiente, mídia e outros (LIMA, 2013; CARDELLA, 2017). Assim:

Nenhum ser humano pode se conhecer e ter consciência de si mesmo sem que se dê conta de que não é o único do universo. A consciência do *self* individual é sempre consciência dos outros. O processo de crescimento se dá pela experiência da alteridade que vem pela convivência com os outros na vida social. Todos esses elementos se fundem para o surgimento de um todo, o *self* holístico. (LIMA, 2008, p.7).

Portanto, quando se fala da visão de homem na Gestalt-terapia, tem-se a clareza desse todo relacional dialógico que representa o ser humano em conexão ao mundo. É, também, um indivíduo em construção e aberto ao mundo, que influencia e é influenciado por esse todo: “assim, para a Gestalt-terapia o homem é um ser em permanente relação com o meio que o cerca e, por isso, toda investigação, seja biológica, psicológica ou sociológica, deve partir dessa interação.” (CARDELLA, 2013, p.44). Como o foco do trabalho é em torno de mulheres, é importante ressaltar que essa visão de homem para a abordagem também se aplica, da mesma forma, às elas.

O CORPO EM GESTALT-TERAPIA

Ao considerar essa interação relacional-dialógica, percebe-se que os processos eu/mundo - organismo/ambiente, eu/não eu - carecem de um “lugar”

de encontro, ou seja, uma fronteira que permitisse misturar o mundo externo e o mundo interno, Perls então, o denomina como fronteira de contato:

A experiência se dá na fronteira entre o organismo e seu ambiente, primordialmente a superfície da pele e os outros órgãos de resposta sensorial e motora. A experiência é função dessa fronteira, e psicologicamente o que é real são as configurações “inteiras” (*whole*) desse funcionar, com a obtenção de algum significado e a conclusão de alguma ação. [...] (PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN, 1997, p.41).

Ou seja, é nesse espaço único e singular que cada organismo vivencia suas experiências perante ao mundo. É importante ressaltar que, como é uma abordagem holística, a Gestalt-terapia não separa organismo/ambiente, os dois são partes de um campo, “sendo a fronteira de contato justamente o que une e separa o organismo e meio nesse campo” (SALOMÃO, FRAZÃO E FUKUMITSU, 2014, p.42).

Anteriormente, a fronteira foi colocada como um “lugar” entre parêntesis, não se pode defini-la como um local propriamente dito por não se encaixar em uma barreira fixa. Salomão, Frazão e Fukumitsu explicam:

Embora pensemos fronteira como um “lócus”, lugar, isso não significa um lugar predeterminado ou um órgão específico, tampouco algo fixo, mas algo que muda de acordo com as circunstâncias, demandas, necessidades etc., como de resto todo o sistema *self* de contatos não é fixo e permanente. (2014, p.49)

Com isso, Polster e Polster (2001) sugerem que existam seis fronteiras responsáveis pelo contato: fronteiras do eu; fronteiras do corpo; fronteiras de valor; fronteiras de familiaridade; fronteiras expressivas e fronteiras de exposição. Para o presente trabalho, destacam-se então as fronteiras do corpo, elas são responsáveis pelas sensações e contato com as partes do corpo, então, quando esse contato ou *awareness* não acontece, perde-se o senso de si mesmo (2001, p.127). Assim:

[...] as *fronteiras* do corpo que têm relação com nossos limites e possibilidades corporais; dito de outra maneira, até que ponto somos permissivos ou não no que concerne ao contato corporal. Assim como algumas pessoas apreciam e/ou valorizam determinada parte do corpo (o rosto, as pernas, o colo etc.), elas também demonstram *awareness* de má qualidade de outras partes, nem percebendo quanto essas partes do corpo são expressivas. [...] (SALOMÃO, FRAZÃO E FUKUMITSU, 2014, p.57-58)

O filósofo fenomenólogo Merleau-Ponty também traz essa ideia de fronteira corporal, para ele o corpo é esse encontro entre sujeito e mundo: “[...] O corpo está colocado em sua obra como um existencial, compreendido como matriz, lugar de onde os dois elementos opostos (sujeito e objeto) emergem. O corpo é sede do encontro sujeito-mundo.” (ALVIM, 2011, p.229). Dessa forma: “Nosso corpo nos informa de nossas fronteiras, limites e consequências nas decisões que tomamos em *relação constante* a um *fora* - que é fora do meu corpo -, onde ocorre minha existência. [...]” (DE LUCCA, 2012, p.199).

Para o Merleau-Ponty, seria no corpo o centro do processo de consciência. A percepção de mundo e das experiências acontecem perante ao corpo vivido, em um determinado espaço temporal. Ou seja, o corpo é responsável pelo sentido da experiência (ALVIM, 2011; SILVA e ALENCAR, 2011). Para De Lucca:

Reconhecemos a vida dentro e fora de nós. O corpo é uma dimensão que nos permite atualizar nossa consciência do mundo material. A vida é vivida como contato em todas as suas qualidades e funções. As qualidades do contato e as fronteiras do contato estão intimamente ligadas. Assim como podemos estar mais próximos ou mais distantes de algo ou de alguém, disponíveis ou reticentes, alegres ou tristes, fluindo ou fixos, confiantes ou temerosos, as fronteiras desse contato nos fazem considerar o fundamental de viver em um organismo, rodeados por um mundo a ser conhecido e diferenciado, assimilado e transformado. (2012, p.199).

Volta-se ao conceito de consciência do capítulo anterior, ela é sempre “consciência de” ou “consciência para”. Dessa forma, o corpo como centro do

processo de consciência mostra como é singular cada experiência de ser-no-mundo e de corporeidade, “[...] é como corpo que habitamos o mundo, interagimos, vemos, sentimos, somos afetados, gesticulamos e nos movimentamos - enfim, fazemos contato.” (ALVIM, 2016, p.30).

Assim como no holismo, o corpo é também um todo, uma unidade, um “*whole*”¹, para De Lucca:

O corpo nos informa, nos contata, nos refere, nos contextualiza. Por isso, o consideramos não só como parte de um todo maior, mas como a mais evidente, explícita e visível expressão desse todo, dada sua materialidade exibida em todas as formas e em cada uma das manifestações. Enquanto a mente pode lançar-se ao infinito e estender-se sem fronteiras, o corpo nos leva a experimentar esses limites e fronteiras constantemente no contato com a nossa realidade e a do ambiente. (2012, p.195-196).

Quando o autor pontua os limites do corpo em relação à infinidade da mente, relembra o “voltar às coisas mesmas” da fenomenologia. Com isso, Merleau-Ponty aponta que o corpo é pré-reflexivo, ou seja, suas sensações e experiências existem além da reflexão:

A compreensão dada pelo corpo é pré-reflexiva, gerando um conhecimento tácito. A síntese do corpo próprio, tal como podemos afirmar também a respeito da noção de awareness na Gestalt-Terapia, implica espaço, tempo, movimento, sensações e expressão. Unidade, porém, implícita e ambígua. Não posso apreendê-la, mas só vivê-la. (ALVIM, 2011, p. 231).

Somados a isso, De Lucca relembra que é com o corpo que se experimenta a finitude, ou seja, ele é a ponte de passagem do ser pelo mundo e, conforme apontado no primeiro capítulo, não existe ser-sem-mundo e nem mundo-sem-ser: “[...] Falamos sobre o corpo ser o que oferece o testemunho mais elementar da passagem temporal pela vida. [...]” (2012, p. 196).

A autora Alice Miller aponta como “o corpo é o guardião de nossa verdade, porque carrega em si a experiência de toda a nossa vida e cuida para que consigamos viver com a verdade de nosso organismo” (MILLER, 2011, p.24). Ou seja, por mais que o indivíduo tente negar as experiências através da racionalização neurótica, o corpo sempre saberá a verdade pré-reflexiva. As marcas dos acontecimentos estão incrustadas nesse corpo vivido.

Contudo, se o corpo é a fronteira que está aparente no campo eu/mundo e, para a Gestalt-terapia, a visão de homem foca-se no ser relacional, então se faz importante pontuar o corpo em relação.

CORPO EM RELAÇÃO

Conforme citado anteriormente, o corpo é relacional, ou seja, ele está, também, submetido ao social e ao cultural. Há uma pressão para que ele se encaixe ao “natural” naquele espaço vivido:

Compartilhamos formas de perceber, sentir e interpretar o mundo, formas essas forjadas na cultura: jovens que falam e se comunicam de determinadas maneiras, povos de diferentes culturas, grupos de diferentes bairros e condições sociais que gesticulam de maneiras distintas e se dirigem ao mundo de modo corporalmente característico, sentindo, pensando e gesticulando. (ALVIM, 2016, p.39)

Para além das características de determinados espaços culturais, o corpo feminino é, muitas vezes, dado como um objeto de desejo. Midiaticamente as mulheres devem seguir um padrão de beleza imposto, ou seja, a ideia de um corpo jovem e magro que atenda ao desejo do outro. “A imagem da mulher na cultura confunde-se com a da beleza. Este é um dos pontos mais enfatizados no discurso sobre a mulher - a mulher pode ser bonita, deve ser bonita - do contrário não será totalmente mulher.” (VILHENA, MEDEIROS E NOVAES, 2005, p.113).

Dessa forma a estética adequada se torna algo a ser buscado e alcançado, tanto para a mídia quanto para a sociedade esses corpos são moldados, por meio de dietas, exercícios e procedimentos, para se encaixarem e se tornarem culturalmente bonitos.

1 Também no conceito de totalidade. De configurações “inteiras”.

De Lucca também aponta as formas nas quais a sociedade tenta negar e evitar o contato com os limites corporais através da valorização e busca estética. A busca pela estética é sempre uma tentativa de atrair o outro, logo, o resultado é o distanciamento do contato consigo (DE LUCCA, 2012, p.196). Dessa forma, a singularidade é ameaçada:

O lugar para a diferença está também ameaçado pelos padrões de beleza e de sucesso, influenciando principalmente jovens em busca de referenciais e lugares de pertencimento. A padronização estética cria a impossibilidade de estabelecermos vínculos pautados na instigante experiência de conhecer-se e dar-se a conhecer [...]. (CARDELLA, 2009, p.36)

Com a valorização estética, corpos e relações sociais se tornam, também, conforme citado por Vilhena, Medeiros e Novais (2005) objetos de desejo. Assim, Cardella (2009, p.35) explica que nessa era da informação consumista, as relações se transformam em artigos de consumo padronizados que são facilmente conquistáveis e descartáveis.

Contudo, com a compreensão da esfera corporal e de sua importância, se faz importante a investigação de suas consequências nas desordens alimentares e sexualidade. Conforme já abordado, o corpo e o ser são relacionais e se formam a partir de um todo, ou seja, tudo que os afeta estão interligados.

DESORDENS ALIMENTARES COMO SINTOMA CORPORAL E OS AJUSTAMENTOS NEURÓTICOS

Se a construção da individualidade está na relação e, se a valorização estética sobressai à sabedoria orgânica, quais seriam as consequências desse viver em desconexão com o “natural” ou, como aponta Alice Miller, a verdade do organismo.

Para a dissecação dessa relação, Cardella (2009, p.26) destaca a importância do reconhecimento de si e do outro:

Ao longo da vida, desenvolvemo-nos pela experiência do contato com o diferente, contato que, quando saudável e profícuo, possibilita nossa realização como seres únicos e singulares, além de

instaurar em nós essa mesma abertura em relação aos demais, ou seja, reconhecê-los, honrá-los e respeitá-los como seres que nos escapam e têm existência própria.

Logo, a autora coloca que a sensação de pertencimento só é possível através da mutualidade, ou seja, o indivíduo só reconhecerá as diferenças se também tiver sido reconhecido. Assim: “qualquer tentativa de massacre das diferenças se configura como uma forma de violência e de opressão. Onde não há diferença não há relação. Não somos percebidos ou respeitados.” (CARDELLA, 2009, p.27).

O respeito pela singularidade dos corpos é quebrado diariamente pela mídia e pelos sujeitos incrustados nessa cultura do belo. Qual o impacto dessa obrigatoriedade corporal nos que não se encaixam na padronização imposta? Russo (2005) propõe que exista uma indústria corporal responsável pelo bombardeio de corpos perfeitos:

A indústria corporal através dos meios de comunicação encarrega-se de criar desejos e reforçar imagens, padronizando corpos. Corpos que se vêem fora de medidas, sentem-se cobrados e insatisfeitos. O reforço dado pela mídia em mostrar corpos atraentes, faz com que uma parte de nossa sociedade se lance na busca de uma aparência física idealizada. (RUSSO, 2005, p.81)

Para atingir esse ideal proposto pela indústria corporal, vê-se nas dietas, exercícios, cirurgias plásticas e tratamentos estéticos uma solução. Porém, quando os resultados não são satisfatórios, recorre-se a comportamentos ainda mais extremos como vômitos e jejuns:

No caso do sexo feminino, a visão distorcida do tamanho do corpo leva a comportamentos também distorcidos, tais como, jejum, provocação de vômitos, uso de laxantes e diuréticos, assim como, ao sentimento de vergonha da exposição do seu corpo, abstendo-se de práticas de lazer, como por exemplo, ir à piscina. (ALVES et al., 2009, p.6).

Os abusos dessas práticas com o intuito de emagrecer são chamadas desordens alimentares, como define o DSM-V:

Os transtornos alimentares² são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial. (DSM-V, 2014, p. 329).

Os mais comuns são a bulimia e a anorexia, o primeiro está relacionado aos sintomas purgatórios - vômitos, uso de diuréticos e laxantes, jejuns - após a ingestão de uma quantidade excessiva de alimentos; já o segundo está ligado a um comer espaçado com grandes privações calóricas. Nos dois casos há um controle da forma corporal e do peso, a fim de impedir o ganho do mesmo. Somados a isso, o corpo se apresenta de forma disforme e negativa para o indivíduo, ou seja, há uma distorção da imagem corporal. (DSM-V, 2014).

O comer desordenado é uma das principais características destas patologias, logo os episódios de restrição/compulsão alimentar são comuns em ambos os transtornos. Nunes (2010) o define como um ciclo de restrição-compulsão, ele se inicia com um consumo calórico exacerbado, seguido por restrição - como um jejum ou o consumo limitado de alimentos. Nesse momento também podem existir eventos purgatórios, como os vômitos.

Destaca-se que o termo “desordens alimentares” foi escolhido para o trabalho, contrapondo à denominação mais comum: transtornos alimentares. A decisão se deu pela característica relacional e de abertura da abordagem gestáltica, a palavra transtorno passa uma ideia de fechamento no sintoma:

Quando se fala em transtornos alimentares sob o olhar da Gestalt-terapia, fala-se em adoecer. Considerando a base fenomenológica-existencial desta abordagem e compreendendo o homem a partir de sua existência, subjetividade e potencial de constante crescimento e auto-regulação, o adoecer é visto como uma etapa de um ajustamento criativo disfuncional, capaz, muitas vezes, de proteger a pessoa de determinadas experiências insuportáveis. O estar doente é um processo e não algo definitivo, sem perspec-

tiva de transformação. Ao contrário, ele é visto como uma experiência peculiar do indivíduo. (POLITO *apud* NUNES, 2007, p.70).

Ao considerar as desordens alimentares como ajustamentos criativos, Nunes (2017) os coloca como um mecanismo de evitação, nele os sintomas possibilitam que a pessoa não lide com as tensões do meio. Assim, a pessoa barra esse contato com o meio através da apropriação do sintoma:

[...] O foco fica nos comportamentos - comer, vomitar, contar calorias - e assim a pessoa não faz contato com outras questões que, muitas vezes, são o cerne do conflito, como o enfrentamento do cotidiano, angústias e ansiedades, sexualidade etc., usando esses comportamentos como muro protetor entre ela e mundo. (Angerman, 1998; Teixeira, 2004a;2004b; *apud* NUNES, 2017, p.191)

Através da evitação o indivíduo bloqueia ou deflete o contato com o meio, numa tentativa de diminuir os danos causados por ele (TENÓRIO, 2003). Segundo Polster e Polster (2001, p.102), “a deflexão é uma manobra para evitar o contato direto com outra pessoa. É um modo de tirar o calor do contato real.”, e ao focar-se na alimentação e na contagem de calorias, o corte do contato é alcançado. Com isso, o alimentar-se como contato é visto como uma ameaça do meio:

Parece-me que com o anoréxico o alerta de expulsão e inicia antes mesmo da ingestão, ou seja, o alimento é percebido como ameaça. Já para o bulímico, o alimento é percebido como um aliado enquanto está sendo devorado, mas após a ingestão também é entendido como ameaça. (FUKUMITSU, 2007, p.27).

Para desvencilhar da ameaça do meio, o anoréxico tenta, a todo custo, controlá-lo. Destaca-se, então, um caráter retroflexivo: “a retroflexão é uma função hermafrodita na qual o indivíduo volta contra si mesmo aquilo que ele gostaria de *fazer com outra pessoa*, ou faz consigo mesmo o que gostaria que *outra pessoa fizesse com ele*.” (POLSTER e POLSTER, 2001, p.96). Ou seja, a pessoa busca um controle da vida, porém, ao agir, retorna esse controle ao próprio corpo. Assim, quando o peso, a dieta, os exercícios e as calorias fogem ao controle, a frustração é exagerada. (NUNES, 2010).

2 A definição pelo DSM-V é de transtorno, porém, pela visão da Gestalt-terapia foi escolhido o termo desordens alimentares.

Pela especificidade das desordens alimentares, os sintomas podem aparecer precocemente: conforme explicitado anteriormente, meninas de 6 anos já possuem insatisfações com suas formas corporais (ALVES et al., 2009). Ou seja, desde a tenra infância esse contato já é evitado por meio de ajustamentos criativos disfuncionais, que impedem que novos ajustamentos criativos funcionais sejam construídos. Com isso, o reconhecimento do adoecer é lento e dificultado e, as práticas advindas das desordens alimentares são vistas como solução e não como um problema (NUNES, 2010).

O não comer ou o vomitar auxilia o indivíduo em sua objetificação corporal, não há, portanto, uma discriminação entre o que lhe é saudável ou tóxico. Para Perls (2002, p.169), este é um sintoma neurótico:

A fome de alimento mental e emocional se comporta como a fome física: K. Horney observa corretamente que o neurótico está permanentemente ávido por afeto, mas essa avidez nunca é satisfeita. Um fato decisivo neste comportamento do neurótico é que ele não assimila o afeto que lhe é oferecido. Ele se recusa a aceitá-lo, ou o condena, de modo que ele se torna desagradável ou sem valor assim que é obtido.

Miller (2011) aponta que a anorexia é esse não saber ou não sentir da fome, como não há a diferenciação ou o reconhecimento da fome afetiva, o indivíduo não encontra um modo de preenchê-la através do alimento físico:

[...] se a criança foi alimentada com mentiras, se palavras e gestos servem unicamente para adornar a rejeição da criança, o ódio, o asco, a aversão, então a criança se recusa a crescer com esse “alimento”, rejeita-o e pode, mais tarde, tornar-se anoréxica, sem saber de que alimento precisa. Ela não conhece esse alimento por experiência, portanto não sabe que ele existe. (p.156)

Para Miller (2011), esse alimento viria da mãe. Porém, conforme explicitado no capítulo, considera-se o outro como um todo relacional, então, podem ser incluídas as relações sociais e midiáticas que não foram satisfatórias ao dividir o afeto e a aceitação da criança.

O bulímico também não reconhece esse alimento emocional, mas, diferente do anoréxico, ele tenta preencher em qualquer custo esse vazio desconhecido:

O adulto pode até ter uma vaga ideia de que esse alimento existe e pode cair em orgias alimentares, engolir qualquer coisa, sem seleção, ansiando por aquilo de que precisa, mas não conhece. Torna-se, então, obeso, bulímico. Não quer renunciar: quer comer, comer sem parar, sem restrições. Mas, dado que, assim como o anoréxico, ele não sabe do que precisa, nunca consegue saciar sua fome. [...] (MILLER, 2011, p.156).

Volta-se ao descontrole do ciclo de compulsão/restrrição, o comer compulsivo em quantidades absurdamente altas buscando essa saciedade.

É importante ressaltar que nas duas manifestações de desordens alimentares os sintomas purgatórios estão presentes, ou seja, há uma repulsa à ingestão dos alimentos. Perls (2002, p.174) define esse sintoma como a repressão ao nojo. Na infância, a criança é punida se não comer aquilo que detesta, e assim, engole o alimento rapidamente para evitar sentir sabor. O alimento que poderia causar ânsia ou repulsa é engolido, causando uma frigidez oral.

Contudo, embora tente reconhecer e rejeitar o alimento em congruência com sua vontade, a criança é veemente punida, causando o desconhecimento de suas necessidades. Logo, o amor e o afeto são responsáveis pela compreensão do sentido de ser e de apreensão das próprias necessidades, que faltam nessas desordens:

O anoréxico rejeita o que lhe é tóxico e também o que poderia ser nutritivo, enquanto o bulímico, na sua voracidade, aceita sem discriminação aquilo que lhe é tóxico e nutritivo, recusando e devolvendo pelos vômitos ou pelo uso dos laxantes, com a mesma voracidade, tudo aquilo que engoliu. Expulsa o alimento, a fim de expressar a disfunção de sua relação com o objeto de amor. (FUKUMITSU, 2007, p.27)

A compulsão alimentar é responsável pela voracidade do bulímico que o faz “engolir por inteiro” tudo que lhe é dado. Para a Gestalt-terapia esse movimento é o ato de introjetar:

(...) cada introjeção seja parcial ou total, é um corpo estranho dentro do organismo. Só a destruição completa como preparação para uma assimilação, contribuirá para a manutenção e desenvolvimento do organismo. Destruição não significa aniquilamento e sim, quebra do alimento físico ou mental. (PERLS & GOODMAN, 1977, p.92)

Em decorrência disso, ao engolir por inteiro, o indivíduo não assimila o que lhe é dado, assim, não há satisfação de suas necessidades - a nutrição. No caso da bulimia, muitas vezes, esse conteúdo ainda é vomitado, ou seja, os significados do que entra e do que sai no organismo, não é integrado.

Por essa não especificidade de desejo, o indivíduo se torna influenciável pelo todo que o compõe - os pais, a mídia - perdendo sua autonomia e singularidade. Há uma dificuldade de determinar suas fronteiras com o meio, denominada confluência:

(...) pessoas com transtornos alimentares são incapazes de determinar com precisão ou estabelecer de forma saudável fronteiras entre elas e os outros. Normalmente estes clientes assumem, desde cedo, o papel de cuidadores da família, tornam-se bloqueadas pelas necessidades e expectativas dos outros, e não recebem validação do seu valor. Sua identidade é aquilo que eles absorvem daqueles que estão ao seu redor, deixando-os com a fronteira pouco evidente e uma inabilidade de proteger a si próprios. (NUNES, 2010, p.122-123)

Dessa forma, Nunes (2017) volta à importância de olhar para o todo. O sintoma nas desordens alimentares está ligado a esse todo relacional na vivência individual. O amor e a forma como ele foi recebido influem diretamente na relação com o que lhe é nutritivo e, essa assimilação só é possível na visualização desse todo.

A CONSTRUÇÃO DA INTIMIDADE E A SEXUALIDADE

Considerando a fragilidade sintomática presente nessas patologias e a relação corporal, qual seria o impacto na construção da sexualidade feminina. O auge da intimidade em um todo relacional seria, então, dividi-la com um

outro indivíduo, se colocando na vulnerabilidade nua. Cardella (2009, p.34) define a intimidade:

A intimidade é um espaço de compartilhamento em uma parceria. É uma forma de relação que se configura em *morada*, um lugar aconchegante e seguro, onde se pode experimentar a confiança e a esperança; onde é possível ser e existir como se é, repousar e silenciar.

Para a autora, somente na intimidade é possível desnudar-se, ela é o espaço de acolhimento. Na relação íntima é possível ser frágil e corajosa, ela é responsável pela experiência de confiança e pelo encontro com o outro (CARDELLA, 2009, p.35). Porém, alcançar essa intimidade é dificultado no momento em que, como já discutido nos capítulos anteriores, corpos e relações tornaram-se artigos de consumo:

Infelizmente, no mundo contemporâneo, tais experiências estão cada vez mais raras, sendo comuns relações transformadas em artigos de consumo, nas quais as pessoas se tratam como coisas e objetos de prazer que, uma vez conquistados, perdem a graça e o encanto. (CARDELLA, 2009, p.35)

O indivíduo com desordens alimentares não possui clareza de suas necessidades emocionais, como seria possível o encontro autêntico e desnudo com o outro, em uma sociedade do consumo. Cardella (2009, p.37), coloca duas formas de relacionar-se:

Algumas pessoas ficam trancadas do lado de dentro, isoladas, encasteladas e apartadas do mundo em profunda solidão, sem capacidade de abertura para serem tocadas pelo outro; outras ficam trancadas pelo lado de fora, achatadas pelos padrões, pela demanda de outros, por imagens de si mesmas perdidas em uma *terra de ninguém*; tornam-se nômades pois não sabem criar raízes e vínculos.

As duas formas estão presentes nas desordens alimentares e nos sintomas corporais, há a tentativa de cortar o contato com o meio através do

fechamento. E, também, uma busca constante de encaixar-se nos padrões sociais impostos.

A capacidade de tocar-se e se deixar tocar é apontada por Polster e Polter (2001, p.152) como uma um tabu desde a infância:

O modo mais óbvio de fazer contato é pelo toque. Embora tabus contra olhar e ouvir sejam explícitos - não olhe fixamente, não escute atrás das portas -, os tabus contra o toque são ainda mais altos e claros. Quando as crianças tocam em algo que supostamente não deveriam, elas podem levar tapinhas nas mãos ou ir embora sentindo que sujaram aquilo que tocaram. Assim elas aprendem rápido que não devem tocar objetos valiosos, não devem tocar seu genitais, e devem ser cuidadosas ao tocarem outras pessoas por temer que possam tocá-las num lugar inviolável.

Entretanto, o toque é essencial para as demonstrações de carinho e amor na infância e, no futuro, com os parceiros. O travamento do toque pode causar uma barreira na sexualidade, Barbalho (2018, p.46) explicita a conexão entre o toque durante o desenvolvimento e sua importância para o adulto:

A capacidade de tocar e ser tocado deriva de experiências infantis com o toque. Existem famílias mais abertas ao toque e ao chamego entre seus membros, enquanto outras são mais econômicas na demonstração de amor. As primeiras geram pessoas mais comunicativas e espontâneas. Aquelas que não desenvolveram o hábito de se tocar têm maior possibilidade de formar indivíduos fechados, introvertidos. Pais e cuidadores menos afetuosos, que não demonstram fisicamente o carinho (pegar no colo, fazer chamego, cafuné, abraçar e beijar), poderão gerar filhos solitários, com dificuldade de contato íntimo com seus parceiros. Essas pessoas poderão enfrentar problemas na área da sexualidade.

A autora volta ao conceito de fronteira de contato e coloca que a pele é o maior e mais sensível de todos os órgãos, seu desenvolvimento é pioneiro no embrião e o último a se perder no idoso (BARBALHO, 2018). Conforme citado anteriormente, é na fronteira corporal que se experimenta a finitude.

As diferentes formas do toque ficam incrustadas no corpo, como aponta Alice Miller (2011), o corpo é o guardião da verdade. “Corpo que é sentido, acatado, reconhecido, valorizado se abre, descobre e aprende o caminho do prazer. Corpo que é negado se esconde perde a leveza e a graça de movimentar-se, esquece o caminho do prazer, fecha-se.” (BARBALHO, 2018, p.58). Por isso, a sexualidade não é entendida apenas pela realidade e sensações internas do indivíduo e, sim, pelo campo a qual ele pertence (MÖLLER e ANDRADE, 2011).

O desejo também está nessa relação eu-mundo, é um encontro e depende da singularidade:

O desejo faz parte do temperamento sexual da pessoa. Ele é modulado pela educação, cultura, experiências da vida e capacidade de percepção das sensações corporais. Ele revela uma necessidade básica normal de todo ser humano. Se o desejo vem *antes* da excitação sexual, provocado por estímulos de toda natureza - visual, olfativo, tátil, auditivo ou do paladar - ou *depois*, como resultado deles; ou, ainda, se é o desejo que leva à excitação sexual ou, ao contrário, a excitação é o que o faz surgir, não importa. O importante é que ele é uma expressão da totalidade da pessoa, existe e pode ser comprovado através das fantasias sexuais de cada um. (BARBALHO, 2018, p.57)

Retorna-se às desordens alimentares, como visto, a pessoa não consegue diferenciar e saciar sua fome emocional, o que lhe é tóxico e nutritivo é confundido. Logo, a clareza do desejo também se torna dificultada ou negada:

Algumas mulheres sentem no corpo a temperatura elevada, a respiração ofegante, o coração a pular, a pelve mobilizada, mas afirmam não estar com vontade de sexo. Não reconhecem seu desejo e estranham seu próprio corpo. Quando a mulher sente vergonha de seu corpo e de seu desejo, ela não se assume como mulher. (BARBALHO, 2018, p.74)

O relacionar-se saudável é dependente do conhecimento de si e do outro. A entrega e o encontro só são possíveis com a instauração da singularidade:

Antes que esse senso de si seja constituído, que essa etapa seja atravessada, não haverá possibilidade de inaugurar um “nós”. Quando não há sentido de si em uma relação, o fruto do encontro é um “ninguém”; haverá apenas mistura, fusão, confluência. Ou isolamento, distância, separação. Não haverá amor. (CARDELLA, 2009, p.43).

A sexualidade também faz parte do todo relacional: corpo, mente, mídia, cultura, sociedade, criação e outros. A capacidade de abertura para o outro, o autoconhecimento, a sobrecarga, a imagem corporal, e vários outros fatores influem diretamente para o desejo sexual e sua satisfação. Basson et al. *Apud* Barbalho (2018, p.54) relacionam:

[...] o baixo desejo com autoimagem fraca, instabilidade de humor e tendência a ansiedade e preocupação: “mulheres com disfunção de desejo têm autoestima fraca ou mesmo frágil, instabilidade emocional, ansiedade e neuroticismo”. Vivenciar a excitação e o orgasmo requer das mulheres vulnerabilidade e perda de controle corporal, o que nem todas conseguem experimentar.

Uma mulher que possui uma desordem alimentar tem no cerne de sua existência justamente o controle corporal. A experiência da sexualidade por completo, demanda a entrega se seu sintoma principal.

A diferença na vivência da sexualidade feminina e masculina existe, enquanto homens buscam a satisfação de seus desejos e fantasias, as mulheres se barram pelo controle e o medo:

Enquanto os homens têm muitas fantasias sexuais e tentam realizá-las, as mulheres, apesar de tê-las, geralmente têm medo de realizá-las. Ocupam-se do externo de suas vidas, cuidam do corpo, da vestimenta e dos acessórios que compõem sua imagem. Entretanto, negligenciam sua feminilidade, sensualidade e sexualidade. Às vezes comportam-se de maneira assexuada, como se somente os homens tivessem desejos sexuais. (BARBALHO, 2018, p.93)

O desejo feminino é mais controlado por fatores externos, dependendo de várias etapas para que sua satisfação seja realizada. Assim, dificultam-se

a entrega e a vivência da vulnerabilidade no desnude e, por consequência, a experiência do orgasmo.

O orgasmo é, então, a maior expressão desse todo relacional, localizado na esfera corporal:

A alegria está, como todo outro sentimento e atitude diante da vida, presente no corporal. Agora sim podemos considerar o prazer e, dentro dele, o orgasmo. Orgasmo é uma detenção espaço-temporal na qual a unidade de todo nosso ser-aí se expressa em prazer corporal. Se vemos o ser como uma unidade biopsicossocioespírita, o orgasmo é uma expressão desse todo. O que provoca tal intensidade corporal é a prevalência que o prazer tem em relação à sua necessidade e transcendência na saúde orgânica. (DE LUCCA, 2012, p.204)

Portanto, a sexualidade feminina depende de fatores internos e externos que tem como centro esse todo relacional. Só é possível viver a experiência completa de prazer ao destravar-se e entregar-se à vulnerabilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do estudo é perceptível a importância desse todo relacional. O encontro dialógico eu-mundo é responsável por todos os desbravamentos provindos do crescimento do indivíduo. A verdade do corpo, colocada por Alice Miller, influenciará todas as consequências na vida adulta do indivíduo.

A visão das desordens alimentares em relação ao corporal mostra o quanto a sociedade carece de olhar para o outro. As pessoas são bombardeadas com a violência estética da mídia e da cultura do belo desde a tenra infância. Somados à isso, pais e tutores que também viveram essas violências reproduzem esse discurso problemático. O resultado é insegurança e insuficiência acerca do próprio corpo, que desdobra nas desordens alimentares por meio do rompimento do contato ou do contato mal feito.

Essa fome insatisfeita e o não saber da toxicidade do alimento emocional, pode estar diretamente ligada à vivência da sexualidade. Para satisfazer e assimilar um desejo é preciso ter clareza do mesmo.

A literatura da Gestalt-terapia apresenta poucos textos que relacionem sexualidade e desordens alimentares. Entretanto, a retração sexual e a solidão estão ligadas ao medo de entrar em contato e ao corte do mesmo, o mesmo

mecanismo relacionado à anorexia. A voracidade sexual, por sua vez, se assemelha à compulsão alimentar presente na bulimia, na tentativa de preencher uma falta, a pessoa engole por inteiro.

O desejo, a alimentação, o corpo, a vestimenta, o peso e as calorias estão interligados pela necessidade do controle. Falta, nas duas situações, a experiência de confiança e entrega ao outro.

Portanto, é importante que o terapeuta tenha esse olhar pelo todo do cliente e que tenha a confiança como instrumento de trabalho. A desconstrução dos padrões estéticos por parte do profissional também se faz necessária, só assim, será possível uma relação de abertura para o outro, propiciando um encontro único e autêntico com esse cliente. Dessa forma, o terapeuta precisa criar um espaço de acolhimento desses corpos que sofrem com a violência estética, estando aberto à individualidade do outro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, D. et al. Cultura e imagem corporal. **Motri.**, Santa Maria da Feira, v.5, n.1, p.1-20, jan. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2009000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 set. 2018.

ALVIM, Monica Botelho. O lugar do corpo e da corporeidade na Gestalt-terapia. In: FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima. **Modalidades de intervenção clínica em Gestalt-terapia.** São Paulo: Summus, 2016.

ALVIM, Monica Botelho. O lugar do corpo em Gestalt-Terapia: dialogando com Merleau-Ponty. **Revista IGT na Rede.** Rio de Janeiro, v.08, n.15, p.227-237. 2011. Disponível em: <<http://www.igt.psc.br/ojs/>> acesso em: 3mar. 2019.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico de transtornos mentais: DSM-5.** Tradução de: NASCIMENTO, Maria Inês Correia et al. Revisão Técnica: CORDIOLI, Aristides Volpato et al. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BARBALHO, Maria Celisa Meirelles. **Mulher: relacionamento e sexualidade:** Uma Interface Com A Gestalt-Terapia. 1 ed. São Paulo: Zagodoni, 2018. 207p.

CARDELLA, Beatriz Helena Paranhos. **Laços e nós:** amor e intimidade nas relações humanas. 1 ed. São Paulo: Ágora, 2009. 190 p.

CARDELLA, Beatriz Tereza Paranhos. **A construção do psicoterapeuta:** uma abordagem gestáltica. 3 ed. São Paulo: Summus, 2017. 233 p.

CARDOSO, Claudia Lins. A face existencial da Gestalt-terapia. In: FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima. **Fundamentos epistemológicos e influências filosóficas.** São Paulo: Summus, 2013.

CASTRO, Fernanda Santos de et al. Sexualidade na sociedade pós-moderna – A mídia como disseminadora de um novo modelo de relações. In: II SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO SEXUAL – II SIES, 2011, Maringá, Paraná. **Anais...** Maringá, Paraná: Universidade Estadual de Maringá. 2011, 10 p. Disponível em: <<http://www.sies.uem.br/trabalhos/2011/193.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2018.

DE LUCCA, Fernando J. **A estrutura da transformação.** São Paulo: Summus, 2012. 256p.

FUKUMITSU, Karina Okajima. “Engolindo, recusando e digerindo” a vida: Os transtornos alimentares na óptica gestáltica. In: FUKUMITSU, Karina Okajima; ODDONE, Hugo Ramón Barbosa (Coord.). **Transtornos Alimentares:** uma visão gestáltica. Campinas: Livro Pleno, 2007.

GIOVANNETTI, José Paulo. **Fundamentos filosóficos-antropológicos.** Rio de Janeiro: Viaverita, 2017. 129p.

LIMA, Patricia Valle de Albuquerque. A Gestalt-terapia holística, orgânica e ecológica. In: FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima. **Fundamentos epistemológicos e influências filosóficas.** São Paulo: Summus, 2013.

LIMA, Patrícia Valle de Albuquerque. O holismo em Jan Smuts e a Gestalt-terapia. *Rev. abordagem gestalt.*, Goiânia, v.14, n.1, p. 3-8, jun.2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672008000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 jan.2019.

MILLER, Alice. **A revolta do corpo**. Tradução de: Gercélia Batista de Oliveira Mendes. 1 ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. 187 p.

MÖLLER, Cíntia Vieira; ANDRADE, Celana Cardoso. **A Sexualidade Feminina**

pela Perspectiva da Gestalt- Terapia: uma Pesquisa Qualitativa-Fenomenológica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, Goiânia, v. XVII, n. 1, p.8-17, jun. 20.

NUNES, Arlene Leite. Compreendendo transtornos alimentares sob a óptica da Gestal-Terapia. In: FUKUMITSU, Karina Okajima; ODDONE, Hugo Rámon Barbosa (Coord.). **Transtornos Alimentares:** uma visão gestáltica. Campinas: Livro Pleno, 2007.

NUNES, Arlene Leite. Transtornos alimentares na clínica gestáltica. In: FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima. **Quadros clínicos disfuncionais e Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2017.

NUNES, Arlene Leite. **Transtornos Alimentares na Adolescência:** Depoimentos das Adolescentes, Gestalt-terapia e Pesquisa. Curitiba: Juruá, 2010.

PERLS, Frederick S. **Ego, Fome e Agressão**. Tradução de: Georges D. J. Bloc Boris. São Paulo: Summus, 2002.

PERLS, Frederick; HEFFERLINE, Ralph; GOODMAN, Paul. **Gestalt-terapia**. Tradução de: Fernando Rosa Ribeiro. 3 ed. São Paulo: Summus Editorial, 1997. 266 p.

POLSTER, Erving; POLSTER, Miriam. **Gestalt-terapia integrada**. Tradução de: Sonia Augusto. São Paulo: Summus Editorial, 2001. 321p.

REHFELD, Ari. Fenomenologia e Gestalt-terapia. In: FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima. **Fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013.

RUSSO, Renata. Imagem corporal: construção através do belo. **Movimento & Percepção**, Espírito Santo de Pinhal, SP, v.5, n.6, p.80-90, jan/jun. 2005.

SALOMÃO, Sandra; FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima. Fronteiras de Contato. In: FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima. **Gestalt-terapia conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014.

SILVA, Marcela Lombello Contrera da; ALENCAR, Silvia Oliveira de. Gestalt-terapia e corpo: uma revisão literária. **Revista IGT na Rede**. Rio de Janeiro, v.08, n.15, p.335-368. 2011. Disponível em: <<http://www.igt.psc.br/ojs/>> acesso em: 1ago. 2018.

TENÓRIO, Carlene Maria Dias. O conceito de neurose em Gestalt-terapia. **Universitas Ciência e Saúde**. Brasília, v.01, n.02, p. 239 – 251. 2003.

VILHENA, Junia De; MEDEIROS, Sergio. A violência da imagem: estética, feminino e contemporaneidade. **Revista Mal-Estar E Subjetividade**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 109-144, mar. 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482005000100006>. Acesso em: 14 ago. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prevention of Mental Disorders:** Effective Interventions and Policy Opinions. Genebra: 2004. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43027/1/924159215X_eng.pdf?ua=1> acesso em 02 jun. 2017.

REFLEXÕES ACERCA DA ESQUIZOFRENIA DO PONTO DE VISTA DA GESTALT-TERAPIA

CAPÍTULO 4

*Débora Barbosa dos Reis
Cláudia Lins Cardoso*

O propósito deste texto é aprofundar reflexões acerca da esquizofrenia do ponto de vista da Gestalt-terapia. Para tanto, foi realizada uma retrospectiva histórica sobre a psicopatologia e foi articulado o tema geral aqui proposto com a clínica psicológica. A partir de um levantamento bibliográfico sobre o assunto em questão, o texto foi dividido em quatro partes: considerações históricas da psicopatologia, apresentação dos principais conceitos gestálticos, detendo atenção primeiramente para o enfoque fenomenológico-existencial e, depois, sobre como a psicopatologia fenomenológica se vincula à esquizofrenia e, por fim, análise desta patologia sob a perspectiva da Gestalt.

A escolha por esse tema surgiu a partir da experiência de atendimentos realizados em uma clínica de psicologia, cujo viés utilizado era a Gestalt-terapia. Ao longo de aproximadamente dois anos de prática clínica, foi possível observar que, em suas primeiras sessões, os clientes chegavam ao consultório afirmando ter a percepção de que muitos psicólogos pelos quais passaram estavam mais interessados em definir se o seu diagnóstico era efetivamente esquizofrenia ou outra patologia, do que em saber como eles eram enquanto pessoa. Essa visão diz respeito ao olhar de incapacidade que muitos estudantes e profissionais de psicologia ainda têm diante do sofrimento humano, o que erroneamente acaba levando-os a priorizar as explicações causais dos sintomas existentes na pessoa, em detrimento dos modos de funcionamento daquele ser, da sua originalidade como pessoa e de suas potencialidades de vida.

De acordo com Schillings (2017), isso ocorre porque a esquizofrenia foi, durante muitos anos, excluída da prática clínica dos gestalt-terapeutas e da sociedade. A retomada recente desta área na clínica ampliada tem desafiado muitos profissionais a uma mudança de postura em seu trabalho “[...] o que leva

[...] a uma necessária e irremediável visão de totalidade, sendo absolutamente contrária a uma abordagem segmentada da realidade, sob pena de desconsiderar a própria realidade do todo” (HOLANDA, 1998, p. 36).

Diante da necessidade de se construir uma visão mais ampla do humano, ocorreu uma aproximação de uma parte da psicologia em relação à filosofia existencial e fenomenológica, presentes nas décadas 20 e 30. Somente após isso foi possível uma mudança de paradigma pela psicologia sobre a psicopatologia (de médica para fenomenológica) e, em 1951, a efetivação de uma nova proposta pela Gestalt-terapia: a psicopatologia relacional, baseada nos estudos filosóficos de Martin Buber sobre relação dialógica.

Dessa maneira, para chegar a uma compreensão a respeito da psicopatologia relacional, fez-se necessário abordar o conceito de Fenomenologia Existencial presente na filosofia de Husserl e Heidegger, no intuito de entender como essas concepções influenciaram a perspectiva gestáltica sobre esquizofrenia.

PSICOPATOLOGIA CLÁSSICA E ESQUIZOFRENIA

Hipócrates, séc. IV, considerava serem os transtornos mentais disfunções que decorriam de um inadequado funcionamento cerebral. Deu a isso o nome de paradigma organicista, e, até hoje, a classe médica tem seguido essa teoria em sua prática profissional (ROMERO, 2001).

A primeira descrição médica importante sobre esquizofrenia surgiu no final do século XIX com Emil Kraepelin e até hoje vem influenciando os estudos sobre o tema. Ele fez uso do termo “demência precoce”, criado em 1856 por Morel, para descrever os quadros clínicos observados em seus pacientes e propor uma classificação e um diagnóstico médico. Assim, ele conceituou a demência precoce como uma destruição das conexões internas da personalidade psíquica do paciente que ocasionavam danos emocionais e comportamentais na pessoa ao longo do tempo, além de sintomas clínicos de alucinações e delírios (LOUZA NETO; ELKIS, 2007; SADOCK, 2008).

No entanto, no início do século XX, Bleuler utilizou pela primeira vez o nome “esquizofrenia” em substituição ao termo “demência precoce”. Ele conceituou a esquizofrenia, principalmente, como uma cisão da personalidade que leva à alteração dos pensamentos, dos sentimentos e de uma perturbação da relação da pessoa com o mundo exterior. Porém, deve-se ressaltar que, apesar desse termo ser utilizado hoje internacionalmente para identificar esse transtorno, os conceitos existentes desta patologia clínica se baseiam nos sintomas apresentados por Kraepelin (SADOCK, 2008).

Assim, no presente texto, compreender a classificação médica atual da esquizofrenia é importante, não para rotular o cliente reduzindo a pessoa à classificação categorial dentro do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) ou da Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial de Saúde, mas para trazer apontamentos teóricos da psicopatologia clássica que serão úteis para o entendimento da mudança de paradigma iniciada com a Gestalt-terapia. Desde a década de 60 até hoje, foram publicadas cinco edições do DSM, em cada uma delas sugeriu-se a “melhor descrição disponível de como os transtornos mentais se expressam e podem ser reconhecidos” (DSM V, 2014, prefácio). De acordo com a última edição, sua classificação está pertinente com a denominação diagnóstica do CID-9, do CID-10 e também com a nova estrutura implantada pelo CID-11 em 2015.

Desde a 3ª edição, a esquizofrenia vem ganhando lugar como uma tipologia de classificação de doença mental e a psicose vem deixando de ser considerada uma categoria de fundo, isto é, um tipo de categoria médica. Então, a psicose vem sendo utilizada ou para delinear os sintomas característicos daquela ou como um transtorno dentro do espectro da esquizofrenia (nomeado pelo DSM V de “outros transtornos psicóticos”). Todas essas mudanças conceituais da psicopatologia clássica tratam o sujeito reduzindo-o às manifestações sintomáticas, ao diagnóstico médico e às limitações do funcionamento psicológico.

Na 5ª edição do DSM (2014), a esquizofrenia é descrita como um espectro de tipologias de doenças mentais e é conceituada como uma “anormalidade em um ou mais dos cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo catatonia) e sintomas negativos” (DSM V, 2014, p. 87). Contudo, para auxiliar na construção do plano de tratamento médico, a esquizofrenia pode ser classificada em uma escala quantitativa, chamado de *Gravidade das Dimensões de Sintomas de Psicose Avaliada pelo Clínico*. Nele se mede o nível de manifestação dos cinco sintomas primários citados em uma numeração de 0 (zero) a 04 (quatro), sendo o nível 03 (três) considerado moderado e o 04 (quatro) grave. Esta avaliação, apesar de não ser obrigatória, pode ser feita pelo médico, durante o atendimento, através do preenchimento de oito itens, sendo que cinco incluem os sintomas listados anteriormente, e os outros três, avaliam os prejuízos cognitivos e as patologias do humor (depressão e mania). A utilização desta escala pode ser feita regularmente mediante a tomada de decisão do profissional, visando avaliar as mudanças de gravidade dos sintomas.

Portanto, o paradigma organicista resulta não só da segregação construída pela prática médica, mas representa também os preconceitos existentes em uma cultura complexa, em rótulos sociais de incapacidade e limitações implícitos no diagnóstico. Isto porque desde os primórdios do seu desenvolvimento conceitual, a esquizofrenia era considerada, descrita e classificada, do ponto de vista médico, como uma doença a ser mensurada mediante a presença de certos sintomas específicos (SANTOS, 2005).

O CONCEITO DE DIAGNÓSTICO

Segundo Dalgalarondo (2008), a palavra diagnóstico é utilizada na psicopatologia médica para identificar e categorizar transtornos mentais e patologias psíquicas e foi utilizada pela primeira vez no séc. XVIII na medicina francesa. Todavia, é possível afirmar que o movimento antipsiquiatria na década de 1960 fez com que muitos psicólogos se opusessem a utilização do termo diagnóstico na psicoterapia. No entanto, a Luta Antimanicomial Brasileira possibilitou uma avaliação cuidadosa sobre o uso do diagnóstico médico e as conceituações dos transtornos mentais voltaram a ser importantes para a prática dos psicólogos devido à abertura da atuação destes profissionais na clínica ampliada (SCHILLINGS, 2017). Essas discussões acerca do diagnóstico impactaram diretamente a maneira dos profissionais de saúde atuarem. César Campos, psiquiatra com importante liderança no Movimento de Luta Antimanicomial e construtor da Reforma Psiquiátrica no Brasil, concluiu que ao final dos anos 70, com a vinda de Michel Foucault e Franco Basaglia no país, teve início um questionamento sobre a maneira de atender os pacientes psiquiátricos (CAMPOS, 1998). Essa reflexão se fortaleceu nos anos 80 com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e ao final da década de 80 com a Luta Antimanicomial. Esses movimentos visavam a desinstitucionalização dos manicômios, mudanças na área da Saúde Pública e a construção dos direitos para as pessoas com sofrimento psíquico e ainda estão em curso no país (MELO, 2012). E foi nos anos 90 que:

[...] o movimento pela Reforma Psiquiátrica obteve seus grandes avanços políticos e estratégicos na luta por serviços substitutivos em saúde mental e na construção de experiências de tratamento e assistência aos usuários dessa política, que vem sendo pautada nos princípios do SUS. (MELO, 2012, p. 86)

Assim, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), foi des-
construída a preocupação, durante os atendimentos médicos, em diagnosticar
o paciente conforme o modelo médico tradicional, dando lugar a uma compre-
ensão que “[...] defende formas diferenciadas e ampliadas de acolher, cuidar
e tratar do sujeito, em sua existência concreta de vida” (MELO, 2012, p. 87).

Desse modo, muda-se o paradigma: de tradicional, ou seja, focado ex-
clusivamente no diagnóstico, para uma visão humanizada, de escuta às neces-
sidades da pessoa e adotando uma perspectiva voltada para o bem-estar físico,
mental e social do sujeito. Com isso, as fundamentações filosóficas fenome-
nológica e existencial têm muito a contribuir para essa nova postura profissional.

A PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICA-EXISTENCIAL

O enfoque fenomenológico-existencial se propõe a compreender o sen-
tido da experiência humana, antes de se preocupar em quantificar e categorizar
essas vivências com explicações causais (CORREA; CHÁCON, 2008). Assim,
apresentaremos a seguir alguns apontamentos acerca da Fenomenologia e
do Existencialismo com o objetivo de aprofundar nas reflexões sobre essa
concepção humana.

A FENOMENOLOGIA

O matemático e filósofo Husserl, no início do século XX, buscava um
método através do qual pudesse descrever e analisar a consciência, de modo que
a filosofia se elevasse a uma condição estritamente científica. Assim, ele propôs
a Fenomenologia, cujo interesse é pelo fenômeno (RIBEIRO JÚNIOR, 2003).
A palavra fenômeno significa o aspecto do objeto que aparece imediatamen-
te na consciência, sendo objeto “a coisa enquanto está presente à consciência”
(RIBEIRO JÚNIOR, 2003, p. 10).

Husserl sustentava o retorno da pessoa à realidade, tal como ela se apre-
senta, e afirmava que o fenômeno da consciência emerge a partir da disponi-
bilidade do ser em descrever os eventos, coisas, situações, objetos, pessoas e
organismos envolvidos na experiência vivida (ROMERO, 2001). De acordo com
Ribeiro Júnior (2003), a consciência é sempre intencional, ou seja, é sempre
consciência de algo, uma ideia de alguma coisa. E é a partir dessa intenciona-
lidade da consciência que somos capazes de atribuir sentido e significado ao
que vivenciamos. Perceber os espaços físicos, os sentimentos que aparecem em
determinado momento e até mesmo o que pensamos em relação às pessoas

é o que possibilita a atribuição de sentido ao objeto. De acordo com Correa e
Chácon (2008), sentido seriam os valores particulares que cada ser humano
atribui e expressa ao longo de cada experiência, sendo esta última conceitua-
da como sendo as situações e condições das quais a pessoa passa ao longo da
vida, vivenciando-as de maneira particular e a partir da intencionalidade de
consciência que possui.

Assim, Husserl, adota uma postura de “retorno-às-coisas-mesmas”, que
seria deixar o fenômeno falar por si mesmo e se manifestar como deve ser, sem
pré-conceitos e sem observar o mundo sob uma perspectiva pré-determinada.
Para a fenomenologia husserliana, a consciência humana é sempre consciência
“de algo” e existe a partir da sua relação com o objeto. Quando deixamos que
o fenômeno da consciência venha à tona, sem julgamentos, e buscamos adotar
uma postura de dúvida universal diante do que pensamos saber, saímos de uma
atitude natural para uma atitude fenomenológica (ROMERO, 2001). A atitude
natural é aquela assumida quando encaixamos a experiência em uma teoria
definida *a priori* e as explicações e interpretações que damos rapidamente para
os caminhos que decidimos trilhar em nossa vida. Em contrapartida, a atitude
fenomenológica coloca entre parênteses tudo o que conhecemos anteriormente,
para podermos olhar para os fenômenos que emergem da consciência como eles
são, mesmo que imbuído da nossa subjetividade. Essa mudança de atitude é
chamada por Husserl de redução fenomenológica ou *époche* (CARDOSO, 2018;
ROMERO, 2001). De acordo com Ribeiro Júnior (2003), a redução fenome-
nológica é a possibilidade de ver o mundo a partir de sua essência e *époche* é
a suspensão intelectual do juízo acerca da realidade, o que permite acessar a
intencionalidade da consciência. Pela redução fenomenológica pratica-se a *épo-
che*, a qual consiste em colocar entre parênteses todo o mundo natural com que
nossa subjetividade está acostumada, para poder refletir sobre como o objeto
é realmente em si mesmo.

A Fenomenologia é também considerada como um método descritivo
filosófico, sendo “aquilo que se acha presente na consciência [...] que busca pro-
duzir em nós, imagens; refletir sobre estas imagens, descrevê-las, isto é, tentar
determinar e classificar seus caracteres distintivos” (RIBEIRO JÚNIOR, 2003,
p. 30). Segundo o autor, ele é descritivo, pois busca descrever o mais fielmente
possível os aspectos de qualquer fenômeno, e é universal, porque pode ser utili-
zado em qualquer experiência que se manifesta na consciência. Assim, o método
fenomenológico possui três momentos: intuição, redução e ideação. A intuição

seria a verdade contida no objeto, algo concreto (por exemplo: o sol é amarelo); a redução seria conhecer o objeto tal como ele é a partir do que aparece na consciência; e ideação é quando se revela uma nova significação acerca do objeto e ocorre após a redução fenomenológica.

O EXISTENCIALISMO

A partir dessa perspectiva fenomenológica proposta por Husserl e se inspirando nos estudos dos filósofos Kant e Hegel sobre a racionalidade humana, o filósofo Heidegger, considerado um dos teóricos mais importantes do Existencialismo do século XX, começa a pensar de maneira mais aprofundada sobre o “sentido do ser”. Assim, ele passa a se destacar como pensador, trazendo um paradigma inovador de visão de homem para a atualidade, desenvolvendo a ontologia do ser, ou seja, o estudo do ser pelo ser (HEIDEGGER, 2012).

Como complemento da nova perspectiva proposta por Heidegger, nas décadas de 1920 e 1930, o movimento existencialista ganhou força e se aproximou, pela primeira vez, da Fenomenologia com o filósofo Kiekeggard, cujo pensamento expressa a constituição da essência humana na sua própria existência. Influenciado pelas ideias de Kiekeggard, Heidegger desenvolveu o conceito de *Dasein* (ser-aí), para expressar a noção de ser no mundo, concreto, prático, anterior à existência humana. Isto posto, o ser-aí é visto como pleno de possibilidades e que se transforma no (e com o) mundo, em um constante vir-a-ser e em uma relação dialética (HEIDEGGER, 2012). Assim, Heidegger (2012) traz a noção do *Dasein* (ser-aí) como um fenômeno que se desvela aos poucos em um movimento de abertura. De acordo com a compreensão do paradigma heideggeriano proposto por Strenger (1982), o ser-aí está presente no aqui e agora, mas só pode se revelar a si mesmo no momento em que a negação do vir-a-ser e a simulação de sua existência se esgotam. Portanto, o vir-a-ser é um movimento de transcendência de todos os *a priori* do homem, e quando se vai ao encontro da pergunta primária: “quem sou eu?”. Isso leva a um caminho de descoberta dos sentidos e verdades do ser-aí ao longo das experiências humanas (o vir-a-ser).

Portanto, a partir da contextualização filosófica apresentada, a seguir faremos reflexões sobre uma nova proposta de visão na Psiquiatria e na qual a clínica Gestáltica tem como referencia: a Psicopatologia Fenomenológica.

A GESTALT-TERAPIA

Fritz Perls, em 1951, publicou o livro *Gestalt-Therapy: excitement and growth in the human personality*, sendo esta obra considerada o marco inicial

da Gestalt-terapia. Teoricamente, essa abordagem está ancorada em pressupostos do Humanismo, do Existencialismo e da Fenomenologia (especialmente nas perspectivas dos filósofos Husserl, Nietzsche, Buber e Sartre), além de correntes de pensamento como a Psicologia da Gestalt, a Teoria Organísmica e a Teoria de Campo, dentre outras influências (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997).

A Psicologia da Gestalt originou-se na Alemanha, entre 1910 e 1912, sendo Wertheimer, Kohler e Koffka os principais autores. Esse modelo teve como objetivo principal investigar a percepção humana e a Gestalt-terapia faz uso de vários de seus principais conceitos, como gestalt (entendida como configuração, forma), figura-fundo, e com a concepção de que o todo é diferente da soma das partes. A Teoria Organísmica de Kurt Goldstein destaca que o organismo tem uma tendência à auto-regulação, porém quando ele se desorganiza pode denotar em formas psicopatológicas de contato. Neste sentido, sua concepção de homeostase é fundamental na prática da abordagem gestáltica. Quanto à Teoria de Campo, foi desenvolvida por Kurt Lewin e se propõe a fundamentar a compreensão de que a pessoa está sempre em relação com um meio. Esse meio seria o campo, ou seja, onde e quando a relação está acontecendo, trazendo a noção de temporalidade para as situações (FRAZÃO, 2013; PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997; RODRIGUES, 2016).

Em relação à concepção antropológica em Gestalt-terapia, vê-se o homem em seu potencial de desenvolvimento e de crescimento a partir de um constante processo relacional humano, sendo o indivíduo um ser de consciência, capaz de atribuir sentido e intencionalidade a tudo em uma perspectiva processual, dinâmica e temporal (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997). Porém, só se está em relação a partir do contato. Contato na perspectiva gestáltica seria a nossa capacidade humana de interagir com o outro e, ao mesmo tempo, estar presente consigo mesmo, ocorrendo isso “em diferentes níveis: do sentir, do pensar, do fazer, do falar” (RIBEIRO, 2016, p. 91). E o sentido que a pessoa atribuir ao que vivenciou na realidade fora de si irá depender da duração e da intensidade desse contato.

Portanto, o contato ocorre no aqui e agora, em determinado tempo e espaço e em um dado campo. Desse modo, na prática clínica em Gestalt-terapia, o campo é expresso pelo cliente durante as sessões através dos seguintes aspectos: afetos, presença corporal, postura, respiração, ritmo e voz, elementos físicos. Assim sendo, o modo como a pessoa concebe o viver e expressa o seu sofrimento psíquico, independente do diagnóstico médico e sintomas apresentados, é o centro para o desenvolvimento do trabalho psicoterapêutico (GINGER; GINGER,

1995; LOBB, 2013; RIBEIRO, 2016; TENÓRIO, 2012). No entanto, para alcançar o propósito do Existencialismo de se refletir acerca da existência durante um processo terapêutico, utilizamos o método fenomenológico de Husserl.

O MÉTODO FENOMENOLÓGICO E A GESTALT-TERAPIA

Em Gestalt-terapia, o método fenomenológico permite o resgate do homem que está em sofrimento (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997). Na prática clínica, por exemplo, propõe-se ao cliente que descreva as vivências sobre as quais gostaria de conversar naquela sessão. Esta descrição existencial, ao longo das sessões, leva a pessoa a atribuir sentido e intenção as coisas do mundo. Por exemplo, quando a pessoa chega ao consultório sentindo dificuldades para ser aprovado em determinado exame, com ansiedade, depressão, passando por separação conjugal, perdas ou quaisquer outras adversidades, o cliente será convidado a descrever sobre aquilo que vivencia, suas percepções, fantasias, desejos, medos, lembranças, etc (CARDOSO, 2018). A partir do contato ao longo do tempo, ele poderá reconstruir os significados sobre essas experiências e se apropriar mais de sua vida e das escolhas que faz. Diante disso, todo o trabalho terapêutico privilegia as vivências despertadas na pessoa com o objetivo de ampliar a consciência e conferir sentido a partir do fenômeno que se desvela. Resgatando o homem através da descrição de seu ser, é possível que uma pessoa em sofrimento possa recuperar a sua singularidade e sua originalidade para lidar com as diferentes situações em sua vida, em um movimento de abertura ao mundo (REHFELD, 2013).

A utilização do método husserliano em pessoas com o quadro mental acima requer do gestalt-terapeuta a compreensão de alguns conceitos, como saúde e doença, que irão auxiliar a adotar uma postura terapêutica diante do cliente. Mas isso exigirá certo esforço adaptativo do psicoterapeuta, pois, segundo Schillings (2017), em nosso sistema socioeconômico capitalista, a norma social qualifica as pessoas como saudáveis ou adoecidas, em um modelo dicotômico saúde-doença. E em discordância com esta divisão, a Gestalt-terapia trabalha com uma dimensão dialética e rejeita o conceito de adoecimento como sinônimo de sintomas ou de incapacidade para adotar uma concepção que vê a pessoa como detentora de capacidades para se reinventar em novos ajustamentos criativos que satisfaçam sua necessidade.

SAÚDE E DOENÇA NA ABORDAGEM GESTÁLTICA

Para compreender o adoecer humano e o ser saudável, a Teoria Organísmica desenvolvida por Goldstein é de suma importância, especialmente no modo como Perls se apropriou de alguns pressupostos desta teoria para explicar o sofrimento humano.

Goldstein desenvolveu a Teoria Organísmica baseado na Psicologia da Gestalt e seus estudos apontam que todo organismo busca a sua autorregulação ou homeostase, em um impulso que é natural do próprio ser. Ou seja, o ser busca satisfazer as suas necessidades vitais (fome, sono, sexo, por exemplo) através da interação humana e da negociação entre aquilo que deseja e o que o ambiente é capaz de proporcionar. Assim, essas necessidades podem ser fisiológicas, psicológicas, sociais, dentre outras, e quando satisfeitas, o indivíduo se sente em equilíbrio. Portanto, quando ele está em um funcionamento psíquico saudável, seu ciclo vital está seguindo em fluxo. Se essa fluidez é interrompida, compreende-se que o ser está em um processo disfuncional e adoecedor (LIMA, 2014).

Perls amplia a visão acima e salienta que vivemos em uma constante mudança. Por isso, saber adaptar-se aos diferentes contextos, bem como utilizar a criatividade para resolver os problemas ou pensar em novas possibilidades de vida é estar saudável. Já quando perde-se essa capacidade criativa e utiliza-se um repertório de respostas fixos, a pessoa está paralisada diante do meio e adocece (LIMA, 2014).

Em outras palavras, saúde:

[...] está relacionada à capacidade da pessoa de responder de maneira criativa e autêntica às suas demandas e àquelas do seu mundo próprio, reconhecendo e legitimando suas experiências, o que inclui suas possibilidades e limitações no momento presente. Assim, ela é muito mais ampla que a mera ausência de sintomas ou doenças, pois requer a capacidade de estar em relação e de investir afetivamente nos laços inter-humanos. Saúde, portanto, tem relação com a capacidade e com as habilidades do ser em responder às imprevisibilidades inerentes à vida (CARDOSO, 2017, p. 41 e 42)

Portanto, para Cardoso (2017) saúde é entendida como a capacidade da pessoa em ajustar-se criativamente ao meio e a se posicionar singularmente

em seu cotidiano de vida, de modo flexível e de maneira processual. Já doença ocorre quando, pelo contato inter-humano, a pessoa se vê em ameaça ou não possui suporte suficiente para lidar com a novidade decorrente da situação em que vive. Segundo Cardoso (2002) e Fukumitsu, Cavalcante e Borges (2009), é por esse motivo que se manifestam comportamentos rígidos e cristalizados ao interagir com o mundo como um todo, o que influenciará a gênese de qualquer enfermidade. Em suma, de acordo com Holanda (1998), a Gestalt-terapia busca dar atenção à saúde, enfatizando mais as potencialidades do ser-aí (o *Dasein* heideggeriano), do que de seus sintomas e limitações.

O adoecimento humano seria, então, esse movimento de fechamento da pessoa em sua interação com o mundo, interno ou externo. Essa tomada de consciência possibilita a construção de uma vida saudável dentro de suas possibilidades humanas, mesmo que em experiências esquizofrênicas (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997). De acordo com Francessetti (2015), quando a subjetividade da pessoa não se constituiu completamente de modo a diferenciá-la do outro, ela pode desenvolver um campo psicopatológico que a leva a experiências de adoecimento humano. Esse campo é “fenomenológico em que há uma ausência na fronteira do contato: é um campo em que o sofrimento está contido como uma ausência” (FRANCESSETTI, 2015, p. 07, tradução livre do autor).

No caso da esquizofrenia, por exemplo, o que existe é uma indisponibilidade do ser na abertura ao interagir com o outro e com as próprias vivências interiores.

Assim, a pessoa permanece em confluência total com o ambiente e não é, psicologicamente, capaz de separar-se do outro, sentindo-se, portanto, invadido. A psicopatologia fenomenológica, então, tem o intuito de enxergar os modos de existir e as vivências próprias do ser que adoeceu. Para Jaspers, somos o efeito de uma complexidade humana e dependendo do contexto de vida que estamos vivendo podemos nos tornar doentes. Para ele, portanto, o que existe são pessoas que adoecem e doença significa um vivenciar em que houve uma descontinuidade na vitalidade do sujeito (ROMERO, 2001).

PSICOPATOLOGIA E GESTALT-TERAPIA

A Psicopatologia Fenomenológica foi elaborada a partir dos estudos sobre fenomenologia realizados por Husserl. Com a publicação, no ano de 1913, da obra *Psicopatologia Geral*, de autoria do filósofo e psiquiatra Karl Jaspers, marcou-se o início de um novo paradigma para a psiquiatria: a Psicopatologia Fenomenológica. A proposta nesse caso era compreender os fenômenos sob uma

tríplice perspectiva: fenomenológica, explicativa e compreensiva. O objetivo de Jaspers era descrever de maneira fenomenológica as principais funções e disfunções psíquicas, na busca por abranger os fenômenos que influenciam o ser humano, especialmente os patológicos. Ele também buscou explicações sobre as causas de certo acometimento psiquiátrico, contudo, deu maior importância à compreensão dos modos de existir do ser que está doente. Suas explicações físicas também são relevantes para o entendimento da totalidade do ser que adocece, mas isso não é tudo. Seus estudos apontam para um interesse na trajetória vital da pessoa, na intenção de oferecer também uma visão antropológica da psicopatologia e as particularidades daquela pessoa (MOREIRA, 2015; ROMERO, 2001).

Nesse sentido, se faz necessário buscar esclarecer os delírios psicóticos presentes nessas pessoas, para que dessa forma os profissionais estejam atentos aos sinais que possam indicar um momento de crise. Manifestações de um fechamento em si mesmo, ações e condutas absurdas, acompanhadas de um desligamento em relação ao ambiente, podem significar que aquele indivíduo está desconectado da realidade e desenvolvendo um mundo próprio subjetivo. Romero apresenta uma passagem interessante sobre um cliente em crise:

“Não sei o que me acontece, mas me desligo; perco o contato com o que está ao meu redor. Sempre tive o hábito de falar sozinho quando estava só, mas bastava a proximidade de alguém para eu parar. Só que a semana passada me peguei em plena Av. Paulista discutindo acaloradamente com minha mulher, em voz alta. De pronto me apercebi do que estava fazendo, quando vi que um monte de curiosos me olhava com ar zombeteiro. Estava só no meio da multidão. Foi como se despertasse de um sonho. Então compreendi que havia enlouquecido (ROMERO, 2001, p. 301)

A grande novidade no campo médico daquela época, introduzida por Jaspers, foi a fenomenologia husserliana, dando início a uma nova disciplina separada da psiquiatria: a psicopatologia. Nesses estudos, ele teve interesse em unir o modelo explicativo, presente no modelo médico, com o modelo histórico-compreensivo possível pela descrição fenomenológica. Dessa maneira, ele inaugurou uma discussão sobre a aproximação entre subjetividade e a realidade objetiva. Somente com os estudos sobre fenomenologia realizados pelo psiquiatra suíço Ludwig Binswanger, no final da década de 1950, no âmbito da psicopatologia, é que a área passou a se denominar psicopatologia fenomeno-

lógica. Com sua *daseinsanalyse* ou análise existencial, este filósofo inaugurou a preocupação primordial do campo com a existência humana (MOREIRA, 2015).

Em relação à Gestalt-terapia, sabe-se que é um modelo psicoterápico que se interessa pelo caráter relacional dialógico existente a partir do contato. Então, além de se ocupar com a totalidade do ser, estabelece uma teoria da psicopatologia que se refere às disfunções nas relações, tomando como base os estudos sobre diálogo relacional do filósofo austríaco Martin Buber (HOLANDA, 1998; PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997).

Assim, diante de circunstâncias difíceis para as vivências do ser, a pessoa pode passar a desenvolver resistências no modo de interação humana. Esse bloqueio não implica na configuração de uma psicopatologia, porém quando esses comportamentos se tornam cristalizados, rígidos e anacrônicos, podem configurar formas psicopatológicas de contato e desenvolver um ajustamento criativo³ psicótico. Essa terminologia se refere à psicose da concepção clássica, porém por ser o ajustamento criativo uma função relacional, ele não se utiliza pré-definições, como no paradigma tradicional. Assim, o que se considera na psicopatologia relacional é que no caso de um ajustamento criativo psicótico a “disposição criativa se encontra, em algum grau, potencialmente desorganizada” (COSTA; COSTA, 2017, p. 25).

O SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

Autores como Carvalho e Costa (2010) adotam a terminologia “sofrimento psíquico grave” no lugar de utilizar rótulos da patologia médica, mesmo diante da esquizofrenia:

[...] a fim de indicar não apenas o que está sob os desígnios da definição de psicose, mas para superá-la rumo ao apontamento de fenômenos existenciais, fenomenológicos, de caráter relacional e dinâmico que digam da angústia humana bem mais que a mera classificação nosográfica e categorial sintomatológica (CARVALHO; COSTA, 2010, p. 17 e 18)

Van den Berg (1966) apresenta um paciente fictício que apresenta as disfunções comuns presentes em uma pessoa que se relaciona com a vida de maneira perturbada e patológica. Apesar de ter sido escrito na década de 1960, esta história se mantém atualizada para viabilizar uma compreensão de como se dá uma vivência psicopatológica da realidade. Por exemplo, ao propor ao cliente que descreva como vê o outro:

[...] ele não tem contato real com pessoa alguma. Toda e qualquer pessoa o irrita. Quando seus pais estão conversando sobre assuntos corriqueiros de todos os dias, acha-os crédulos, muito românticos e otimistas demais. Tem objeções à palavra “amigo”, pois a amizade, em sua opinião, não é mais que egoísmo disfarçado. Não chama de amigos aos colegas estudantes que o visitam e conversam com ele a respeito dos seus conhecimentos científicos. [...]. No que concerne as moças, não tem opinião formada. Prefere não ter nada com elas. [...]. Ao seu ver, as relações com prostitutas são a única espécie de relações que um homem pode ter com outro sexo. [...]. Para conservar a sua tranquilidade, ele tem que se afastar de tudo o que possa evocar relações humanas normais (BERG, 1966, p. 17)

A citação acima demonstra a interrupção que a pessoa vive em relação ao diálogo humano, em um movimento de fechamento ao outro, o que assinala algo presente na vivência psíquica e que a leva a este isolamento social e a um agravamento de seu sofrimento psíquico.

Após essa contextualização filosófica, metodológica e epistemológica, as próximas linhas desse estudo apresentam alguns conceitos da Gestalt-terapia que darão subsídio para tecer reflexões sobre as funções psíquicas no caso de um ajustamento criativo psicótico.

Na Gestalt-terapia, autores que estudam o tema “esquizofrenia” optam também por fazer uso da expressão “ajustamento criativo psicótico” ou “ajustamento psicótico” como nomenclatura gestáltica. Portanto, a seguir, faremos uso desta terminologia ao se referir sobre a esquizofrenia da clínica médica (COSTA; COSTA, 2017).

³ Capacidade criatividade de lidar com o ambiente de diferentes maneiras e de modo espontâneo e original (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997).

CONSIDERAÇÕES SOBRE A COMPREENSÃO DIAGNÓSTICA DO AJUSTAMENTO CRIATIVO PSICÓTICO NA ABORDAGEM GESTÁLTICA

A Gestalt-terapia é uma abordagem que considera corpo e mente de maneira unificada e que existe a partir do contato humano em uma perspectiva holística. Na ocasião de seu surgimento, foi considerada uma abordagem inovadora da visão de homem, uma vez que se ocupou em observar o que acontece na fronteira de contato entre organismo e ambiente. No entanto, quando ocorre uma disfunção na interação humana devido à ruptura da fronteira de contato, a pessoa encontra-se em um ajustamento criativo psicótico em que ocorre uma desorganização no funcionamento do *self* (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997).

O CONCEITO DE *SELF*

O termo *self* utilizado nessa abordagem é o processo de como uma pessoa estabelece contato com o ambiente de maneira espontânea e criativa (LOBB, 2013). O relato abaixo exemplifica como um cliente se apresentou em sua primeira sessão:

[...] deixou espaço entre as suas costas e o espaldar da cadeira, como se estivesse preparado, desde o início, para levantar-se e ir embora. Sua mão direita, que mantinha dentro do colete ao entrar e que utilizou apenas para me cumprimentar com pouco entusiasmo, voltou imediatamente à sua posição original (BERG, 1966, p. 9)

Na descrição acima, a relação do sujeito com o profissional fez emergir na pessoa do cliente uma maneira de se apresentar única. Esse modo de se mostrar (como se fosse embora a qualquer momento e com desânimo) é como o *self* estava atuando naquele momento. Em um próximo encontro, o *self* poderá se apresentar diferente e dependerá de como ocorrerá a interação. De acordo com Lobb (2013), o *self* seria caracterizado pelo modo como a pessoa reage nas diferentes situações.

Em outras palavras, o *self* é o sistema de contatos em funcionamento na fronteira, nos quais as partes da pessoa (mente, corpo, pensamento, emoção, respiração) se manifestam de maneira integral durante o contato. Seu objetivo

é formar figuras e fundos⁴ e fazer ajustamentos criativos, incluindo suas três funções que trabalham juntas durante a interação: Id, Ego e Personalidade. A função Id seria a capacidade sensório-motora, psicológica e corporal do *self* de estabelecer contato com o mundo; a função Personalidade seriam as atitudes adotadas durante a interação; e a função Ego é a capacidade do *self* em contato de identificar quem é ele e quem não é, e o poder de escolha individual (LOBB, 2013; PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997).

A fronteira de contato e as funções do *self* são constituídas nos dois primeiros anos de vida da criança. Se nessa época ela passa por experiências de contato em que foi valorizada e confirmada em sua singularidade, mais tarde conseguirá dialogar consigo mesmo, se diferenciar do outro e aceitar as suas “necessidades e limites próprios, com capacidade para autorrealizar-se, transformando ou adaptando-se às condições do ambiente que lhe cerca” (SCHILLINGS, 2017, p. 227).

Mediante o exposto, o ajustamento criativo do tipo psicótico é conceituado como um adoecimento que acomete a pessoa devido a uma desordem no funcionamento do *self*, mais especificamente, na função Id. Quando a pessoa desenvolve este tipo de psicopatologia, pode-se dizer que, possivelmente, em tenra idade, ela não vivenciou experiências de contatos humanos suficientemente saudáveis para que esta função fosse constituída de forma plena em seu psiquismo (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997; TENÓRIO, 2012).

O AJUSTAMENTO CRIATIVO PSICÓTICO E A INTERRUPÇÃO NA FUNÇÃO ID DO *SELF*

A função Id é o fundo do sistema de contato do *self* em que se encontram situações passadas, assuntos inacabados, experiências cotidianas e as emoções básicas do ser humano (como dor, desejo). É a sensação mais primária, a pulsão interna da pessoa, em que ocorre um sentir pré-reflexivo, ou seja, perceber o ambiente de maneira vaga (BARROS, 2014; CARVALHO, 2010; GINGER, GINGER, 1995).

4 Segundo Ribeiro (2016), compreende-se gestalticamente “figura” como a sabedoria do ser em selecionar aquilo que subjetivamente precisa ser visto primeiro e “fundo” como aquilo que poderá ser utilizado depois, sempre em um movimento cíclico de auto-regulação do organismo. Segundo esse autor, toda e qualquer percepção se dá em termos de figura-fundo, ou seja, a pessoa alterna continuamente aquilo que prioriza de ser visto e aquilo que deixa para depois.

Lobb (2013) descreve que a função Id possui a capacidade sensório-motora de assimilar o contato, ou seja, apresenta uma habilidade desde a infância de assimilar o contato organismo-ambiente e de adquirir habilidades específicas relacionadas às necessidades psicológicas e às experiências corporais. A necessidade psicológica diz respeito àquilo que pode surgir no interior do sujeito, ou a partir de uma demanda do ambiente, sempre em uma relação organismo-ambiente. Já a experiência corporal é a capacidade da pessoa de estabelecer diante daquilo que vivencia um sentido de que o ambiente pode ser confiável.

Quando a função Id está disfuncional, ocorre uma percepção vaga do ambiente e o *self* se torna frágil e vulnerável, não conseguindo reagir ao mundo durante o contato humano. A percepção da pessoa e a habilidade de avaliar e desenvolver estratégias (ajustamentos criativos) para enfrentar suas dificuldades se torna incipiente. A pessoa fica com diversas situações para serem resolvidas, mas que, na verdade, nunca se resolvem. Por esse motivo, no ajustamento criativo do tipo psicótico, o processo de formação e fechamento de *Gestalten*⁵ é aniquilado e o fundo se torna impossibilitado de sustentar a emergência da figura. Esse processo ocorre porque, diante de uma vivência insustentável para a pessoa, houve o rompimento de sua fronteira de contato, o que leva a uma desintegração e à fragmentação do *self* (TENÓRIO, 2012). Assim, aquilo que emerge como figura parece não se ancorar psicologicamente de maneira inteligível e ela passa a ter pensamentos, sentimentos e comportamentos incoerentes com a realidade (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997).

De acordo com Lobb (2013), mediante tal interrupção também ocorre uma acumulação de *Gestalten* abertas e incompletas o que, conseqüentemente, potencializa a interrupção do próximo contato. Por isso, a pessoa com um ajustamento criativo psicótico apresenta comumente dificuldades de estabelecer contato social e se isola.

Romero (2001) conta a experiência de um paciente que se aproximou dele quando atuava como estudante de psicologia em um hospital. A pessoa disse: “Lembra, padre, das folhas de outono? Dos dias anuviados e do riso das crianças? Eu me lembro. E se lembra, padre, quando você brincava com os cachorros no pátio de sua infância, enquanto nossa mãe cantarolava uma canção? Não se

lembra? Eu me lembro” (p. 286). Neste exemplo, o autor pontua justamente a dificuldade de estabelecer contato com o outro. Nesse caso, o paciente estava se relacionando com o estudante de maneira limitada e também estava em contato com uma experiência própria e única.

Para Francesetti e Lobb (2007), outra dimensão importante é a compreensão da experiência psicótica. Esses autores entendem-na como uma construção muito particular da pessoa e que acontece a partir de um relacionamento alterado com o outro e o ambiente. Essa alteração ocorre devido à dimensão pré-pessoal, que é uma experiência pré-consciente da pessoa onde o *self* não se diferencia do ambiente. Segundo Francesetti, Geceli e Roubal (2013), a sensação de uma constante invasão do outro dentro de si mesmo, ao ponto de tornar-se insustentável manter uma relação humana, ocorre na medida em que a fronteira de contato é totalmente rompida na subjetividade.

A partir disso, Francesetti (2015) avança nos estudos trazendo a perspectiva de campo fenomenológico como igualmente importante para a compreensão das experiências psicóticas. Para ele, o campo é compreendido em uma dimensão fenomenológica onde surgem fundos e figuras relacionados com as situações vivenciadas no aqui e agora. Neste caso, uma experiência surgirá em vez de outra, sendo elas fenômenos que emergem em determinado tempo e espaço. O campo fenomenológico e também o psicopatológico seriam entidades que existem entre e ao redor da pessoa e do ambiente, porém sem reduzi-la a qualquer um deles (FRANCESSETI, 2015).

Desse modo, receber uma pessoa que vivencia experiências psicóticas requer do psicoterapeuta uma postura fenomenológica de suspensão de juízos e de valores - redução fenomenológica, ou seja, colocar tudo o que se sabe entre parênteses, por assim dizer - priorizando o aqui e agora, as vivências e a presentificação da experiência pelo cliente. Assim, independente do tipo de ajustamento criativo, a presença e o diálogo terapêutico autêntico são o que permitem à pessoa, com esse tipo de sofrimento psíquico grave, uma reorganização e um reajustamento no mundo (CARDOSO, 2018).

Na relação terapêutica onde o campo fenomenológico que emerge nas sessões é patológico do tipo psicótico, ter a consciência da possibilidade de contato, porém limitado, do cliente, faz diferença na construção da relação terapêutica entre psicólogo e cliente. Por isso, a realização de uma compreensão diagnóstica processual é tão importante no trabalho psicológico, não para tentar curar ou mudar o cliente, mas para reconhecer a dor e as experiências dessa pessoa e, também para compreender qual tipo de relacionamento terapêutico a

5 *Gestalten* é o plural de Gestalt, que é uma palavra de origem alemã e tem como tradução aproximada “configuração, estrutura, tema, relação estrutural [...] ou todo organizado e significativo” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 33).

pessoa está pedindo. Mesmo diante de um contato humano abortado, como no ajustamento criativo psicótico, pode ser um caminho promissor para o profissional possibilitar espaço que propicie para a pessoa o despertar de si mesma (FRANCESETTI; GECELE; ROUBAL, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Basicamente, foi ressaltado ao longo do texto o modo como se vê, do ponto de vista da Gestalt-terapia, uma pessoa que apresenta um ajustamento criativo do tipo psicótico. Em uma visão humanizada, há o interesse do psicoterapeuta em compreender como essa pessoa reage em sua vida, os sentidos e os significados que vão sendo construídos ao longo das experiências.

Um aspecto relevante a ser considerado é o foco do psicoterapeuta em olhar para o ser-aí (*Dasein*) do sujeito a partir da relação dele com o mundo (ser-no-mundo), levando em consideração que a pessoa se relaciona com o ambiente e se transforma, em um constante vir-a-ser. Mesmo diante de um sofrimento psíquico grave, o trabalho clínico é pautado por uma postura fenomenológica do profissional que considera o contato humano limitado como o contato possível no encontro terapêutico. Isso porque se compreende, em um caráter processual, que a disfunção na função Id do *self* acarreta em interrupções de contato que geram *Gestalten* inacabadas e isso dificulta o fluir da relação organismo-ambiente, levando a pessoa a ter experiências esquizofrênicas a partir de um campo fenomenológico do tipo psicótico.

Na clínica, quando uma pessoa que apresenta um ajustamento criativo psicótico está descrevendo para o psicoterapeuta suas experiências esquizofrênicas, por exemplo, o que acontece nesta interação é um contato, porém abortado. Ou seja, não cabe ao profissional promover questionamentos que façam o sujeito entrar em conteúdos emocionais e promover reflexões profundas sobre sua experiência. Aqui, vale muito mais acolher o sofrimento da pessoa, deixá-la dizer sobre sua vivência, deixando-a ser em seu contato limitado com o mundo, de modo que este aconteça, mesmo que de maneira abortada, para que haja a possibilidade de ser restaurado. Pelas observações na clínica, adotar uma postura profissional de não entrar em contato com o sujeito leva a uma consequência reversa do esperado, ou seja, é aí que o sujeito com ajustamento criativo psicótico sentirá confiança em construir um vínculo terapêutico com o profissional. E o próprio processo de construção desse vínculo já se torna terapêutico por ser esta a maior dificuldade existente nessa pessoa, em função da interrupção na

função Id do *self*. Desse modo, pela dificuldade de interação entre organismo e ambiente, há a possibilidade de contato, porém de maneira abortada.

À guisa de conclusão, a Fenomenologia e o Existencialismo oferecem um método e uma visão antropológica pautado pela ciência e que permite o acesso às experiências e às vivências de uma pessoa com ajustamento criativo psicótico. Isso permite com que uma relação terapêutica possa permitir um contato como possibilidade de ser em um movimento saudável de crescimento humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, M. N. De. O psicoterapeuta invisível: reflexões sobre a prática Gestáltica com ajustamentos autistas. **IGT na Rede**, v. 11, n. 20, 2014.

BERG, J. H. V. D. **O Paciente Psiquiátrico**: esboço de psicopatologia fenomenológica. Editora Mestre Jou: São Paulo, 1966.

CAMPOS, C. **Cidadania, sujeitos, Cersam e manicômios**. [S.l.]: Revista Metipolá, 1998.

CARDOSO, C. L. A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 22, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932002000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 de dezembro de 2018.

CARDOSO, C. L. A saúde na ótica da gestalt-terapia. In: CONGRESSO MINEIRO DE GESTALT-TERAPIA, 1, 2017, Universidade Federal de Minas Gerais. **Anais...** Belo Horizonte: UFMG, 2017. p. 40-42.

CARVALHO, L. C. de; COSTA, I. I. da. **A clínica gestáltica e os ajustamentos criativos do tipo psicótico**. Revista da Abordagem Gestáltica, [S.l.], v. 16, n. 1, 2010.

CORREA, A. C.; CHÁCON, G. G. **Psicologia clínica**: fundamentos existenciais. Barraquilla: Ediciones Uninorte, 2008.

COSTA, L. C. de C. I. da; COSTA, I. I. O ajustamento do tipo psicótico. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. **Quadros clínicos disfuncionais e Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2017.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. São Paulo: Artmed, 2008.

FRANCESETTI, G. From individual symptoms to psychopathological fields. Towards a field perspective on clinical human suffering, **British Gestalt Journal**, England, v. 24, n. 1, 2015.

FRANCESETTI, G.; GECELE, M.; ROUBAL, J. Gestalt Therapy Approach to Psychopathology. In: FRANCESETTI, G.; GECELE, M.; ROUBAL, J. **Gestalt Therapy in Clinical Practice**. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact, 2013.

FRAZÃO, L. M. Psicologia da Gestalt. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2016.

FUKUMITSU, K. O.; CAVALCANTE, F.; BORGES, M. **O cuidado na saúde e na doença: uma perspectiva gestáltica**. Estudos e pesquisas em psicologia, n. 1, p. 172-182.

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

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. Editora Vozes: São Paulo, 2012.

HOLANDA, A. Saúde e doença em Gestalt-terapia: aspectos filosóficos. **Estudos de psicologia**, Florianópolis, 1998, v. 15, n. 2, p. 29-44.

LIMA, P. V. A. Autorregulação orgânica e homeostase. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014.

LOBB, M. S. Fundamentals and a Development of Gestalt Therapy in the Contemporary Context. In: FRANCESETTI, G.; GECELE, M.; ROUBAL, J. **Gestalt Therapy in Clinical Practice**. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact, 2013.

MELO, A. M. C. Apontamentos sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 9, 2012.

MOREIRA, V. A contribuição de Jaspers, Binswanger, Boss e Tatossian para a psicopatologia fenomenológica. *Revista Abordagem Gestalt*, Goiânia, v. 17, n. 2, p. 172-184, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672011000200008&lng=pt&nrm=i>. Acesso em: 21 de janeiro de 2019.

TENÓRIO, C. M. D. As psicopatologias como distúrbios das funções do self: uma construção teórica na abordagem gestáltica. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 18, n. 2, 2012.

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

RODRIGUES, H. E. Relações entre teoria de campo de Kurt Lewin e a Gestalt-terapia. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2016.

SADOCK, B. J.; KAPLAN, V. A. **Manual conciso de Psiquiatria Clínica**. Trad.: Cristina Monteiro. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SCHILLINGS, A. Os sofrimentos emocionais agravados e o diagnóstico "borderline". In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. **Quadros clínicos disfuncionais e Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2017.

SILVA, R. C. B. da. **Esquizofrenia: uma revisão**. Departamento de Psicologia da USP. São Paulo, v.17, n.4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642006000400014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 de janeiro de 2019.

STRENGER, I. **Confronto essencial entre Heidegger e Hegel.**

Revista da Faculdade de Direito, São Paulo, n. 77, 1982.

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

RIBEIRO, J. P. **Vade-mécum de Gestalt-terapia: conceitos básicos.** São Paulo: Summus, 2016.

RIBEIRO JÚNIOR, J. **Introdução à fenomenologia.** São Paulo: Edicamp, 2003.

ROMERO, E. **O Inquilino do Imaginário: formas de alienação e psicologia.** São Paulo: Lemos, 2001.

O CUIDADO DIANTE DA MORTE: UMA VISÃO GESTÁLTICA

CAPÍTULO 5

*Katiúscia Caminhas Nunes
Claudia Lins Cardoso*

Ao longo dos séculos, a visão social da finitude humana tem apresentado grandes mudanças. Anteriormente, morria-se entre os seus; já na contemporaneidade, a morte foi levada para dentro dos hospitais. Estes são buscados como lugar para tratar e para curar doenças, bom como para restabelecer a condição de saúde das pessoas, mas isso nem sempre é possível e a morte aparece como uma figura real e presente nesse ambiente.

Na busca implacável pela vida e pelo combate e derrota ao óbito, muitas vezes o paciente no ambiente hospitalar vivencia o excesso de procedimentos médicos e o afastamento da família em nome de uma pretensa saúde e cura, as quais já não são mais possíveis. Em meio a aparelhos, exames, e inúmeras outras tecnologias, paciente e família encontram-se desamparados ao longo do processo de adoecimento e falecimento. A Psicologia Hospitalar surge, então, como possibilidade de cuidado com o paciente e com a família, no difícil caminho que envolve a morte e o morrer. Inserido nesse contexto, o psicólogo é visto como um recurso para humanizar e resgatar a dignidade humana no fim da vida.

Com base no levantamento da literatura e no referencial da abordagem gestáltica, ao longo desse trabalho, pode-se refletir e discutir acerca das especificidades do trabalho do psicólogo que tem por rotina lidar com a morte e com o sofrimento humano dentro do contexto hospitalar, bem como considerar as contribuições da referida abordagem para sua atuação neste campo.

CONCEPÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DA MORTE

A visão social da morte vem mudando ao longo dos séculos. Atualmente, a morte é vista como um fracasso, como algo a ser derrotado. Mas nem sempre foi assim. Desde os tempos mais remotos, o homem apresenta rituais para lidar com a finitude humana (KOVÁCS, 1992).

O historiador Philippe Ariès (2017) traça um panorama sobre a visão social e cultural da morte ao longo dos séculos. Para tal contextualização, ele apresenta e diferencia as atitudes do homem diante da morte ao longo do tempo, sendo elas: a morte domada, a morte de si mesmo, a morte do outro e a morte interdita.

A “morte domada” refere-se ao fato da morte na sociedade medieval (século V ao VII) ser encarada de forma familiar e próxima. Ela, então, era esperada à beira do leito, sendo o óbito súbito algo excepcional. O homem, diante dos signos naturais ou de sua convicção íntima, sabia da proximidade de sua finitude, podendo, assim, tomar algumas providências antes de sua morte. Como últimos atos do cerimonial tradicional, o moribundo podia fazer um lamento da vida, uma evocação triste dos seres e das coisas amadas. Nesta atitude, a morte era vista como uma cerimônia pública, tendo o quarto do enfermo ampla liberdade para a entrada de quem assim o desejasse, inclusive crianças faziam parte deste momento (ARIÈS, 2017).

Na atitude da “morte de si mesmo” (século VII ao XVI), tinha início a relação entre o óbito e a história individual de cada pessoa, e com isso, acreditava-se que diante do falecimento, o homem revia sua vida inteira dando à sua biografia uma conclusão. Neste momento, apesar do caráter familiar, as cerimônias passavam a ter um tom mais dramático e emotivo do que antes. Havia uma importância moral na conduta e nas circunstâncias da morte do homem, tendo grande influência a religiosidade (ARIÈS, 2017).

Já na atitude a “morte do outro”, vemos um distanciamento da própria finitude, dirigindo-se, assim, à morte do outro. Dada a visão romântica dessa atitude, a partir do século XIX, o morrer passa a ser dramático, desejado, simbolizando a eternidade, o reencontro com os que já foram (KOVÁCS, 1992). Nessa época, não se nota a postura de familiaridade em relação à morte presente em períodos anteriores. Em contrapartida, o que se percebe é que a ideia da morte passa a ter a conotação de ruptura, sendo vivenciada com grande emoção, choro e súplica. Tais comportamentos, segundo Ariès (2017), podem ser entendidos como intolerância à separação perante a finitude do outro. Diante da dificuldade de sua aceitação, o luto passa a ser vivido de forma mais intensa pelos familiares. Como característica dessa atitude, pode-se ver o temor pela morte do outro.

A última atitude pontuada pelo historiador é denominada de a “morte interdita”. Esta é marcada pela interdição da morte, tendo esta que ser afastada, escondida e não dita. Assim, apesar dos rituais fúnebres ainda conterem características dos séculos passados, a postura social perante a finitude mudou.

Na contemporaneidade, evita-se a demonstração de fortes emoções e de sofrimento, o luto deve ser modesto e a morte deve ser escondida da pessoa que está na iminência do fim da vida, em uma tentativa (mesmo frustrada) de evitar o sofrimento do outro (ARIÈS, 2017).

Ariès (2017) pontua que, diante da interdição da morte, é preciso evitar as grandes comoções tanto dentro do hospital como em outros lugares da sociedade em geral. Na contemporaneidade, é preciso que as pessoas ao redor percebam o mínimo possível a ocorrência do óbito. As cerimônias fúnebres devem ser discretas, sem grandes manifestações da emoção e da dor, pois, caso contrário, podem ser vistas com maus olhos e sinal de falta de bons modos. Manifestações sociais do luto vividas anteriormente, como o uso de roupas pretas e a reclusão da família para a vivência do luto, já não são mais praticadas e nem aceitáveis. As crianças passam a ser excluídas desse contexto e a vivência da dor do luto deve se dar sozinho, longe dos olhares das pessoas: vive-se o “luto solitário e envergonhado” (p.85). Diante desse cenário, a expressão do luto deixa de ser vista como um processo natural, passando a ser entendida como um estado mórbido que deve ser tratado, encurtado ao máximo e, se possível, apagado.

O HOSPITAL COMO LUGAR DA MORTE

Nos dias atuais, é comum não se morrer mais perto dos seus em um ambiente familiar, mas no hospital, sozinho, em meio a profissionais de saúde e farta tecnologia. Assim, o óbito passa a ser visto como um fenômeno técnico, o qual deve ser combatido a todo custo. E caso não seja possível vencê-lo, ele passa a ser sentido como um fracasso pela equipe médica. Assim, a morte perde a familiaridade vivida na idade média. Não se morre mais entre a família e os amigos, não há mais a realização de rituais nos momentos da partida. Ela agora acontece no ambiente hospitalar, cercado de máquinas e de pessoas desconhecidas (ARIÈS, 2017; KOVÁCS, 1992). Assim, o hospital passa a ser considerado o “lugar privilegiado da morte” (ARIÈS, 2017, p.84).

Pitta (1999) afirma que a vasta tecnologia e o poder médico encontrados dentro do contexto hospitalar se impõem na tentativa de minimizar o sentimento de impotência que acomete os trabalhadores da Saúde, bem como toda a sociedade. A fim de negar este sentimento, busca-se prolongar a vida a todo custo, utilizando-se principalmente, os artefatos encontrados no ambiente do hospital.

Monteiro (2017) sustenta que o poder médico, bem como suas intervenções, cresceu sem uma reflexão que embasasse a ação diante de pacientes gravemente enfermos e com isso pontua que:

Despreparados para lidar com as questões que se impõem (limite entre vida e morte, questões éticas e morais) passamos a praticar uma medicina que subestima o respeito ao paciente portador de enfermidade terminal, impondo-lhe longa e sofrida agonia. Adiamos a morte à custa de insensato e prolongado sofrimento para o paciente e sua família... Subestima-se o cuidar da pessoa doente e privilegia-se o tratamento da doença da pessoa, desconhecendo que a missão primacial da medicina deve ser a busca do bem-estar físico e emocional do enfermo, já que todo ser humano sempre será uma complexa realidade biopsicossocial e espiritual. (SIQUEIRA apud MONTEIRO, 2017, p.29-30)

Como possibilidade de resgatar a vida que há na morte, o Gestalt-terapeuta inserido no contexto hospitalar, aparece como alternativa para humanizar e cuidar da pessoa que está diante da morte e do morrer, dando espaço para que o sofrimento seja expresso e acolhido, seja do doente, da família ou da equipe, pois como dizia Cicely Saunders “o sofrimento só é intolerável quando ninguém cuida” (apud ANGERAMI, 2017, p. 207).

CONSIDERAÇÕES SOBRE A ABORDAGEM GESTÁLTICA

Em meio a patologias, prontuários, medicamentos, diagnósticos, exames, internações e leitos de enfermagem, deixa-se, muitas vezes, de ver a pessoa doente, passando a enxergá-la e a defini-la como a doença em questão. É inserido na dinamicidade inerente ao hospital que o psicólogo acompanhará o paciente em seu processo de adoecimento, permitindo a este “falar de si, contextualizar seu adoecer, recontar e redimensionar sua história” (SILVEIRA, 2006, p.100).

A partir desse cenário e através da adoção da visão de homem e da utilização de premissas dessa abordagem (como o conceito de contato, a importância da relação e da postura dialógica dentro da instituição hospitalar), o psicólogo orientado pela abordagem gestáltica buscará auxiliar o paciente e sua família a (re)encontrar suas possibilidades e potencialidades diante do seu existir. Logo, “nas instituições hospitalares não se faz *Gestalt*-terapia, se é *gestalt*-terapeuta” (SILVEIRA, 2006, p.104).

A Gestalt-terapia é uma abordagem psicológica de cunho fenomenológico-existencial que busca auxiliar a pessoa a se reconhecer no seu mundo próprio, de modo mais pleno possível, mediante a ampliação de suas habilidades de contato, enquanto ser em constante relação com seu ambiente. Sua visão de

homem se baseia em alguns pressupostos do Humanismo, do Existencialismo e da Fenomenologia. Assim, sinteticamente, o gestalt-terapeuta concebe a pessoa enquanto uma totalidade, como um ser de possibilidades e de potencialidades, com liberdade para fazer escolhas ao longo de toda a vida e dotada de uma consciência intencional que atribui sentido a tudo. Tal postura envolve também o reconhecimento de suas limitações e impossibilidades (CARDOSO, 2013; RIBEIRO, 2012; MENDONÇA, 2013).

Nas situações de morte iminente, mesmo nas circunstâncias limitantes impostas por sua condição de saúde, a ênfase nas potencialidades e na capacidade da pessoa de fazer escolhas faz toda a diferença para que ela possa decidir como fazer essa travessia, como, por exemplo, o quanto ela quer investir nos procedimentos que prolonguem sua vida (e, conseqüentemente, o seu sofrimento) ou em que medida ela quer ter a família presente no momento de despedida da vida.

Dentro desta perspectiva, o homem é visto como um ser de relação, e a qualidade da presença tem grande relevância no reconhecimento de si e na expressão das experiências humanas. É a partir da experiência direta do seu ser no mundo que o homem pode se desvelar e com isso se conhecer, podendo então fazer escolhas mais condizentes com seu projeto existencial (RIBEIRO, 2012).

Ao colocar em segundo plano os pré-conceitos, as teorias, os julgamentos pré-estabelecidos, o gestalt-terapeuta apresenta uma atitude de abertura para ouvir, conhecer e apreender a singularidade da pessoa e o seu mundo da melhor maneira possível. Assim, o gestalt-terapeuta se coloca disponível e presente para a pessoa, acolhendo-a e confirmando-a naquilo que lhe é próprio. No contexto hospitalar, o profissional coloca-se disponível para estar presente em momentos de dor e de sofrimento, seja da família, do paciente ou da própria equipe. A presença e a escuta nesse momento tornam-se fundamentais. Ao oferecer disponibilidade, presença e escuta para todos envolvidos nesse doloroso processo, o gestalt-terapeuta possibilita que situações possam ser finalizadas, desejos realizados e sentimentos acolhidos. Através da escuta atenta e cuidadosa, as experiências podem ser ressignificadas e decisões importantes em relação ao final de vida podem ser tomadas levando-se em conta a singularidade e a subjetividade do doente e da sua família.

A Gestalt-terapia também sofreu forte influência dos pressupostos da Psicologia da Gestalt, da Teoria Organísmica de Kurt Goldstein e da Teoria de Campo de Kurt Lewin. Tais pressupostos são importantes na concepção de saúde, de adoecimento e na metodologia psicoterapêutica do gestalt-terapeuta em todas as áreas da sua atuação.

Um dos principais ensinamentos da Psicologia da Gestalt a influenciar o pensamento de Perls foram os conceitos de todo e de parte. A análise do todo é diferente da análise de suas partes, pois o todo é diferente da simples soma daquelas. Para compreender o todo, é importante conhecer e compreender a relação entre suas partes, e a relação dessas com o todo. Segundo Ribeiro (2012), tal conceito refere-se à experiência, já que esta só pode ser compreendida em sua totalidade. Assim, a relação todo-parte evidencia a visão holística do homem, entendendo-o como uma totalidade complexa, que não pode ser dividida para ser compreendida, pois “tudo nele tem sentido a partir de seu todo” (RIBEIRO, 2012, p.107). Entretanto, é importante ressaltar que o trabalho clínico em Gestalt-terapia não desconsidera a parte, pois é através dela que o cliente começa a se desvelar. É a partir da relação e interconexão entre as partes e o todo que o Gestalt-terapeuta pode então compreender seu cliente.

Outros conceitos de extrema relevância para a Gestalt-terapia são figura e fundo, pois ambos constituem uma Gestalt, ou seja, uma configuração. Não se pode falar de figura sem mencionar o fundo. É o fundo que possibilita e sustenta o aparecimento da figura. A relação entre ambos se caracteriza por ser uma relação dinâmica, fluida, e pode estar em contínua mudança, com formação e destruição de *gestalten* (RIBEIRO, 2012; FRAZÃO, 2013).

Podemos ilustrar a pertinência destes pressupostos no contexto hospitalar tendo em vista que o adoecimento do paciente inicialmente pode se fazer figura para a equipe de saúde. Entretanto, deve-se pensar a pessoa adoecida como uma totalidade, uma configuração que apresenta um fundo, repleto de vivências, histórias, relações que constituem a existência da pessoa que devem ser escutadas, conhecidas e consideradas para que seja então oferecido um cuidado condizente com a pessoa que se encontra adoecida e que já não apresenta possibilidade de cura. Ela também dispõe de uma energia, de uma vitalidade, da qual pode lançar mão para lidar com o enfrentamento de sua situação da melhor maneira possível.

A teoria do campo de Kurt Lewin exerceu grande influência em relação ao pensamento gestáltico, nas palavras de Yontef (1998), “ela é o cimento cognitivo que mantém unido o sistema da Gestalt-terapia” (p.211). O autor evidencia também o caráter holístico da teoria de campo. Segundo ele, o acontecimento é sempre resultado da interação entre os aspectos do campo. Assim, o campo é interativo e dinâmico, estando sempre em movimento. Tal concepção propicia a ideia de processo de vir-a-ser da Gestalt-terapia, ou seja, a pessoa se encontra

em constante processo de mudança e transformação. Nada é fixo, estático na abordagem gestáltica. A pessoa tem sempre a oportunidade de mudar aspectos do seu campo e com isso reconfigurar seu projeto existencial.

Ribeiro (2009) pontua que a teoria do campo visa compreender a pessoa de forma “inteira e integradora” (p.65). O autor define campo como “a totalidade dos fatos coexistentes, em dado momento, e concebido em termos de mútua interdependência, cuja significação depende da percepção dessa correlação entre sujeito e objeto” (p.64). Dentro dessa perspectiva teórica, o comportamento passa a ser entendido a partir da totalidade e da relação que mantém com o campo, considerando a unidade da interação organismo-ambiente. Pessoas e objetos só podem ser compreendidos a partir da relação que estabelecem com o meio em que se encontram (RIBEIRO, 2012).

Ao buscar compreender a pessoa enferma em sua totalidade e não simplesmente resumi-la à patologia da qual é acometida, a equipe de saúde pode, então, oferecer um cuidado integral, no qual visa considerar a pessoa de modo inteiro, oferecendo com isso um cuidado que abarca diversos aspectos de sua existência. Além disso, ao se ter como norte os aspectos teóricos mencionados, o cuidado com os outros atores envolvidos no processo se torna essencial, já que família e equipe também fazem parte do campo. Assim, à medida que a pessoa adoecida tem a possibilidade de ser cuidada, ela pode começar a reconfigurar aspectos do seu campo e também do seu projeto existencial.

Outra referência importante para a teoria e prática gestáltica é a Teoria Organísmica, de Kurt Goldstein. Esta ressalta o caráter interacional do ser humano, em constante relação com o meio e com os aspectos deste, como por exemplo, o contexto geográfico, biológico, psicológico, espiritual, social, histórico e cultural. A concepção da autorregulação organísmica e a tendência do homem para a autoatualização também são pressupostos com importantes repercussões na teoria e na prática da abordagem gestáltica. Segundo Goldstein, é da natureza de todo organismo buscar se autorregular e se atualizar através das melhores condições possíveis da relação com o meio que se encontra inserido, o que tem ressonância na concepção de adoecimento, de sintoma e de saúde. A Gestalt-terapia concebe os sintomas como uma forma de ajustamento criativo, sendo a melhor forma encontrada pela pessoa, naquele momento, para satisfazer uma necessidade emergente (LIMA, 2013; RIBEIRO, 2009).

Ao escolher trabalhar com pessoas que estão em processo de fim de vida é necessário estar aberto aos diversos tipos de comportamento e sentimen-

tos que possam emergir ao longo do processo. É preciso, como coloca Riberiro (1998), confiar e acreditar no sábio interior de cada paciente e familiar e confirmar as escolhas tanto do paciente quanto da família nas fases finais de vida. É preciso respeitar o tempo de entendimento de cada um, respeitar e acolher as formas com que cada ator envolvido nesse processo lida com a finitude e a futura ausência do seu ente querido, é preciso criar espaços para que cada um expresse seus sentimentos a seu modo. É preciso acolher e acompanhar o processo, permitindo que as escolhas e decisões tomadas sejam respeitadas e que os sentimentos advindos ao longo dessa trajetória possam ser expressos cada um a seu tempo, dentro das possibilidades de cada um.

A Gestalt-terapia apresenta ainda outros conceitos centrais que possibilitam ao psicólogo orientado por essa abordagem auxiliar a pessoa a ampliar sua consciência de si no seu mundo próprio ao longo de sua existência. Entretanto, foge ao escopo do presente texto a apresentação detalhada da referida abordagem. Outros pressupostos serão apresentados ao longo do texto, quando for pertinente.

O CUIDADO COM A PESSOA DIANTE DA MORTE

Em contextos relacionados à saúde e à doença, a cura e o cuidado aparecem como polos de uma mesma relação. Em muitas ocasiões, a busca obstinada pela cura faz com que profissionais da saúde deixem de lado aspectos do cuidado humano, trazendo o foco para as patologias e privando a pessoa doente de ser cuidada enquanto ser que sofre. Quando a cura, a doença e a técnica são os focos do tratamento, limitações terapêuticas são vistas como fracasso e a morte como algo a ser combatido. Dentro dessa perspectiva, há a supremacia do modelo biomédico, no qual a equipe atenta-se para o sofrimento e os sintomas físicos da doença, deixando de ver a pessoa que se encontra adoecida. Já quando o foco é o cuidado, o paciente é o centro das ações de saúde, e a morte é vista como condição da existência humana. Neste pólo, a qualidade de vida e a dignidade do paciente são vistos como objetivos da equipe (GAGLIANI; HOJALJ; LUZ, 2018). Dentro deste contexto, curar nem sempre é possível, mas o cuidado sempre é. Sempre há a possibilidade de aliviar e confortar o sofrimento, seja ele físico, existencial ou espiritual.

Boff (1999) aponta que o ser humano é um ser de cuidado, pontuando que o cuidado é mais que um ato, é uma atitude. Segundo o autor, cuidado deriva do latim *cura* e significa: “desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato” (p.91).

O cuidar desenvolve-se dentro do contexto relacional, no qual é possível que o outro se mostre e se releve naquilo que ele possui de mais próprio, sua existência. É a partir do olhar atento e disponível que uma relação de cuidado pode ser instaurada. Através do cuidado, a pessoa tem a oportunidade de se conhecer e assim (re)significar aspectos do seu existir e até mesmo da sua morte (FUKUMITSU, CAVALCANTE, BORGES, 2009). Como Ribeiro (2006) sugere: “quando alguém se sente, realmente, cuidado, percebe-se como real, como pessoa, como indivíduo. Cuidar é olhar a pessoa como uma totalidade, é olhá-la como ela se apresenta a si mesma e ao outro, é respeitar o outro em sua integridade, é colocá-lo no colo, não importa onde estejam as feridas...” (p.100).

É com base nas relações de cuidado que o gestalt-terapeuta irá atuar nos processos de adoecimento, de morte e do morrer. Além do cuidado oferecido ao paciente diante do fim da vida, família e equipe devem fazer parte dos cuidados oferecidos pelo psicólogo.

CUIDADO COM O PACIENTE

Deparar-se com a morte não é algo fácil. É um processo doloroso para todos aqueles que a vivenciam, seja o paciente ou a família. Muitas vezes, pessoas que estão enfrentando doenças ameaçadoras da continuidade da vida ou estão no fim de sua existência são vistas como se nada mais pudesse ser feito por elas. Entretanto, como Freitas (2010) aponta, tais pacientes ainda precisam de muitos cuidados e apresentam medos, desejos e angústias que precisam ser escutados e considerados. A autora ressalta ainda o vislumbrar aspectos de vida como o desafio no trabalho com esses pacientes que estão vivenciando o processo de morrer:

Este sujeito que enfrenta a morte e o morrer é ainda alguém que vive, sente, teme, tem esperanças. Um dos grandes desafios do trabalho com estes pacientes, geralmente portadores de doenças crônicas, é justamente compreender onde há vida neste corpo que a morte circunda e está referenciada infinitamente pelas intervenções cirúrgicas, curativos, remédios e mutilações (FREITAS, 2010, p.65).

Freitas (2010) sustenta ainda que, mesmo na iminência da morte, o trabalho do gestalt-terapeuta com esses pacientes vai ao encontro da vida que ainda existe, mesmo que a proximidade do óbito se faça presente. Segundo a autora, uma de suas funções é possibilitar a continuidade da vida, a possibilidade

de projetar, de desejar e de escolher propicia saúde a esses pacientes. É preciso criar condições para que a pessoa exerça sua autonomia, seus desejos e suas possibilidades as quais, no momento, são delimitadas pela dor, medo, rupturas de planos, mas não se limitam a essas experiências. Para tal, é importante estar disponível para conhecer sua história de vida e da sua família, para poder identificar junto à equipe a melhor forma de prestar-lhe o cuidado e de proporcionar situações que tragam interação com a vida, a qual, mesmo em seu fim, ainda se faz presente (FORTE; ACHETTE, 2018).

Diante desse contexto, a atuação do gestalt-terapeuta é estar junto ao paciente, caminhando ao seu lado, considerando-o enquanto um ser global e de escolhas, respeitando sua vontade, seus direitos e seus desejos. Freitas (2010) aponta ser um erro determinar quais temas serão tratados com o paciente em fim de vida. É preciso estar disponível para acompanhar e escutar o paciente naquilo que ele queira e possa falar, oferecer uma escuta fenomenológica, como sugere Cardoso (2002), sendo aquela que

[...] reconhece e prioriza os elementos e significados presentes na fala da pessoa, desprovida dos juízos de valor por parte do psicoterapeuta. A perspectiva deste deve servir para compartilhar com o cliente o que foi apreendido da sua fala, tanto no nível verbal quanto não verbal, mas sob a forma de um questionamento reflexivo, convidando-o a se perceber, a se escutar e a se reconhecer na sua própria fala, tanto no que é dito, quanto no que é ocultado... Ao escutar profundamente o cliente, o terapeuta mergulha no seu universo de significados, permitindo o contato de ambos com aquilo que a pessoa possui de mais íntimo: sua essência. (p.65)

É através da escuta oferecida a essas pessoas, uma escuta ativa, acolhedora e cuidadosa, que se torna possível a elaboração da experiência e fechamento de gestalten abertas. A postura fenomenológica está relacionada com aquela de abertura, de disponibilidade e de presença por parte do gestalt-terapeuta. Freitas, Stroiek, Botin (2010) afirmam que o psicólogo inserido no contexto hospitalar precisa ser facilitador do diálogo, utilizando da presença e da inclusão. Presença pode ser vista como a autenticidade e a disponibilidade do profissional para estar em relação. Nesta é importante que o profissional esteja consciente de si, “é estar na relação abrindo-se existencialmente para que o outro possa se apoiar em seu *self* como caminho de autopercepção” (FREITAS, STROIEK,

BOTIN, 2010, p.144). Por inclusão entende-se o acolhimento à experiência do outro sem julgamentos e interpretações, é dar espaço para que o paciente seja ele mesmo, se desvele a seu tempo.

Fukumitsu, Cavalcante e Borges (2009) apontam que o cuidado se estrutura na relação, sendo a presença do gestalt-terapeuta a própria expressão de cuidado. Através da qualidade da sua presença e da confirmação da existência do paciente, há a possibilidade para que o enfermo possa, então, (re)significar suas vivências. Coerentes com esta perspectiva, Freitas, Stroiek e Botin (2010) endossam que a atitude de disponibilidade e de abertura ao desvelamento do paciente e o encontro com sua humanidade favorecem a construção da relação EU-TU, o que possibilita a percepção do atual momento da existência e, com isso, a atribuição de sentidos às experiências. Assim:

[...] a extrema valorização do vivido, do aqui e agora e do campo organismo/meio (cliente/doença/hospital) facilita a atitude fenomenológica de descrição do vivido considerando-o não como um objeto ou um meio para se chegar a um fim em si (Eu-Isso), mas como pessoa que é com seus sentimentos, pensamentos, percepções e coautoria do seu mundo e de seus sentidos subjetivos. É uma atitude e uma prática que considera a pessoa como um todo em suas múltiplas dimensões: intrapsíquica e interpessoal, o que conseqüentemente possibilita uma *awareness* integrativa (p.146).

Silveira (2006) afirma que a presença, o “estar com” o paciente, que muitas vezes já não pode nem falar, também é fundamental para resgatar a dignidade na morte, “um carinho, um afago, uma palavra ou um aperto de mão faz toda a diferença quando se trata de restituir ao moribundo a condição de humano...” (p.102).

Através da caminhada junto com o paciente na sua finitude, o gestalt-terapeuta tem a oportunidade de testemunhar muitas histórias de vida e morte. Perina (2018) sugere que

nosso lugar é de ser ponte nesse processo, ajudar na travessia, facilitar a caminhada, aliviar as dores e o sofrimento psíquico, ajudar a carregar o fardo, escutar atentamente o silêncio, o choro, a raiva, as lamentações, as esperanças, os sonhos desfeitos, as emoções e as palavras que sobre suas histórias nos contam. (p.45)

CUIDADO COM A FAMÍLIA

Junto ao paciente hospitalizado, gravemente enfermo ou em fim de vida encontra-se a família, que também apresenta sofrimento intenso e deve também ser cuidada e amparada pelo psicólogo. Monteiro (2017) sustenta ser o cuidado aos familiares um dos integrantes da oferta de assistência à pessoa internada, sendo que quando esta se encontra impossibilitada de falar, por debilidade física, sedação ou intubação, o atendimento psicológico à família deve ser priorizado.

Diante de uma situação de hospitalização, na qual há ameaça da continuidade da vida, o equilíbrio familiar pode apresentar perturbações. Quanto maior forem os laços emocionais que unem o enfermo à família, maior pode ser o impacto do adoecimento e da morte na estabilidade familiar. É importante que a equipe de saúde respeite e acolha o tempo de elaboração da finitude do familiar, respeite sua esperança e fé e o processo de elaboração, os quais em seu curso, podem apresentar idas e vindas (MONTEIRO, 2017).

Silva e Boaventura (2011) apontam a necessidade de se respeitar também os mecanismos de defesa que podem se fazer presentes em um contexto de adoecimento. Nessa perspectiva, a negação ou a resistência podem ser vistas como ajustamentos criativos, como mecanismos protetivos, de sabedoria que emergem quando a pessoa ainda não apresenta suporte interno para lidar com a situação que se coloca.

A forma como cada família lida com o adoecimento e a morte é própria de cada sistema familiar e depende de uma série de fatores, como evidencia Monteiro (2017), e precisa ser avaliada e levada em consideração. Tais fatores, segundo a autora são:

- 1) Os motivos que levaram à situação de terminalidade (doença aguda ou crônica, violência, tentativas de suicídio, acidente);
- 2) A rede familiar e social (disponibilidade da família nuclear e extensa e da rede de apoio extrafamiliar);
- 3) A coesão familiar e a diferenciação dos membros que compõem a família;
- 4) A flexibilidade do sistema familiar;
- 5) A comunicação entre os membros (aberta ou permeada de segredos);
- 6) O papel do enfermo na família;
- 7) As relações conflituosas ou rompidas na época do diagnóstico e da internação;
- 8) O momento da perda no ciclo de vida individual e familiar;
- 9) O contexto sociocultural e religioso. (p.87)

Silveira (2006) ressalta que cada família diante de situações de proximidade da morte pode apresentar reações diversas e que o gestalt-terapeuta precisa ser flexível para acolher os diversos tipos de comportamentos e sentimentos que possam emergir. Neste sentido, para Carvalho e Martins (2015), é importante que o profissional propicie à família realizar, caso seja da vontade desta ou do paciente, rituais de despedida, a fim de auxiliar no processo de elaboração da morte.

CUIDADO COM A EQUIPE E AUTOCUIDADO

Em meio a todo o dinamismo do hospital e aos cuidados ao sofrimento do paciente e à sua família, a equipe também precisa ser ponto de atenção do gestalt-terapeuta. Inseridos em um contexto de extremo sofrimento, equipe, família e paciente podem apresentar divergências e conflitos ao longo da hospitalização. Diante dessa tríade, o psicólogo, como aponta Silveira (2006), pode ser chamado a facilitar a comunicação, tentando minimizar as dúvidas e os entraves que podem aparecer durante a convivência.

A morte repercute de maneiras distintas, tanto em cada um dos familiares quanto nos membros da equipe. Em alguns momentos, as angústias e dificuldades da equipe podem interferir diretamente no cuidado do paciente. Não é raro que diante das inabilidades de algum profissional em lidar com o sofrimento e com a iminência da morte, eles se afastem dos cuidados e da família (SILVEIRA, 2006). Assim, é importante, que o gestalt-terapeuta também esteja disponível para escutar, em alguns momentos, os diversos profissionais envolvidos na assistência ao paciente.

Freitas (2010) sustenta que o gestalt-terapeuta e os outros membros da equipe envolvidos no atendimento ao paciente e à sua família devem estar atentos à sua disponibilidade interna para estarem presentes na relação e à forma como são tocados por cada paciente diante da morte e do morrer. A autora também coloca que é preciso voltar o olhar para si enquanto profissional e, assim, perceber seus sentimentos e a forma como cada um lida com a frustração e com a impotência diante do sofrimento do outro.

Ribeiro (2006) enfatiza que o cuidar do outro não anula a necessidade do autocuidado, muito pelo contrário: “cuidar do outro não pode querer dizer não cuidar de si mesmo e cuidar de si mesmo não pode querer dizer não cuidar do outro. Trata-se de uma relação figura-fundo, parte-todo, em que qualquer dicotomia significará prejuízo para ambas as partes” (p.101).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da institucionalização da morte e do hospital ser considerado o *locus* para o fim da vida, este ainda não oferece condições para o acolhimento e a vivência da morte. Em muitas situações, a comunicação é prejudicada, e em alguns casos há um certo distanciamento da equipe médica, já que a cura não é mais possível. A expressão de certos sentimentos diante da morte, como choro intenso, raiva e falta de clareza e entendimento do momento são julgados a todo instante. Em algumas ocasiões, nota-se algum nível de despreparo da equipe para lidar com situações que envolvam grande sofrimento, gerando afastamento e abandono em relação ao paciente e família.

Apesar de buscar a cura e o restabelecimento da saúde, as perdas se fazem presentes a todo instante no contexto hospitalar. Perdem-se a saúde, a autonomia, as tarefas do dia-a-dia, a convivência com pessoas queridas, os papéis sociais e inclusive a vida. Dentro deste contexto, o gestalt-terapeuta coloca sua disponibilidade para acompanhar família e paciente nesse processo que não ocorre sem sofrimento. No entanto, mesmo que em seu fim, a existência ainda acontece e o psicólogo através da sua escuta pode propiciar que esta ocorra, dando-a reconhecimento e dignidade.

Conhecer a história da família, a história daquele paciente que muitas vezes já não pode dizer quem é, saber de seus desejos, crenças, costumes, afetos e desafetos é de extrema importância nesse processo. Resgatar a individualidade e subjetividade que em meio a tantos procedimentos médicos ficou esquecida é algo de extrema importância. É preciso reconhecer e dar espaço para que cada história seja ouvida, valorizada e reconhecida. Através da disponibilidade de estar com, de acompanhar e estar presente, o psicólogo tem a oportunidade de testemunhar a vida se fazer presente em meio a morte.

A concepção do homem como um ser de possibilidades, de responsabilidades e de liberdade que fundamenta a abordagem gestáltica deve ser mantida pelo gestalt-terapeuta ao longo de todo o acompanhamento do paciente internado, até sua morte. Mesmo com todas as limitações impostas pelo seu atual momento de vida é importante, a todo momento, olhar para a pessoa adoecida e propiciar que ela, enquanto autora do seu projeto existencial, possa ser reconhecida enquanto tal, devendo suas decisões e autonomia serem mantidas até o fim. Acolher cada momento, propiciar que situações sejam (re)experienciadas, que despedidas sejam realizadas, que sentimentos sejam expressados auxiliam

a pessoa que está morrendo a fechar situações em aberto e a família, futuramente, vivenciar um luto sem complicações.

Neste sentido, acompanhar o processo tanto da família como do paciente que se encontram diante da morte é andar lado a lado de ambos. O psicólogo orientado pela abordagem gestáltica aparece como um facilitador da comunicação entre família, equipe e paciente que em alguns momentos parecem apresentar discursos completamente diferentes. Estar atento a como se dão essa relação e essa comunicação e a quais são os entraves do contato auxilia o gestalt-terapeuta a intervir junto a essa tríade possibilitando uma melhor fluidez dessa relação. Auxiliar a família e paciente a expor seu ponto de vista, seus sentimentos e questionamentos, junto a equipe médica, bem como a orientação junto à equipe para uma comunicação mais clara e efetiva auxiliam o processo de tomada de consciência de todos aqueles envolvidos no processo.

O gestalt-terapeuta deve, então, estar atento e zelar pelas defesas psicológicas que podem emergir ao longo desse processo. À medida que a gestalt-terapia entende tais comportamentos como ajustamentos criativos, é importante que o profissional acolha esses sentimentos, acompanhe e auxilie no sentido do fortalecimento do auto suporte para quando a pessoa puder, seja o paciente ou a família, lide com a realidade da iminência da morte. Apesar do sofrimento proporcionado pelo momento difícil, quando a pessoa tem a possibilidade de ampliar sua consciência, estando *aware* de suas vivências, algo se transforma e o momento da morte pode ser vivido de modo sereno, tendo a família e o paciente possibilidade de fechar situações em aberto e expressar os sentimentos e os desejos para os últimos momentos de vida.

Imerso nesse processo, o psicólogo gestalt-terapeuta não sai sem ser tocado por cada história. Cada encontro, cada despedida, cada demonstração de afeto, cada fim de vida toca de algum modo. Ao cuidar do sofrimento do outro é importante que o psicólogo esteja atento aos próprios sentimentos e também possa ser cuidado para poder continuar cuidando e auxiliando pessoas no fim da existência. Em alguns momentos, o profissional precisa lidar com a frustração e a impotência. Não é raro a morte chegar antes do esperado e impedir que encontros, desejos e despedidas sejam realizados. É importante que o psicólogo também tenha conhecimento dos seus limites e das imprevisibilidades da vida.

Sem pretender esgotar o tema, as questões apresentadas ao longo do texto abrem espaço para outros tipos de reflexões que merecem atenção da comunidade gestáltica como, por exemplo, a questão do luto vivenciado dentro do

contexto hospitalar, a possibilidade de diferentes vivências de luto em decorrência das diversas situações que podem ocasionar a morte como, por exemplo, situações de morte repentina, suicídio e doenças crônicas, bem como a atuação do psicólogo nas equipes de cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGERAMI, V.A. **E a psicologia entrou no hospital**. Belo Horizonte: Ed. Artesã, 2017.

ARIÈS, P. **História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2017.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

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

_____. A escuta fenomenológica em psicoterapia. **Revista do VII Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica**, n.8, p.61-69, 2002.

CARVALHO, J.S; MARTINS, A.M. A morte no contexto hospitalar: revisão de literatura nacional sobre a atuação do psicólogo. **Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p.129-142, ago-dez. 2015.

FORTE, D.N; ACHETE, D. **Cuidados paliativos no século 21**. In: FUKUMITSU, K.O. Vida, morte e luto: atualidades brasileiras. São Paulo: Summus, 2018.

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

FREITAS, J.L. **Experiência de adoecimento e morte: diálogos entre a pesquisa e a Gestalt-terapia**. Curitiba: Juruá, 2010.

_____; STROIEK, N.N; BOTIN, D. Gestalt-terapia e o diálogo no hospital: uma reflexão. **Revista da Abordagem Gestáltica: PhenomenologicalStudies**, Goiânia, v.16, n.2, p.141-147, jul/dez. 2010.

GAGLIANI, M.L; HOJAJI, E.M; LUZ, P.L. **Cuidados e intervenções para pacientes cardíacos: o desafio entre a vida e a morte**. In: FUKUMITSU, K.O. Vida, morte e luto: atualidades brasileiras. São Paulo: Summus, 2018.

FUKUMITSU, K.O; CAVALCANTE, F; BORGES, M. O cuidado na saúde e na doença: uma perspectiva gestáltica. **Revista estudos e pesquisa em psicologia, UERJ**, Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p. 174-184, jan/jun. 2009.

KOVÁCS, M.J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

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

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

MONTEIRO, M.C. **A morte e o morrer em UTI: família equipe médica em cena**. Curitiba: Appris, 2017.

PERINA, E.M. **No limiar da vida e da morte**. In: NUCCI, N.A.G; KOVÁCS, M.J; FUKUMITSU, K.O. Encontros Inesquecíveis: relatos de cuidado e ética. Campinas: Alínea, 2018.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1999.

RIBEIRO, J.P. **Gestalt-terapia: refazendo um caminho**. São Paulo: Summus, 2012.

_____. **Gestalt-Terapia de curta duração**. 3ªed. São Paulo: Summus, 2009

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

RIBEIRO, W. **Existência-Essência**. São Paulo. Summus, 1998.

SILVEIRA, T.M. O Gestalt-Terapeuta na instituição hospitalar. **Revista da Abordagem Gestáltica: PhenomenologicalStudies**, Goiânia, v.12, n.1, p.97-105, jun. 2006.

SILVA, R.B; BOAVENTURA, C.B.F. Psico-oncologia e gestalt-terapia: uma comunicação possível e necessária. **Revista da Abordagem Gestáltica: PhenomenologicalStudies**, Goiânia, v.17, n.1, p.37-46, jan/jun. 2001.

YONTEF, G.M. **Processos, diálogo e awareness: ensaios em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1998.

CONTRIBUIÇÃO DA PSICOTERAPIA INFANTIL DE BASE FENOMENOLÓGICO- EXISTENCIAL NO MOVIMENTO DE CRESCIMENTO HUMANO

CAPÍTULO 6

*Janaina Aparecida Mendonça Santos
Telma Fulgêncio Colares da Cunha Melo*

A corrente fenomenológico-existencial concebe o ser humano em um processo de construção constante, sendo considerado, portanto, um ser inacabado. Desse modo, diferente dos elementos da natureza e de tudo o que não é humano, a pessoa humana não está enrijecida em um modo preestabelecido de existir, o que impossibilita sua objetificação. Essa exclusividade se deve a sua capacidade de posicionar-se diante de sua existência, o que a torna um ser responsável. Tendo em vista essa característica, Heidegger (2006), precursor do Existencialismo, pontua que o ser humano é o único ente que tem a capacidade de cuidar de ser e com isso interferir no seu processo de vir-a-ser.

A respeito dessa responsabilidade, Heidegger (2006) explica que o existente humano apenas pode assumi-la à medida que se dá conta de si mesmo. Consoante com esse pensamento, a autora Critelli (1996), estudiosa do Existencialismo, argumenta:

Ao dar-se conta do ser (como o possível em aberto e litigiosamente à sua frente), o homem percebe que tem que dar conta de ser, que ser está sob sua responsabilidade. Percebendo o ser, o homem toma o ser para si como algo de quem tem que cuidar. Põe o ser sob seus cuidados. Isso faz parte da ontologia humana (CRITELLI, 1996, p. 48)

De acordo com esta visão de Critelli (1996), para que o homem possa interferir no seu processo existencial, é fundamental que ele se perceba, se reconheça. Esse reconhecimento, assim como explica o pensamento heideggeriano, emerge na consistência de uma ação, enquanto se coloca no mundo em uma relação. Desse modo, Heidegger (2006) afirma que o ser humano é ser-no-mundo-com-os-outros. Em outras palavras, ele é ontologicamente relacional.

Baseada nesse pressuposto, Critelli (1996) expõe em seu livro *A analítica do ser* que é enquanto fala e interage com o outro que o ser tem a possibilidade de se manifestar, bem como se ocultar, sendo esse movimento o interesse da fenomenologia. Logo, enfatiza-se que a possibilidade de ser apenas se efetiva em uma relação. No entanto, Critelli (1996) esclarece que não basta o ser manifestar-se para que sua existência se realize. É necessário que ele seja testemunhado. Sobre isso, ela escreve que “sem testemunho, o desvelado e o desvelamento, o revelado e a revelação esvanecem-se, dissolvem-se. É como se nunca tivessem aparecido. Sem o testemunho não há manifestação” (CRITELLI, 1996, p. 78). Sendo assim, ela ressalta a importância do testemunho de outro para que a existência do ser manifesto possa se consolidar. Dessa forma, a corrente fenomenológico-existencial confere grande importância à relação em todas as instâncias do existir, inclusive na infância, tendo em vista que os pressupostos fundamentais do existir humano, descritos pelo existencialismo e registrados no livro *Ser e Tempo*, são invariáveis ao longo da vida (HEIDEGGER, 2006).

Esse entendimento da infância a partir dos fundamentos existenciais postulados por Heidegger é ressaltado pela psicoterapeuta existencial infantil Beatriz Cytrynowicz. Ela escreve que “a existência na infância deve ser compreendida a partir dos mesmos fundamentos do existir na adolescência, maturidade ou envelhecimento” (CYTRYNOWICZ, 2018, p. 101). Isso significa dizer que a criança, tal como os adultos, encontra-se no mundo em relação, tão logo nasce. Nas palavras da autora, “desde o nascimento somos no mundo e é aí que sempre temos algum entendimento de nós mesmos e do mundo” (CYTRYNOWICZ, 2018, p. 221). Assim também, já na infância, o ser é dotado da capacidade de responsabilizar-se ainda que não compreenda a importância e o caráter responsável de suas ações, tal como explicita Melo (2018), psicoterapeuta infantil.

Cytrynowicz (2018) sinaliza para o risco de se desconsiderar a presença do ser responsável já na infância. Sobre esse risco, ela discute a visão das teorias da psicologia de desenvolvimento que, em sua pretensão de definir o humano, estabelecem um padrão normal de crescimento e de conduta. Vista sob esse padrão, a criança é entendida como algo que deve deixar de ser para tornar-se

o que ainda não é, de tal modo que é negligenciada na singularidade do seu ser. Como consequência desse modo de ver a criança não a partir dela mesma, mas a partir do que ela “tem que ser”, “elas permanecem sem ter para quem se mostrar e compartilhar”, conforme esclarece a autora (CYTRYNOWICZ, 2018, p. 100). Ela ainda explica que, ao se impor à criança um modelo de desenvolvimento unificado, esta fica restringida na sua possibilidade de agir e reagir de modos mais livres às diferentes situações que vivencia. Isso, por sua vez, culmina em modos de ser-doente.

Ao falar sobre a percepção do adoecimento infantil em sua prática clínica, Melo (2018) expõe que as crianças “chegam cada dia mais novas e acometidas de crises de ansiedade cada vez mais fortes e mais frequentes aos consultórios” (p. 83). Diante desse cenário, torna-se necessário problematizar o modo como a infância tem sido encarada na atualidade. Além disso, é importante discutir caminhos que propiciem às crianças mostrarem-se a partir de suas experiências infantis, a fim de oferecer-lhes condições de se descobrirem e se desenvolverem naquilo que diz respeito a si mesmas (CYTRYNOWICZ, 2018). Nesse sentido, Cytrynowicz (2018) aponta as contribuições do pensamento fenomenológico-existencial aplicado na psicoterapia infantil.

Com base nisso, o presente artigo visa explicitar, a partir de um relato de experiência, como a atuação psicoterapêutica orientada pela referida abordagem favorece o processo de crescimento humano da criança. Para tanto, será explicitado a compreensão da dinâmica existencial na infância, bem como a noção de crescimento humano, a partir do pensamento fenomenológico-existencial, elucidando sobre sua presença desde o nascimento. Será discutido ainda sobre a influência da relação neste processo de crescimento, dando ênfase ao aspecto do testemunho. Por fim, buscar-se-á apontar como a psicoterapia fenomenológico-existencial contribui na tomada de posicionamentos mais responsáveis da criança perante seu existir, sendo feita uma interlocução entre os fundamentos teóricos e a prática clínica desta abordagem psicoterapêutica.

INFÂNCIA E CRIANÇA NUMA PERSPECTIVA FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL: O CRESCIMENTO COMO UM PROCESSO CONSTANTE DO EXISTIR

A abordagem fenomenológico-existencial sustenta-se em uma antropologia filosófica que concebe o ser humano como um ser que está em constante formação enquanto vive. Com base nessa compreensão, entende-se que o ser humano está lançado em um constante vir-a-ser, sempre a caminho de sua re-

alização, em um movimento dinâmico que se interrompe apenas com a morte (HEIDEGGER, 2006). É com essa condição ontológica que o homem encontra a vida, ficando esta sob seus cuidados para que possa se realizar. Quanto a isso, Critelli (1996, p. 109) argumenta que “[...] a vida nos é dada como uma possibilidade de que precisamos cuidar para mantê-la e desenvolvê-la, tornando-se, então, acontecimento humano”. Uma vez que cuidar da vida, constituindo-a como um acontecimento ao longo da existência, é identificado como uma característica ontológica, afirma-se que essa tarefa já se apresenta desde o nascimento (HEIDEGGER, 2006; CRITELLI, 1996).

Heidegger (2006) explica que poder cuidar da existência torna o homem um ser responsável, de forma que lhe é possível constituir-se a si mesmo. Nesse ponto, é interessante ressaltar que ser si mesmo está relacionado à forma singular de cada pessoa, uma vez que está inserida em uma trama de relações que se configura de modo único (HEIDEGGER, 2006; CRITELLI, 1996). Tal explicação é sintetizada por Cytrynowicz (2018), quando afirma que “ser responsável quer dizer responder e corresponder de seu modo próprio ao seu mundo” (p. 105). Desse modo, fica claro que, sendo responsável pelo seu existir, o homem pode conduzi-lo de modo singular na pluralidade do mundo que o cerceia, o que já se inicia na infância.

Sobre a presença dessa característica ontológica na infância, Hanna Arendt, filósofa do século XX, defende que o ímpeto de agir com base em sua singularidade já se manifesta na criança. Em seu livro *A condição humana*, Arendt (2014) afirma que o ser humano está implicado no mundo com sua singularidade distinta e irrepitível, desde seu nascimento. Esses argumentos respaldam o pensamento de Cytrynowicz (2018) quanto à busca da criança em ser si mesma, em uma atuação responsável. Sobre esse assunto, ela relata:

Assim se inicia a tarefa de todos os bebês, os que já estão aí, os que ainda virão, e os que já foram: serem eles mesmos em seu mais peculiar e único modo. Mas essa não é uma tarefa simples, estando desde sempre já em jogo um sim e um não, mostrar e esconder-se, aceitar e recusar que advém da própria constituição do bebê como ser humano. (CYTRYNOWICZ, 2018, p. 108)

Tem-se então que, mesmo de uma maneira distinta do adulto, a criança já exercita sua responsabilidade através dos caminhos que encontra na sua idade.

Desse modo, torna-se fundamental entender a criança em sua capacidade responsiva, sobretudo porque a essa noção de responsabilidade está interligado o movimento de crescimento do humano. A partir do momento que a criança é acolhida e compreendida em sua capacidade de se posicionar a partir de suas singularidades existenciais, ela pode se lançar no mundo, correspondendo ao desejo que possui de desbravá-lo. É nesse movimento de se lançar no mundo que ela irá se aproximar e descobrir capacidades e limitações que ainda não compreende, mas que lhe possibilitam ser ela mesma. Assim, ao desbravar o mundo e, conseqüentemente, a si mesma, a criança reconhece novos modos de se posicionar, adquirindo para si mais “autonomia existencial” (CYTRYNOWICZ, 2018).

Ao falar sobre o crescimento, Cytrynowicz (2018) descreve que, enquanto vive, “a criança está voltada para o seu próprio advir e a possibilidade do novo, isto é, para o seu futuro” (p. 147). Dessa maneira, ao crescimento está relacionado esse reconhecimento de outras possibilidades, sobre o que a autora continua dizendo:

Nessa ampliação das possibilidades que constitui o crescimento, a história própria e particular também vai se constituindo. Desse modo, crescer significa ao mesmo tempo abrir-se para o futuro e para a condição histórica de poder-ser em sua continuidade livre e significativa. (CYTRYNOWICZ, 2018, p. 150)

Nesse movimento de crescimento, atuando como ser responsável, a criança vai se constituindo de modo único. Tal movimento não se estanca. Ele acontece de modo mais intenso na infância, apesar de saber que ele tem sua continuidade em todas as idades (CYTRYNOWICZ, 2018).

Contudo, apesar de esse movimento de crescimento ser constituinte da originalidade do ser, há circunstâncias que podem impedir ou dificultar sua realização. Nesse caso, entende-se que a pessoa tem a atuação de sua responsabilidade limitada, de tal maneira que não age com base em sua singularidade. Heidegger (2006) argumenta a esse respeito, apontando como consequência um distanciamento da pessoa de si mesma, o que culmina no que ele chama de “impropriedade”. Atentas a isso, tanto Cytrynowicz (2018) quanto Melo (2018) sinalizam para a vivência dessa interrupção do movimento de crescimento na infância, no que elas apontam a influência da relação nesse processo.

Por essa razão, torna-se mister refletir a respeito do papel que a relação assume na infância, uma vez que esta pode favorecer ou restringir seu crescimento (CRYTRYNOWICS, 2018; MELO, 2018).

AS RELAÇÕES E O TESTEMUNHO COMO PONTO DE PARTIDA

A abordagem fenomenológico-existencial ressalta que, para que o ser humano possa atuar em sua responsabilidade, moldando o ser conforme si mesmo, é necessário que se perceba em sua forma de ser (CRITELLI, 1996). Ao argumentar sobre a possibilidade de percepção do próprio ser, Heidegger explica que isso se dá à medida que a pessoa “se relaciona e se comporta de modo essencial, primeira e constantemente, a saber, a partir do ‘mundo’” (HEIDEGGER, 2006, p. 53). Baseado nesse entendimento, enfatiza-se, portanto, a característica ontológica do humano de ser-no-mundo (CRITELLI, 1996).

O pensamento heideggeriano postula então que a percepção de ser acontece uma vez que, dentro do seu horizonte existencial, ele se mostra “em si mesmo e por si mesmo” (HEIDEGGER, 2006, p. 54). A partir desse pressuposto, Critelli (1996) explicita que a possibilidade de ser acontece no entrelaçamento com o mundo, este entendido como “uma rede de relações significativas” (p. 83) na qual a pessoa está inserida. É apenas através das relações que estabelece com o mundo que o ser pode ser manifesto e expresso, uma vez que é aí que ele se coloca em ação, falando, interagindo, sendo. Fundamentada nessa perspectiva, a fenomenologia busca perscrutar o ser que se mostra em sua trama de significações construída no mundo (CRITELLI, 1996).

Todavia, Critelli (1996) chama a atenção para o fato de que o movimento de mostrar-se não é o bastante para que o ser humano possa corresponder ao que manifesta de si e assim levar a cabo seu crescimento. Para tanto, ela aponta ser imprescindível que aquilo que é mostrado “seja visto e ouvido por outros” (CRITELLI, 1996, p. 77), o que denomina de testemunho. Critelli (1996) destaca a importância deste testemunho, afirmando que “pelos outros o indivíduo sabe-se, sendo, que é, reconhece-se. Sua existência não se torna real sem os outros” (p. 79). Desse modo, sozinha, a pessoa não se realiza naquilo que é, sendo apenas em relação com um outro que a testemunhe que esta possibilidade se concretiza (CRITELLI, 1996).

Consoante com o pensamento de Critelli, Martin Buber (1878/1974) também discorre, em sua antropologia filosófica, a respeito da relação que viabiliza o reconhecimento de si, denominando-a de relação Eu-Tu. Para esse filósofo, é apenas na presença de um tu que a pessoa pode entrar em contato consigo

mesma e assim dizer “eu”. Portanto, Buber (2006) afirma que é na presença de outro que a pessoa pode se perceber em sua “unicidade”. Ele aponta a diferença dessa relação com as demais, uma vez que entende que é apenas através da relação Eu-Tu que acontece um encontro genuíno, pessoa-pessoa, capaz de impulsioná-la para seu crescimento (BUBER, 1878/1974; 2006). Diante disso, é possível concluir, assim como Melo (2018, p. 88) explicita, que “uma relação bem estabelecida que prioriza e prima pelo respeito e cuidado afetivo no encontro com as singularidades existenciais promove o crescimento saudável”. Pode-se dizer então que a relação é o ponto de partida para a realização do ser, o que permanece ao longo de todo o seu existir.

Diante da crucialidade da relação que testemunhe a pessoa naquilo que ela mostra de si, Critelli (1996) sinaliza para as consequências da ausência desse testemunho. Ela esclarece que, diante dessa circunstância, o que se mostra não alcança um aparecer significativo nem mesmo para quem o revela. Nas palavras da autora (CRITELLI, 1996, p.78), “é como se nunca tivessem aparecido”, o que culmina em um desfalecimento do ser. Ela aponta ainda para uma forma de relação em que, mesmo que se mostre para um outro, pode não haver consonância entre o que se manifesta e o que é testemunhado. A esse respeito, ela explica:

Se o testemunho do outro é sempre contrário ou contraditório em relação ao que o eu vê, pensa, sente, imagina, quer, sua estrutura existencial e de identidade ficam totalmente abaladas. Ainda mais quando esse outro já entra na vida do eu como alguém revestido de alguma autoridade (como no caso dos pais em relação à criança). (CRITELLI, 1996, p. 82)

Entende-se, assim, que nesses casos a relação Eu-Tu não acontece, o que, por sua vez, compromete o reconhecimento de si mesmo, fragilizando-o.

Para Buber (1878/1974), além da relação que propicia a comunicação de si, em um encontro genuíno, há a relação Eu-Isso. Ele explica que essa relação viabiliza ao ser humano colocar-se diante do mundo, elaborando e produzindo significados sobre este, o que se faz necessário para que se situe no espaço em que vive. Contudo, Buber sinaliza para o risco de se viver predominantemente a partir dessa relação, sobretudo no que tange às relações humanas. Conforme ele aponta, a relação Eu-Isso implica em um afastamento da presença do outro, o que termina por objetificá-lo. Tal objetificação vai contra aquilo que é importante para o ser humano, pois, como reflete o filósofo, é importante para o ser

humano não ser considerado e tratado como um objeto (BUBER, 1996). Assim, apesar de o homem ser passível de objetificação, Buber (1982/1974) aponta que fazê-lo consistiria na destituição de sua humanidade.

Tendo, pois, em vista os riscos que tanto Critelli (1996) quanto Buber (1982/1974) mencionam sobre o predomínio de uma relação em que a pessoa não seja acolhida no que ela mostra de si, torna-se motivo de preocupação quando se identifica na modernidade um pensamento corrente que privilegia o modo Eu-Isso de se relacionar. Ao perceber essa tendência sendo disseminada, sobretudo pela ciência, Martins (2010) constata que se relaciona com o fato de que “o mundo do Isso é seguro e inspira confiança: é nele que o homem domina seu objeto” (p. 31). Entretanto, mesmo sabendo dos progressos alcançados pela ciência, através da possibilidade de ordenar e classificar o que existe, sua disseminação para o campo do humano termina por concebê-lo a partir de um modelo prévio, criando teorias que se sobrepõem ao existir (CRITELLI, 1996; LUCZINSKI; ANCONA-LOPES, 2010; MARTINS, 2010).

Consciente da influência da aplicação desses modelos prévios de se conceber o humano no campo da Psicologia, Cytrynowicz (2018) problematiza as teorias do desenvolvimento, vigentes no século XX. Conforme ela explica, a partir dessas teorias o humano é entendido a partir de um modelo ideal de adulto que deve ser alcançado, após a vivência de uma sucessão de fases. Sob esse olhar, o humano passa a ser compreendido tendo como referência padrões de conduta construídos sobre princípios preestabelecidos como verdadeiros. A autora enfatiza os danos dessa compreensão aplicada à infância. Como ela descreve, vista sob a ótica das teorias do desenvolvimento, a infância é considerada como um momento que deve ser superado, em direção a “um estado de amadurecimento, considerado superior e mais representativo da condição humana” (CYTRYNOWICZ, 2018, p. 30). Nessa concepção, a criança é entendida como um ser imaturo, desprovido de responsabilidade ou de capacidade de entendimento. Portanto, esse modo de compreensão, a partir de modelos prévios, influencia uma forma de lidar com a criança tendo em vista o que ela deve deixar de ser, para se tornar o que ainda não é (CYTRYNOWICZ, 2018).

Pelo que já foi explicitado até aqui, entende-se que tal concepção favorece a predominância da relação Eu-Isso na infância. Ao serem tomadas como seres incompletos e frágeis, as crianças são envoltas por relações que lhes tratam de forma superprotetora, autoritária, insegura e até mesmo indiferente. Esses modos de relação promovem, por sua vez, o distanciamento daquilo que se pode observar diretamente na existência de cada criança, naquilo que ela já traz de

significativo para si. Dessa maneira, como afirma Cytrynowicz, esta não tem como se mostrar, de tal modo que suas necessidades, solicitações e possibilidades ficam encobertas (CYTRYNOWICZ, 2018).

A autora então aponta para o modo como tais relações afetam a criança. Em suas palavras, quando “percebe que não é ouvida ou considerada, [a criança] pode reagir de diferentes modos, desde o encolhimento que a leva a se esquivar até reações de revolta, raiva e descontrole” (CYTRYNOWICZ, 2018, p. 229). Além disso, à medida que as relações a negligenciam na sua capacidade de se relacionar consigo mesma e com o mundo de um modo que lhe é próprio, ela é tolhida em sua autonomia existencial e por isso não encontra condições favoráveis para experimentar e desenvolver suas possibilidades pessoais de crescimento. Logo, entende-se que tais relações impactam diretamente na saúde emocional da criança, pois, como apontam Cytrynowicz (2018) e Melo (2018), é em decorrência dessa privação que emergem os problemas emocionais e os sofrimentos.

Na contramão do que postulam as teorias do desenvolvimento, a perspectiva fenomenológico-existencial lança outro olhar em direção à infância, considerando-a a partir dos mesmos pressupostos existenciais que caracterizam o humano. Sendo assim, a criança é também ser-no-mundo, de modo que, desde que nasce, ela já está tecendo algum entendimento sobre si e sobre o mundo, a partir das relações que estabelece (CYTRYNOWICZ, 2018). Inserida no mundo, a criança o experiencia, ampliando sua consciência, podendo reconhecer-se, bem como o que está ao seu redor (MELO, 2018). Seguindo esse olhar, entende-se que não é preciso esperar que ela cresça para que saiba dizer o que anseia ou teme. Logo, o pensamento fenomenológico-existencial parte da compreensão de que a criança já está sendo no momento presente que vive (CYTRYNOWICZ, 2018; MELO, 2018).

Faz-se então importante questionar: Quem ela é, como pode ser, quais são seus apelos próprios, seus gostos, seus medos? É preciso que a criança seja compreendida no que ela já carrega consigo; não por aquilo que supõem sobre ela, mas a partir daquilo que ela é capaz de mostrar. Pressupõe-se então uma relação de proximidade para com a criança, proximidade que se faz mais necessária tanto menor for essa criança. Sobre isso, Cytrynowicz (2018) descreve que, “quanto menor é a criança, mais encobertos são tanto o seu mundo, como o seu dizer. Assim, quanto menor a criança, mais a sua expressão e comunicação podem ser alcançadas somente a partir das relações de maior proximidade” (p. 106). À medida que cresce, tal compreensão torna-se mais tangível, através do brincar e do falar.

Sendo então provida da capacidade de se expressar, a incompreensão da criança acontece “por falta de entendimento do adulto ou da própria relação entre ele e a criança”, assim como argumenta Cytrynowicz (2018, p. 104). Por isso, faz-se essencial uma relação de proximidade, em que o adulto se relacione com a criança, buscando testemunhá-la no que ela revela de si, através dos seus sentimentos, desejos e ações. Logo, o adulto assume um papel de destaque na infância. Através desta proximidade, ele deve favorecer a criança em sua interação com o mundo, em uma relação regada por “responsabilidade, esperança e confiança” (CYTRYNOWICZ, 2018, p. 80). Desse modo, ela pode reconhecer seu próprio modo-de-ser-no-mundo, tornando-se capaz de assumir diferentes modos de agir, indo em direção a sua autonomia existencial.

Fundamentada nessa visão, a teoria fenomenológico-existencial oferece caminhos para uma prática psicoterápica, em que a relação se torna o terreno fértil para que a criança seja favorecida no seu crescimento de modo saudável. Pensar esses caminhos torna-se fundamental, sobretudo diante de um contexto em que o índice de adoecimento infantil tem aumentado de modo preocupante (MELO, 2018).

A PRÁTICA CLÍNICA A PARTIR DA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL

A visão de homem como um ser ontologicamente relacional e responsável por sua existência fundamenta a psicoterapia fenomenológico-existencial, a qual sustenta sua prática em uma proposta relacional dialógica; isso significa dizer que seu principal foco de intervenção está centrado na relação terapêutica (HYCNER & JACOBS, 1997). Entretanto, tal relação não se reduz a um simples contato entre paciente e profissional. Antes, diz respeito a um convite para um modo de estar no mundo a partir de uma proximidade que favoreça uma relação Eu-Tu, em que a pessoa possa contemplar a si mesma a partir da presença viva do outro. Contudo, para que tal relação se estabeleça, propiciando o encontro psicoterápico, é importante sua alternância com o modo Eu-Isso de relacionar (LUCZINSKI; ANCONA-LOPES, 2010).

A esse respeito, Luczinski e Ancona-Lopes (2010) elucidam que no ambiente terapêutico, assim como na existência, a relação Eu-Isso viabiliza a reflexão e a elaboração de significado do que se vive. A alternância entre esses modos de ser é preponderante, pois tanto a permanência em um modo quanto em outro não corresponde à necessidade do humano. Por isso, é importante se

atentar para o risco de uma relação Eu-Isso na prática clínica, em detrimento da relação Eu-Tu, como observado em práticas centradas no uso de técnicas, em que há uma postura de distanciamento da singularidade do paciente. De modo contrário, na psicoterapia fenomenológico-existencial, a relação Eu-Isso constitui-se como um caminho que favorece a proximidade com o paciente em sua forma de ser-no-mundo, a fim de que a relação pessoa–pessoa aconteça (LUCZINSKI & ANCONA-LOPES, 2010).

Sendo o foco da intervenção terapêutica uma relação que possibilite o encontro pessoa–pessoa, a presença do profissional adquire um caráter essencial para o desencadeamento do processo psicoterápico (LUCZINSKI & ANCONA-LOPES, 2010). Portanto, torna-se um princípio para a psicoterapia a conversão da fundamentação teórica dessa abordagem em uma postura psicoterapêutica. Revestido dessa postura, cabe ao profissional estabelecer uma ponte em direção ao paciente, convidando-o para uma nova forma de se relacionar. O primeiro passo para que isso aconteça é consolidar “um tipo de confiança que é essencial ao necessariamente difícil trabalho de psicoterapia” (HYCNER, 1995, p. 120). Esse vínculo de confiança é formado através de uma escuta cuidadosa e atenciosa que proporciona o acolhimento daquilo que a pessoa relata. Portanto, sua presença não se trata apenas de uma “presença técnica”; antes, implica em uma atitude interessada, respeitosa, receptiva e não moralista do profissional que busca olhar para a pessoa naquilo que ela mostra a partir de si mesma (HYCNER, 1995).

Em prol dessa postura profissional, adota-se na prática clínica a aplicação do método fenomenológico. Através desse método, toda concepção pré-formulada é deixada de lado, a fim de apreender o sentido que a vivência tem para a pessoa (CARDOSO, 2014). Logo, o processo psicoterápico visa estabelecer uma proximidade com o paciente para que ele se aproxime de si mesmo e possa então dizer de si. Contudo, entende-se que não basta que ele fale de si. É necessário que a fala que emerge do seu reconhecimento pessoal seja ouvida por outro, isto é, seja testemunhada. Por isso, Critelli acentua a importância do testemunho para que aquilo que é expressado através da fala alcance sua realidade. Em suas palavras, ela argumenta que “o alcance dessa fala é a confirmação da existência” (CRITELLI, 1996, p. 77). Logo, este apresenta-se como outro aspecto fundamental da relação terapêutica.

O psicoterapeuta, ao acolher a fala do paciente, confirmando-o em sua pessoalidade, assume esse papel de testemunho. Cardoso explicita que o sentido do cuidado terapêutico está nessa confirmação do paciente. Sobre isso, ela

afirma que “cuidar, então, é confirmar o íntimo, no sentido daquilo que é o mais singular da pessoa, na contramão das aparências superficiais e vazias de sentido, tantas vezes supervalorizadas na nossa sociedade” (CARDOSO, 2013, p. 10). Sendo assim, é possível dizer que o cuidado terapêutico acontece através do testemunho que confirma o paciente em sua personalidade.

Tal confirmação reverbera em um posicionamento na existência de forma cada vez menos alienada de si mesmo e do mundo, contribuindo para uma atitude responsável (ANDRADE, 2002). No que tange a essa atitude responsável suscitada através do encontro intersubjetivo, Mahfoud (2012, p. 76) esclarece que “numa relação respeitosa, atenta àquela vida radical em mim, numa resposta a ela passo a estar efetivamente diante das coisas e diante dos outros. Aqui eu sou eu”. Quanto a esse posicionamento que emerge da consciência de si, Mahfoud explicita que ele está fora do alcance do psicoterapeuta. Logo, não lhe compete sugerir caminhos para a pessoa lidar com as situações que enfrenta. Antes, deve confiar na capacidade do paciente de atualizar seu potencial, respondendo a partir da sua singularidade. Contudo, cabe ao psicoterapeuta “permanecer diante da surpresa da dinamização do problema humano”, acompanhando a pessoa no seu movimento de vir-a-ser (MAHFOUD, 2010, p. 7).

A relação terapêutica apresenta, portanto, uma função de favorecer o processo de crescimento da pessoa na medida em que lhe acolhe como está e lhe impulsiona na busca pelo que pode ser, a partir de si mesmo. É nesse sentido que é possível apontar a contribuição da psicoterapia que aposta na relação como fonte de posicionamento responsável da pessoa perante sua existência.

Na psicoterapia infantil a relação dialógica como possibilitadora do encontro pessoa–pessoa é também o ponto de partida (AGUIAR, 2005). Todavia, para que a fecundidade do encontro psicoterápico se mantenha preservada, é essencial que a criança seja olhada como um ser que está sendo, na peculiaridade do seu existir. Portanto, considera-se preponderante uma postura de despojamento por parte do psicoterapeuta, que busque encontrá-la na sua “existencialidade temporal, espacial, corpórea e afetiva” (MELO, 2018, p. 101). Isso implica em abrir mão de uma atitude diretiva que imponha sobre a criança uma forma preestabelecida de agir. Com essa postura, busca-se facilitar sua abertura para que ela se mostre em seu modo singular de ser criança (AGUIAR, 2005). Para tanto, assim como descrito anteriormente, muito além do saber teórico, a proximidade e a confiança apresentam-se como as condições necessárias para a prática clínica infantil (CYTRYNOWICZ, 2018; MELO, 2018).

A importância da proximidade e da confiança para que o processo psicoterápico infantil seja fecundo, capaz de favorecer o crescimento da criança, é observada através do atendimento de uma menina de dez anos. No início do processo psicoterápico, esta morava com a mãe e mais três irmãos, sendo os dois mais velhos, filhos de outro pai, e o irmão caçula, filho do mesmo pai. Seu pai não morava com a família, pois ele e a mãe da criança estavam separados. Contudo, ele mostra-se presente na vida da filha, responsabilizando-se por levá-la ao colégio todos os dias.

A menina chegou ao atendimento trazida pela mãe que apresentava como principais queixas a desobediência da filha; sua desorganização, e ainda a agressividade que demonstrava diante de suas frustrações, causando muitos conflitos no ambiente familiar. Não apenas a mãe, mas também o pai explicita sua insatisfação em relação ao comportamento da menina, comparando-lhe com os irmãos em diferentes aspectos. Eles ressaltam que a filha não reconhece sua dificuldade e que, diante de suas dificuldades na escola, resiste em fazer o reforço escolar, o qual ela frequenta com muita insistência dos pais e da madrinha. Além disso, a mãe comenta sua preocupação com os vínculos futuros da filha, pois esta demonstra ser pouco afetiva em seus relacionamentos.

Nesse primeiro momento, os relatos dos pais forneceram dados que facilitaram a aproximação com a trama de relações familiares, ou seja, com o campo existencial em que ela se encontrava. Além disso, esse contato foi essencial para compreender um pouco mais sobre as razões que acarretaram na busca da terapia para a criança. Esse pequeno panorama da dinâmica familiar, foi se ampliando ao longo do processo psicoterápico. Segundo Cytrynowicz (2018), esse contato com os pais é o passo inicial para o acompanhamento infantil. A autora enfatiza que “[...] é fundamental ouvi-los, compreender e aceitar as suas dificuldades e as suas virtudes, sem menosprezar a sua importância na queixa”. Portanto, as considerações dos pais foram acolhidas.

Todavia, quando encontro com a paciente pela primeira vez, deparei-me com uma pessoa diferente daquela agressiva e desobediente que esperava encontrar. Esta já me contava sobre suas amigas e sobre o que gostava de fazer em família, mostrando-se aberta ao vínculo. Observo ainda a ausência de resistência em seguir as regras das brincadeiras e a naturalidade com que me ajuda na organização da sala ao final do atendimento. Desse modo, comecei a me questionar quanto à imagem que havia construído sobre ela a partir dos relatos anteriores. Pude perceber com isso, que seria importante uma maior

proximidade com a criança para que aos poucos pudesse conhecê-la naquilo que somente ela poderia me mostrar de si mesma. Esse é o sentido que Cytrynowicz (2018) defende ao dizer que, no processo psicoterapêutico com crianças,

Podemos melhor conhecê-las a partir delas mesmas, do que dizem ou não de si mesmas, e nos aproximar para perceber diretamente como elas reagem, as suas dificuldades e as dificuldades apontadas pelos adultos, sem confrontá-las com o já sabido. Procuramos perceber o que aparece espontaneamente em seu mundo e o que permanece mais encoberto, as suas limitações, do que e de quem mais gostam, do que não gostam ou se não gostam de alguém (CYTRYNOWICZ, 2018, p. 211)

Aprender a singularidade da paciente tornava-se o foco do atendimento e isso seria possível na nossa inter-relação ao longo das sessões. Para isso, desde o primeiro dia, procurei facilitar a relação entre nós, primando pela criação de um clima em que o acolhimento, o respeito e a liberdade se fizessem presentes. Para tanto, foi importante que eu me colocasse a sua disposição, abrindo mão da diretividade de suas ações, tão comuns nas relações a sua volta. Informe-i que poderíamos conversar ou brincar, conforme fosse sua vontade. Assim, sem que eu a direcionasse, ela demonstrava sentir-se livre para se aproximar de mim, de modo que a cada encontro foi-se construindo uma relação entre nós.

Livre para fazer o que quisesse, a paciente escolhia, predominantemente, brincar durante as sessões. Neste ponto, é de suma importância esclarecer a relevância da brincadeira na psicoterapia infantil, visto que através dela a criança “preserva sempre a liberdade e o vigor do poder ser de modo próprio na relação significativa com o mundo” (CYTRYNOWICZ, 2018, p. 118). Assim, enquanto brincávamos, eu apreendia aos poucos o modo como a menina se relacionava com o mundo. Nas brincadeiras ela expressava seus conflitos familiares e sua impaciência com atividades escolares que exigiam mais raciocínio. Ficava clara sua maior satisfação por atividades manuais em que ela podia expressar suas habilidades criativas, que me pareciam ser pouco valorizadas pelos pais no ambiente familiar. Diferentemente, eles traziam o envolvimento da filha com atividades manuais como algo supérfluo no qual ela desperdiçava um tempo que poderia ser investido em atividades intelectuais, nas quais ela não demonstrava interesse.

Em seu livro *A Criança e a Infância*, Cytrynowicz (2018) descreve com detalhes a importância do brincar no processo psicoterapêutico infantil. Compartilhando da mesma visão da autora, Melo (2018, p. 99) afirma que “o brincar é um acontecimento livre e natural, facilitador da confiança e da intimidade”. Em minha relação com a paciente, percebia que o brincar estava favorecendo nossa proximidade. A mãe, inclusive, havia me relatado que a filha gostava muito de ir à terapia. Contudo, apesar dessa proximidade, eu observava que a criança não falava muito de si durante os atendimentos, respondendo-me, superficialmente, algumas perguntas que eu lhe fazia sobre seu dia-a-dia. Logo se envolvia, novamente, com as brincadeiras.

Apesar do vínculo formado, já passado um ano que estava acompanhando o caso, certo dia encontro a paciente emburrada na sala de espera, antes de iniciar a sessão. Fico com a sensação de que algo diferente estava acontecendo, pois era a primeira vez que a via daquele modo. Pergunto o motivo de estar assim, mas ela nem sequer olha nos meus olhos. O pai, que a acompanhava, responde que a filha “cismou que não quer continuar a terapia”. Ele lhe pede para conversar comigo, ela retruca dizendo que não vai falar. Depois de algum tempo ela me diz que não quer continuar a terapia. Faço o convite para que ela e o pai me acompanhem até uma sala para conversarmos, mas ela se recusa a entrar e diz, em tom ríspido, para o pai conversar comigo, pois não quer conversar. Nesse momento, presencio o que a mãe me descrevia sobre a reação hostil da filha diante de algo que lhe contrariava. Entretanto, diferente de como era costume acontecer em seu contexto familiar, eu não poderia tomar sua atitude apenas como uma “pirraça”, que poderia ser ignorada. Mas também reconheci que não seria viável forçar uma conversa com a criança. Ir contra a sua decisão apenas agravaria a situação.

Aguardei um pouco apesar de saber que era necessária uma aproximação, pois ela estava muito incomodada com a situação. Com serenidade, percebendo o quão difícil estava o momento, volto até ela, ainda na sala de espera, e lhe questiono o que a fez tomar tal decisão. Ela me responde que “está perdendo tempo, pois toda semana está indo brincar e que não está adiantando”. Digo-lhe que respeito sua decisão de não continuar, mas que gostaria de atendê-la pela última vez, pois gostaria de compreender o que realmente estava acontecendo. A paciente nega mais uma vez. Diz que não vai. Como ela mostrava-se muito resistente em conversar comigo, tal aproximação exigiu de mim uma “disposição verdadeira, atenciosa e afetiva” naquele momento, atitude indispensável para

o processo terapêutico infantil (CYTRYNOWICZ, 2018, p. 159). Eu então lhe digo que será a última vez que vamos nos ver e que precisamos nos despedir. Chamo-lhe para a sala para essa despedida. Ela aceita e entra comigo na sala. Assenta-se cabisbaixa.

Eu novamente lhe atesto que respeito sua decisão de não continuar, porém ressalto que sentirei sua falta. Percebo que minha fala contribui para um movimento de abertura da paciente, que me corresponde dizendo que também sentirá minha falta. Percebendo-a mais aberta na relação, pergunto-lhe o que quis dizer quando menciona sua percepção de que a terapia não está adiantando. Ela começa dizendo que quando começou a terapia foi por vontade de sua mãe, mas ressalta que quis continuar, porque me achou legal. Não obstante seu gosto de frequentar a terapia, a criança me relatava com suas palavras que via não estar adiantando. Pergunto como ela vê isso. Ela responde que só brinca e que fica evitando falar dos seus sentimentos.

Certamente, ali a menina não compreendia a importância de todo aquele tempo que passamos brincando juntas. Em um clima de aceitação, em que ela encontrava condições de exercer sua autonomia, escolhendo e conduzindo as brincadeiras, consolidava-se entre nós uma relação de proximidade e confiança, que lhe tornaria capaz de falar do que ela até então se esquivava: seus sentimentos. Quanto a isso, Cytrynowicz (2018) elucida que, uma vez que percebe no psicoterapeuta “apoio e respaldo ante os seus temores e inseguranças” (p.262), ela compartilha do seu cuidado. O estabelecimento de tal relação contribuía, por sua vez, para o surgimento de um novo movimento por parte da criança, revelando-me algo até então oculto.

Diante da revelação que a criança me fazia, contando-me que evitava falar dos seus sentimentos, fui conduzida por uma curiosidade genuína, que me fez indagar-lhe o que a levava ter tal atitude. Ela me conta chorando, intensamente, que tem medo. Nesse momento, ela se abria para ser tocada por sua emoção. Conforme explica Critelli, esse movimento é importante para que o eu se revele de modo particular, trazendo à tona a consciência de sua singularidade (CRITELLI, 1996). No caso explicitado, aquela criança, que dificilmente expressava em palavras algo sobre si durante a terapia, entrava em contato com algo muito pessoal, manifestando em minha presença. Eu reconhecia o profundo cuidado que deveria ter com o que ela estava vivenciando. Contudo, era importante buscar compreender aquele sentimento. Essa compreensão do sentimento, segundo Cytrynowicz (2018, p. 263), é “fundamental para a compreensão da criança e do seu mundo”.

Por isso, enquanto a paciente ainda estava chorando, indaguei-lhe qual seria o motivo do seu medo de falar do que sente. Ela me explicou então que tem medo de que as outras pessoas fiquem sabendo, pois tem medo de que falem mal dela. Esse era o seu drama, que não me havia sido relatado pelos pais, o que evidencia que a queixa destes é diferente da demanda da criança, tal como aponta Cytrynowicz (2018). Assim, eu compreendia que, por trás do seu comportamento hostil, tão questionado pelos adultos, apresentava-se um sentimento que ela não se permitia mostrar.

Além de identificar a demanda presente, observava ainda que a menina estava vivendo o que me relatava temer. Todavia, tinha a oportunidade de vivenciar o motivo de seu temor em uma relação em que não era criticada pelo sentimento que expressava. Pelo contrário, ao ouvi-la sem julgá-la, eu a testemunhava no seu medo de se mostrar, ao mesmo tempo que ela se mostrava. De acordo com Aguiar (2005):

Na situação terapêutica, o que vamos observar é que a maioria das crianças suprimiram uma grande parte de seus sentimentos na medida em que não puderam ser confirmadas por sua família e uma das tarefas da psicoterapia é exatamente a de possibilitar a identificação, aceitação e expressão de tais sentimentos. (AGUIAR, 2005, p. 100)

Assim, a partir do acolhimento, do cuidado com seus sentimentos e reações, sem julgamento, diferentemente do que vivia no ambiente familiar, a menina se permitiu demonstrar sua fragilidade, suas dúvidas e medos e com isso pôde se aproximar um pouco mais de si, permitindo-se ser. Para Cytrynowicz (2018), a descoberta tanto das dificuldades quanto das possibilidades, proporcionada por uma nova relação, favorece o movimento de crescimento, pois a criança pode agir mais conforme si mesma. Esse movimento de crescimento implica em uma tomada de posição responsável, como já explicitado anteriormente. Tal posicionamento já é observado logo em seguida, quando a paciente declara que quer continuar a terapia, diferentemente do que havia dito antes.

Nesse momento, a criança demonstra ter se vinculado ao processo terapêutico, a partir de sua própria vontade, já não mais por influência da mãe ou de outra pessoa. Esse é um dos aspectos almejados na psicoterapia, uma vez que, conforme Melo (2018, p. 100) esclarece, “espera-se que o paciente possa

reaproximar-se de si mesmo sentindo-se livre e responsável pela construção da sua história”. Ao tomar sua decisão com base em si mesma, a criança mudava aquilo que seria uma despedida em um novo começo. Dessa forma, refizemos o contrato terapêutico. Peço a ela para eu segurar suas mãos, ao que pergunto se confia em mim. Ela me responde que sim. Confirmando a paciente no que ela demonstra sentir, esclarecendo-lhe que não direi a ninguém o que me relatou, nem falarei mal dela. Esclareço que o que converso com seus pais é na intenção de ajudá-los a se compreenderem para melhor compreendê-la. Assim, num momento de maior proximidade, a paciente pede pela primeira vez na terapia, para me dar um abraço.

Através do seu gesto, aquela criança descrita pela mãe como pouco afetiva demonstrava uma forma de se relacionar mais afetuosa. A partir disso, compreende-se o que Aguiar (2005) afirma ao escrever que a relação terapêutica de caráter dialógico é “uma alternativa para a reconstrução e/ou reconfiguração dos padrões de relação da criança com o mundo” (p. 54). Naquele abraço, a paciente já me dava sinais de uma reconfiguração do seu modo de se colocar no mundo. Tal reconfiguração também é notada fora do ambiente terapêutico. Em conversa com a mãe, ela me descreve uma discussão com a filha a respeito de uma reclamação do colégio em função do seu rendimento acadêmico, na qual esta aponta: “Você não entende que está difícil?”. Ela apresenta, então, uma nova postura, colocando um limite na cobrança que a mãe lhe faz, além de assumir, para ela e para si mesma, a dificuldade que possui. Tendo reconhecido e expressado sua limitação, a menina aceita retomar o acompanhamento escolar sem a resistência que apresentava desde quando iniciamos o processo terapêutico, explicitando uma tomada de posição pessoal. Esses aspectos reforçam, por sua vez, o desencadeamento do movimento de crescimento da criança que exerce sua capacidade responsiva nas situações que vivencia no seu cotidiano.

Contudo, ainda que esse movimento de crescimento tenha sido propiciado pela relação terapêutica, foi fundamental o trabalho de orientação dos pais ao longo desse processo. No decorrer da terapia, abordei junto a eles a ineficácia das comparações feitas entre a filha e os irmãos, além apontá-los a relevância de lhe ajudarem a exercer sua autonomia, ao invés de reprimi-la. Todos esses pontos foram importantes de ser trabalhados com os pais a fim de que a criança pudesse encontrar um contexto favorável para que as reconfigurações estabelecidas no processo psicoterápico pudessem ser fortalecidas na sua rotina familiar.

Desse modo, o delineamento deste caso deixa claro que influenciar seu comportamento para que deixasse de ser o que é, na intenção de conformá-la em moldes idealizados de ser criança, não era o meu papel como psicoterapeuta. Ao contrário, o que de fato se fazia importante era buscar, através de uma disponibilidade afetiva, propiciar a ela uma relação de proximidade e confiança, capaz de ajudá-la a reconhecer a si mesma. Tendo a possibilidade de ser testemunhada em suas limitações e possibilidades, ela pode, por conseguinte, agir de modo menos alienado às comparações e expectativas dos adultos e mais condizente com sua singularidade. Dessa forma, a paciente atualizava seu potencial, abrindo-se para novos posicionamentos.

CONCLUSÃO

A psicoterapia infantil fundamentada nos princípios da abordagem fenomenológico-existencial apresenta-se como uma importante prática clínica, capaz de contribuir no contexto presente onde os índices de adoecimento infantil têm aparecido de modo mais frequente na clínica psicológica. Ao apostar na relação dialógica, esta psicoterapia valoriza o estabelecimento de uma relação de proximidade e confiança entre psicoterapeuta e criança. Isso envolve, sobretudo, uma postura de disponibilidade por parte do profissional que abre mão do seu saber de adulto e que vai ao encontro da criança no lugar onde ela se encontra. Considerada em sua capacidade e possibilidade de crescimento, mesmo sendo uma pessoa recém-chegada ao mundo, ela encontra condições de expressar-se genuinamente.

Na psicoterapia fenomenológico-existencial, essa expressão se dá através do brincar e da fala. Ambos os caminhos facilitam a manifestação de uma expressão genuína que viabiliza, por sua vez, o encontro psicoterápico, caracterizado pela relação Eu-Tu. Nessa relação de proximidade, estando diante de outra pessoa que a testemunhe no que mostra de si, emerge o reconhecimento pessoal que impulsiona a criança no seu crescimento. Ela pode então se colocar no mundo de modo mais autêntico.

No exemplo exposto, é possível observar o quanto o estabelecimento do vínculo de proximidade foi importante para que a criança pudesse entrar em contato consigo mesma e, assim, expressar-se durante a terapia. No espaço do atendimento, eu estava disponível para lhe acompanhar no modo como ela decidisse direcionar a sessão. Diferentemente de como era costume acontecer em outros contextos da sua vida, a menina exercita sua autonomia sem ser questio-

nada na pertinência do quê e como estava escolhendo fazer, enquanto brincávamos. Essa disponibilidade lhe ajudou a se fortalecer, além de ter contribuído para a criação de um clima de confiança, o que lhe permitiu comunicar seu medo de falar sobre seus sentimentos para alguém que não os desqualificaria. Fazia-se importante que, na relação psicoterápica, a paciente fosse testemunhada e, portanto, confirmada, naquilo que expressava de muito importante da sua intimidade e que até então estava velado. Sendo assim, na relação que se configurava de um modo distinto daquelas do seu dia a dia familiar, marcadas por cobranças, julgamentos e classificações, a criança podia ser na sua singularidade.

O respeito, a escuta e o testemunho do que fala de si durante a terapia contribuem para que a paciente entre em contato com a sua capacidade de expressar suas dificuldades. Assim, a partir do reconhecimento pessoal que emerge dessa relação, ela assume um posicionamento menos alienado. Esse posicionamento é identificado em vários aspectos, como na sua decisão de continuar a terapia; na sua abertura afetiva, demonstrada ao pedir um abraço; no comentário que faz à mãe em relação ao que é difícil para ela no que tange às atividades escolares e também na sua postura de continuar o reforço escolar.

Todos esses aspectos sinalizam um movimento de crescimento, o que evidencia a potencialidade dessa experiência de encontro vivida na relação terapêutica e que fundamenta a psicoterapia infantil fenomenológico-existencial. Esta mostra-se como um terreno fértil para que a criança se coloque no mundo de modo mais saudável, reconhecendo suas competências e seus limites, deixando aparecer aquilo que lhe é próprio e único, exercitando sua capacidade responsiva.

Tendo em vista a influência das relações neste processo, é fundamental ainda enfatizar o necessário trabalho com a família no atendimento infantil. Embora seja desafiante, é importante que ela também tenha a oportunidade de ressignificar alguns conceitos cristalizados do que é ser criança e do que é educação, bem como de ampliar seu entendimento sobre o impacto de uma postura autoritária e tecnicista em relação à criança.

Por seguir na contramão do modo de se relacionar no contexto contemporâneo, centrado em relações objetificantes, a conversão da teoria para a prática psicoterápica fenomenológico-existencial é também outro desafio. No trabalho com crianças, este desafio apresenta-se de modo especial, visto que tem sido cada vez mais comum considerá-las como seres inferiores que precisam ser direcionadas para um padrão de comportamento idealizado. Entretanto, vale

a pena lançar-se nesse desafio, a fim de fortalecer tal proposta que aposta na valorização de um modo de se relacionar com a criança compreendendo-a como alguém que já é gente.

O que se seguirá é mistério. Não está ao nosso alcance prever e controlar o modo como ela direcionará sua existência. Mas cabe a quem estiver por perto confiar que esta pode responder ao que vive, levando a cabo o seu crescimento. Assim, contribui-se para que a criança seja de modo mais saudável, enquanto se insere no mundo com a novidade que sua vida contém.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ARENDT, H. **A condição humana**. 12. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014.

ANDRADE, C. C. O encontro como fator de cura. In: XVIII ENCONTRO GOIANO DA ABORDAGEM GESTÁLTICA E VII ENCONTRO DE FENOMENOLOGIA DO CENTRO-OESTE, 80, 2012, Goiânia. **Anais**. Goiânia: Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt-Terapia de Goiânia - ITGT, 2002. 81 p. ISBN: 978-85-65735-00-1. Disponível em: <http://itgt.com.br/wp-content/uploads/2012/06/Anais-do-Encontro-Goiano-2012.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2019.

BUBER, M. **Do diálogo e do dialógico**. São Paulo: Perspectiva, 1982.

_____. **Eu e tu**. 2. ed. São Paulo: Editora Moraes, 1974.

CARDOSO, C. L. Apontamentos sobre a fenomenologia aplicada à psicoterapia. In: GIOVANETTI, J. P. (Org.). **Fenomenologia e Psicoterapia**, Belo Horizonte: FEAD, 2014. p. 35-52.

_____. A face existencial da Gestalt-terapia. In: FRAZÃO, L. M. e FUKUMITSU, K. O. (Org.) **Gestalt-terapia: Fundamentos Epistemológicos e Influências Teóricas**. São Paulo: Summus, 2013. p. 59-75.

CRITELLI, D. M. **Analítica do sentido**. São Paulo: Educ/Editora Brasiliense, 1996.

CYTRYNOWICZ, Maria Beatriz. **Criança e Infância: Fundamentos Existenciais**. São Paulo: CHIADO, 2018.

FRAZÃO, L. M. *et al.* Temporalidade; aqui e agora. In: **Gestalt-terapia: Conceitos fundamentais**. 2. ed. São Paulo: Summus Editorial, 2014. p. 131–146.

HEIDEGGER, M. **Ser e Tempo**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2006.

HYCNER, R. **De Pessoa a Pessoa: psicoterapia dialógica**. São Paulo: Summus, 1995.

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

LUCZINSKI, G. F.; ANCONA-LOPEZ, M. A psicologia fenomenológica e a filosofia de Buber: o encontro na clínica. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas, v. 27, n. 1, p. 75–82, mar. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2010000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 5 mar. 2019.

MAHFOUD, M. Responsabilidade e esperança. La dimensione dela responsabilità nella motivazione dell' operatore e nella libertà del soggetto. In: ATTI DEL 3° CONVEGNO OPERATORI PSICOSOCIALI. Milano: **Associazione Medicina & Persona**, p. 73–85, 2010. Disponível em: http://www.academia.edu/19222896/La_dimensioe_della_responsabilit%C3%A0_nella_motivazione_dell_operatore_e_nella_libert%C3%A0_del_soggetto. Acesso em: 12 mar. 2019.

MAHFOUD, M. **Experiência Elementar em Psicologia: aprendendo a reconhecer**. Brasília: Universa; Belo Horizonte: ArteSã, 2012.

MARTINS, J. S. A existência intersubjetiva em Martin Buber. **Argumentos**,

UNISINOS, Ano 2, n. 4, p. 1-10, 2010. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/argumentos/article/download/18969/29688>. Acesso em: 5 mar. 2019.

MELO, T. F. C. C. Um olhar fenomenológico sobre o processo psicoterapêutico da criança. In: GIOVANETTI, J. P. (Org.). **Fenomenologia e psicologia clínica**. Belo Horizonte: Artesã, 2018, p. 73–113.

A AUTOLESÃO EM ADOLESCENTES: REFLEXÕES SOBRE A DEFLEXÃO E O CONTEXTO CONTEMPORÂNEO

CAPÍTULO 7

*Sarah Paes Rodrigues
Telma Fulgêncio Colares da Cunha Melo*

Este trabalho versa sobre aspectos relacionados ao comportamento autolesivo não-suicidário em adolescentes na contemporaneidade na visão da Gestalt-terapia. Desenvolve-se a partir de observações clínicas da experiência de atuação em um Ambulatório Infanto-juvenil de Saúde Mental pertencente à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de um município da Região Metropolitana de Belo Horizonte durante em um período de dois anos.

Todo o processo de trabalho nesse cenário foi orientado pela Gestalt-terapia, uma terapia existencial-fenomenológica e dialógica que concebe o homem como um vir-a-ser no mundo com os outros, sendo ele responsável pelo seu existir. Busca junto ao cliente a ampliação da consciência nas suas possibilidades de ser com o mundo. O cliente é reconhecido e respeitado em seus limites da existência e nas consequências do existir. Por isso, não há um foco na cura ou desaparecimento do sintoma/problema (ALMEIDA, 2010; FEIJOO, 2004).

Em dois anos de atuação no ambulatório, a autolesão deliberada destacou-se como um dos principais motivos de encaminhamentos de adolescentes. Esse sintoma é definido por Gratz (2001) como a destruição ou alteração deliberada do tecido corporal, causando dano (escarificação), mas sem intenção consciente de suicídio. São padrões relacionados ao comportamento autolesivo manifestar-se epidemicamente em instituições e tornar-se uma forma de vício, refletindo-se também em grupos não clínicos, como escolas (GRATZ, 2001; WHITLOCK et al., 2006).

No município considerado neste relato de experiência, a incidência do comportamento autolesivo em adolescentes tem deixado em alerta escolas

e serviços de saúde mental. Boa parte dos indivíduos atendidos não vincula a autolesão à ideia de autoextermínio e relata ter iniciado a prática a partir de exemplos que viram na internet ou de comportamento semelhante de amigos, os quais vinculavam a execução das lesões a um alívio de emoções desagradáveis diversas (ansiedade, tristeza, angústia, raiva). A prática, então realizada, traz de fato o alívio almejado e é então repetida sempre que o indivíduo é novamente tomado por alguma emoção que deseja parar de sentir.

Embora as formas de instalação desse sintoma sejam individuais, se destacou no cenário considerado neste estudo um grupo de adolescentes no qual o surgimento do comportamento autolesivo parece refletir os impactos do mundo contemporâneo. Durante os atendimentos, esses jovens demonstram uma forma de se relacionar e de contatar o mundo marcado por desconhecimento de si, com pouca reflexão sobre suas vivências e sobre as motivações por trás de suas ações. Essas manifestações são coerentes com um tipo de bloqueio de contato chamado por alguns autores em Gestalt-terapia de deflexão.

Tenta-se, assim, compreender esses adolescentes e a sua motivação para a busca da automutilação como saída e reflete-se sobre a inserção do sintoma nesse momento na nossa cultura contemporânea com grande incidência. Não é objetivo deste trabalho oferecer causas ou respostas, e sim ampliar a discussão sobre a questão. Para isso, abordam-se as concepções de adolescência, em especial na contemporaneidade, e discute-se de que forma a autolesão se tornaria um ajustamento criativo possível para adolescentes que estariam defletindo o contato.

CONCEPÇÕES SOBRE A ADOLESCÊNCIA

A concepção clássica da adolescência, difundida pela maioria dos estudiosos do desenvolvimento, é a de uma fase de mudanças físicas, cognitivas e sociais, um período de incompletude, imaturidade e crises que se encaminha para a construção da subjetividade e do indivíduo adulto. As características são naturais: rebeldia, desenvolvimento do corpo, instabilidade emocional, tendência à oposição, crescimento, desenvolvimento do raciocínio lógico, busca da identidade, busca de independência (FROTA, 2007; BOCK, 2007).

Essas perspectivas, entretanto, alienam a participação da cultura na conformação de visões e experiências, subestimando as raízes históricas do período. Além disso, postulam características supostamente universais baseadas, na realidade, nas condições de adolescentes oriundos das classes médias e altas da sociedade. Impõem um modelo que leva a considerar como anormais formas de ser que decorrem apenas de diferentes inserções na so-

cidade. As práticas fundamentadas nessa visão são remediativas, curativas e terapêuticas, visando readaptar o jovem cada vez que ele se desvia do previsto (BARONCELLI, 2012; BOCK, 2007).

Com relação ao trabalho do psicólogo na saúde pública, a concepção clássica de adolescência da Psicologia vai na contramão das práticas valorizadas nos serviços brasileiros, o que dificulta a discussão multiprofissional. É cada vez mais apregoada a necessidade de intervenções que saiam do âmbito individual, impactando um maior número de usuários e levando em conta a realidade local. A leitura da influência do ambiente e do coletivo pode propiciar novas formas do fazer profissional como interventor local.

Considerar a adolescência como uma fase com características previsíveis e universais, de desequilíbrios e instabilidades decorrentes naturalmente do desenvolvimento fisiológico e sexual, inibe possibilidades de novas compreensões e intervenções que acompanhem as constantes alterações dos contextos nos quais os adolescentes se inserem. Nesse sentido o Gestalt-terapeuta permite uma leitura aberta às infinitas possibilidades do ser adolescente nos mais diversos contextos.

A Gestalt-terapia, enquanto psicoterapia fenomenológico-existencial, abandona as certezas e busca a compreensão do ser que se apresenta. Buscar conhecê-lo é investigar suas possibilidades de existir no mundo. Entende o homem como abertura e movimento, aberto para as possibilidades de realizar-se enquanto ser-no-mundo. O movimento próprio do existir humano é de criação do mundo e de si mesmo, revelando continuamente novas possibilidades. (MELO, 2018).

Quando se percebe o indivíduo como um ser livre e de possibilidades, as determinações são abandonadas e permite-se, assim, a busca e construção de formas de ser mais autênticas e funcionais. Enquanto consideramos comportamentos esperados e metas, estimulamos o indivíduo a investir em padrões impostos que ele pode não ser capaz de alcançar, enquanto outras possibilidades nas quais pode se desenvolver e que façam mais sentido pessoal são desconsideradas e inibidas.

Na perspectiva fenomenológica o desenvolvimento humano acontece a cada dia, na co-vivência com o outro, e só termina com a morte. Pensa a singularidade do indivíduo em seu momento de vida, considerando também seu contexto e a forma como se apresenta no mundo, contrariando a perspectiva naturalista que subestima a influência do meio. A relação com o outro é crucial

para o crescimento, e quando marcada por respeito e cuidado afetivo favorece o crescimento saudável (MELO, 2018).

Baroncelli (2012) entende a adolescência como um fenômeno individual, mas que mantém certa regularidade com relação às transformações no espaço de vida decorrentes da ampliação dos recursos cognitivos, sociais, físicos e de linguagem. Ressalta-se que o ambiente é considerado não como presença objetiva, mas tal como a pessoa o experimenta. O indivíduo nessa fase tentará então equilibrar-se entre as possibilidades presentes no contexto, e os ajustamentos criativos podem configurar-se em respostas fluidas e espontâneas às necessidades ou em um modo rígido e pouco respondente às mudanças (BARONCELLI, 2012).

Para entendermos como a autolesão se torna um sintoma importante na contemporaneidade, é necessário compreender a forma de ser adolescente favorecida pelo contexto atual. O adolescente contemporâneo é caracterizado como inquieto, imediatista, individualista, superexposto, com interesses efêmeros e sujeitos a modismos; que se comunica à distância, mas de maneira empobrecida. (CARVALHO; LIMA, 2017; DIAS; LIMA, 2018).

Exigências quanto ao desempenho e eficácia se manifestam cada vez mais cedo, enquanto a maturidade e a liberdade tornam-se valores primordiais. Esses valores recaem sobre o adolescente através da necessidade de fazer muitas escolhas para as quais ele não tem maturidade suficiente, promovendo desamparo, incerteza e conflito. Há ambiguidade de sentimentos, uma vez que com a independência vem a desejada libertação, mas também a pressão social e a necessidade de fazer escolhas que podem interferir em toda a vida (DIAS; LIMA, 2018; FITZGERALD, 2005).

A ambiguidade de sentimentos com relação à independência e responsabilidade tem relação também com a atual valorização da adolescência como ideal cultural de uma época feliz, sem preocupações, do ápice do padrão estético. A independência, responsabilidade e estabilidade da vida adulta deixam de ser características ansiadas. Já o desinteresse pela vida adulta advém da provisoriabilidade das relações, da ampliação do tempo para a formação e da passagem comum por um período de desemprego ou trabalho desqualificado antes da inserção na atividade profissional (BARONCELLI, 2012; LE BRETON, 2014).

Na prática clínica no ambulatório estudado observam-se as questões reveladas pela literatura, além de outras. Os adolescentes parecem reconhecer hoje com mais facilidade e clareza quando estão sendo exposto a situações antigamente não valorizadas como promotora de danos, como o *bullying* e outras

formas de abuso, e entendem suas possíveis consequências. Porém, isso nem sempre significa lidar com mais facilidade, uma vez que a busca por apoio junto a responsáveis muitas vezes tem como resposta a desvalorização da questão, revelando um conflito de gerações.

Enquanto os jovens mais privilegiados sofrem com a pressão do desempenho acadêmico e do ingresso na universidade, muitos outros nem têm esse tipo de expectativa no seu horizonte de possibilidades. Assim, há uma urgência mais prematura em se inserir no mundo do trabalho e se tornar um provedor, além da percepção de falta de sentido para os estudos.

Por fim, o público atendido revela que a relação com as mídias sociais toca em várias questões: os jovens tornam-se superexpostos, compartilhando cada momento de suas vidas em redes sociais. Em decorrência disso, também se sujeitam a críticas e opiniões mais severas, uma vez que *online* muitas pessoas dizem o que não diriam cara-a-cara. Com relação ao conteúdo consumido, percebe-se que muitos adolescentes desenvolvem uma percepção ilusória da felicidade alheia ao crer que o conteúdo das mídias sociais de amigos e ídolos, recheado de momentos felizes e interessantes, representa toda a vida daquelas pessoas.

As mídias sociais também influenciam o comportamento e tornam-se um meio preferido de busca de respostas para as dificuldades. Embora existam boas alternativas de ajuda, as respostas rápidas, que tendem a ser também ineficientes e danosas, acabam tornando-se mais populares. Em meio a isso, a autolesão é divulgada e reafirmada como meio de eliminação de incômodos emocionais. Essas práticas, compartilhadas *online*, tornam-se também uma forma de identificação com outros adolescentes e uma oportunidade de acolhimento, permitindo que adquiram um caráter epidêmico.

Essa aproximação com as questões da adolescência não pretende excluir a singularidade. Entretanto, quando em nossa cultura se define simbolicamente a adolescência com uma fase e os adolescentes se destacam com um grupo social, é inevitável que surjam especificidades. Embora a experiência seja única, ela ocorre em um contexto que inclui noções e expectativas que a perpassam. Conhecer essas questões nos aproxima do lugar do adolescente e da forma como ele é capaz de ver o mundo.

O CONTATO E OS BLOQUEIOS DE CONTATO EM GESTALT-TERAPIA

Para a Gestalt-terapia o organismo satisfaz suas necessidades e interage com o meio, mantendo seu equilíbrio sob condições diversas, através do processo homeostático. Esse processo é constante, uma vez que a todo o momento

uma nova necessidade perturba o equilíbrio e várias necessidades podem se instaurar concomitantemente. Chama-se figura a necessidade emergente a fim de ser satisfeita, e de fundo todas as outras vivências que cedem lugar para a configuração da mesma naquele momento. A satisfação das necessidades é obtida pelo contato ou fuga do meio, a depender da demanda (KIYAN, 2001).

O contato acontece na fronteira organismo/ambiente e é a forma pela qual o organismo cresce. O self é o sistema de contatos que permite o ajustamento criativo no campo. Não se trata de uma instituição fixada, de forma que existe apenas quando há uma interação de fronteira e onde quer que ela ocorra. É ele que vai integrar conscientemente funções perceptivas e motoras, além das necessidades, e orientar, agredir, manipular e sentir emocionalmente a adequação entre ambiente e organismo (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997).

Diversos autores propõem diferentes configurações de ciclos de contato, modelos que visam explicar como as pessoas fazem contato, com diferentes números de fases.

Zinker fala do ciclo de consciência-excitação-contato, distinguindo sete fases: sensação, consciência, mobilização de energia, excitação, ação, contato e retraimento, e Ribeiro refere-se ao ciclo de contato da saúde com nove fases: fluidez, sensação, consciência, mobilização, ação, interação, contato final, satisfação e retirada. Clarkson descreve o ciclo de formação e destruição da Gestalt com sete fases: sensação, *awareness*, mobilização, ação, contato final, satisfação e retirada (RIBEIRO, 2006, p. 88).

Quando surge uma necessidade no organismo, é disparado um ciclo de contato em busca da satisfação da mesma. Entretanto, nem sempre temos as necessidades atendidas, o que leva a um bloqueio em alguma fase desse ciclo. Nos mecanismos de bloqueio o sistema de contato encontra-se prejudicado, impedindo o fluir para um contato pleno. A energia mobilizada para a completude do ciclo fica retida até nova oportunidade disso se realizar, e pode ser empregada em comportamentos que funcionaram em situações semelhantes do passado, mas que são insatisfatórias na situação presente. (RODRIGUES, 2002, RIBEIRO, 2006).

As resistências (ou bloqueios) são úteis quando beneficiam o organismo, mas problemáticas quando interrompem ciclos que caminham na direção de uma satisfação favorável. Ribeiro (2006) estipula um modelo de ciclo de contato

com nove fases, e com base neles estabelece nove bloqueios: fixação, dessensibilização, deflexão, introjeção, projeção, retroflexão, egotismo e confluência (RODRIGUES, 2002; RIBEIRO, 2006).

Com relação às disfunções de contato, a autolesão tem sido relacionada na literatura com a retroflexão. Na retroflexão o indivíduo volta para si o que gostaria de fazer a outra pessoa, ou faz a si o que gostaria que outra pessoa fizesse a ele. Abandonam-se as tentativas de influenciar o ambiente, e cria-se internamente tensão e desgaste, uma vez que o fechamento em si não se transforma na ação requerida. Os indivíduos que retrofletem seriam exigentes e duros consigo mesmos e teriam dificuldade de lidar com “sentimentos negativos”, em especial raiva e medo, também tristeza. Terminam por ter pouca energia, problemas na percepção corporal e distúrbios psicossomáticos (POLSTER; POLSTER, 2001; PINTO, 2015).

Para Bernardes (2015) a autolesão seria uma maneira de lidar com a raiva dirigida ao mundo, de forma que o indivíduo, devido ao medo de aniquilar ou ser aniquilado, direciona a ação que seria voltada para o mundo para si. Fukumitsu (2017) inclui a autolesão entre o que chama de comportamentos autodestrutivos, que relaciona com ajustamentos retroflexivos. Ilustra sua percepção com um caso em que identificou uma interrupção na fase entre a sensação e a ação, e indica como sentimentos que originam o comportamento o ódio, o rancor e o desprezo.

Sem questionar as observações e produções que relacionam a autolesão com a retroflexão, este trabalho busca ampliar as possibilidades de abordagem do tema em Gestalt-terapia. Apoiar-se em uma perspectiva do ciclo de contato que o considera como um modelo teórico que auxilia na compreensão e no acompanhamento dos processos do cliente. Entende-se que, na prática, o fluxo do contato não ocorre de forma sempre linear e progressiva, e que os bloqueios não são os mesmos em todos os contatos que o indivíduo estabelece, ainda que haja alguma preponderância. Em um mesmo processo de contato, ainda, formas diferentes de interrupção podem ocorrer em diferentes momentos.

Com tantas possibilidades de formas como os processos de contato podem ocorrer e de formas de ajustamento possíveis para cada indivíduo, interpretar um sintoma hoje tão comum através do viés de apenas um mecanismo defensivo parece limitado. Na experiência clínica no cenário deste estudo com diversos adolescentes que praticavam a autolesão observaram-se sentidos diversos para o sintoma. Partindo disso, pretende-se discutir o sintoma a partir da experiência de atendimento de um grupo de adolescentes que demonstram

uma forma de se relacionar e de contatar o mundo marcada predominantemente pela deflexão.

A deflexão é o bloqueio da energia do contato que ocorre entre a sensação e a consciência da sensação. Na sensação o indivíduo está atento aos sinais que o corpo manda ou produz, sentindo novos estímulos. Sente impressões vagas, seguidas de uma inquietude que indica a necessidade que deve ser satisfeita para acalmá-la. Na consciência ele começa a dar forma à inquietude e fica de sobre-aviso sobre alguma necessidade emergente. O corpo compreende o conjunto de sinais, que se tornam claros e definidores de uma necessidade, agora nomeável. (MARTÍN, 2013; RODRIGUES, 2002; RIBEIRO, 1997).

Assim, nesse tipo de bloqueio algo é corporalmente sentido, porém não compreendido. O indivíduo tenta se esquivar de um contato direto com o meio para evitar a tensão e a ansiedade provocadas por excitamentos inibidos. Seu investimento de energia no envolvimento com o ambiente é insuficiente ou sem foco, e os momentos de emoções fortes são banalizados. As interações nesses casos tornam-se pouco eficientes, trazendo esgotamento com pouco retorno. A comunicação não atinge o outro da forma intencionada. A deflexão pode manifestar-se através do tédio, do cansaço, da indecisão, do silêncio e da distância. O indivíduo pode, também, apresentar-se loquaz, porém vazio (RODRIGUES, 2002; PERUZZO, 2011; POLSTER; POLSTER, 2001).

Ao defletir, o indivíduo perde o contato com suas necessidades e não consegue identificar no meio soluções para as mesmas. A deflexão tem sua forma saudável quando existem no campo situações que demandem ou provoquem demasiada carga emocional, como em situações de muita tensão e agressividade que precisam ser resfriadas (POLSTER; POLSTER, 2001; SCHILLINGS, 2014).

Os bloqueios não são entendidos aqui como tipologia ou traço de personalidade, o que tenderia ao determinismo e, assim, à limitação da compreensão do indivíduo e das possibilidades de intervenção. Considera-se, entretanto, que há uma tendência à tentativa de reutilização de recursos que foram bem-sucedidos em momentos anteriores da vida, de forma que cristalizações ocorrem. Isso não significa que sejam padrões irreversíveis ou que necessariamente ocorram em todos os momentos da vida e em todos os contatos estabelecidos.

AUTOLESÃO E DEFLEXÃO - OBSERVAÇÕES CLÍNICAS

Nesta seção busca-se abordar como foram observadas no contexto clínico as relações entre a deflexão e a autolesão em adolescentes. Entende-se que o comportamento autolesivo deve ser compreendido de forma holística e indivi-

dual, apresentando tantos sentidos quantos são os indivíduos que o adotam e tendo relação com o contexto em que se inserem. Não se busca, assim, estabelecer relações de causalidade ou oferecer uma explicação única para o fenômeno.

No cenário observado, destacou-se um grupo numeroso de adolescentes que não vinculam a automutilação à ideia de autoextermínio, e que relatam terem iniciado a prática a partir de exemplos que viram na internet ou de comportamento semelhante de amigos que vinculavam a execução das lesões a um alívio de emoções desagradáveis diversas (ansiedade, tristeza, angústia, raiva). De acordo com alguns relatos, inclusive, vários integrantes dos grupos de amigos compartilham da prática como algo habitual. Percebe-se que a autolesão se configura como uma saída “comprada” a partir do exemplo de terceiros para lidar com o incômodo, com a dor.

Ao longo dos atendimentos, sinais de evitação de contato foram observados com frequência nesse grupo. Os questionamentos colocados são comumente respondidos com um “não sei” imediato, sem uma tentativa de reflexão e compreensão de si. A narrativa de suas histórias é de escassa implicação pessoal, e são comuns tentativas de alheamento de questões mais profundas, seja falando demais sobre coisas vagas, tentando saber informações sobre a terapeuta, mexendo no celular, etc.

Esses jovens descrevem uma frequente sensação de vazio, tristeza ou um incômodo que não conseguem definir. Também não conseguem, de imediato, relacionar essas sensações com suas vivências. Embora se angustiem por não entender as origens do desconforto, têm dificuldade em se aprofundar em suas vivências e a considerar as formas como as experienciam como possíveis fontes de conflito. Por vezes sinalizam alguma situação como negativa, mas logo dizem que “não ligam” ou que “acham que não tem a ver”. É comum certa evitação do contato social presencial e a preferência pela manutenção das relações pela via virtual.

Uma adolescente atendida, ao ser questionada sobre os momentos em que se autolesionava, dizia não conseguir identificar que tipo de emoção deflagra o ato. Também não conseguia relacioná-lo com suas vivências atuais ou pregressas. Nas sessões, dava detalhes das vivências que ao mesmo tempo em que excluía do relato sua experiência com o evento. Quando abordava algo que considerava significativo, o fazia de forma breve, diminuindo a sua importância em seguida. Dizia sofrer e pedia constantemente ajuda, mas tinha dificuldade de tolerar as sessões semanais e de incluir outras formas de intervenção. Entendia que a mãe e a avó estavam disponíveis, mas dizia que não eram capazes de entendê-la.

Com o passar dos atendimentos, pôde-se compreender que era uma menina sociável, que circulava com facilidade em diversos grupos e interagia com pessoas de todas as idades. Apesar do amplo círculo social, as relações de amizade não comportavam uma abertura para o compartilhamento de questões pessoais, e de sua parte eram mantidas através do humor. Priorizava a comunicação pela via virtual, mesmo com colegas da escola. Frequentemente se afastava de alguns amigos e se aproximava de novos, não permitindo que houvesse tempo e disponibilidade para um envolvimento mais profundo.

Polster e Polster (2011) destacam formas de interação marcadas pela deflexão que também foram observadas pela profissional: o falar em rodeios, dar exemplos ruins ou nenhum exemplo, usar linguagem estereotipada, exprimir emoções brandas em substituição a emoções intensas e desconsiderar a importância daquilo que acabou de ser dito. Pinto (2015) descreve que possuem dificuldade para a vivência da solidão ou da quietude, tendo excessiva necessidade de atenção e cuidado. Seriam mais atentas a fatos externos do que às próprias vivências, e desvalorizariam a introspecção. Em momentos decisivos das sessões, tenderiam a desviar-se para situações aparentemente inócuas.

Assim, entende-se neste trabalho que em alguns adolescentes que já se utilizam com frequência da deflexão como forma de evitação do contato, a autolesão surge como mais um recurso que se encaixa em seu funcionamento habitual. Esses indivíduos seriam, assim, “presas fáceis” para o sintoma, principalmente quando ele é apresentado como uma forma de resolver o desconforto sem que se lide realmente com ele.

A literatura sobre a autolesão aponta o alívio da tensão emocional e a tentativa de fuga/retirada como funções da prática da autolesão relatadas frequentemente pelos adolescentes. Um estudo realizado no interior de Minas Gerais corrobora os achados internacionais, apontando como principais funções do sintoma o alívio de sensações de vazio ou indiferença e cessação de sentimentos ou sensações ruins (JORGE; QUEIROS; SARAIVA, 2015; FONSECA et al. 2018).

Para Le Breton (2014), a propensão à ação é própria dessa fase e marca a dificuldade de mobilizar recursos de sentido para enfrentar os desafios da vida de outra forma. O recurso ao corpo é uma tentativa de escape da impotência, da dificuldade de pensar. Assim, observa-se que as lesões se tornam uma forma de se esquivar da tensão presente, já sendo uma forma de defletir o contato com o meio. A energia é investida no ato, e assim perde-se contato com o meio provocador da sensação e com a necessidade sinalizada pelo corpo. Sem a satisfação dessa necessidade, surgem novas tensões e a repetição dos cortes.

Uma outra adolescente atendida em luto pela morte recente da mãe, chega ao consultório contando que começou a se cortar após o evento. Relata que havia visto em grupos de uma rede social que os cortes serviam como uma forma de alívio do sofrimento, e assim resolveu tentar. Encontrando o alívio temporário, repetia o movimento todas as vezes em que se sentia muito angustiada.

Nos primeiros atendimentos, conseguia falar apenas que se sentia muito triste e que no restante tudo estava normal. As perguntas eram respondidas de forma breve. Os atendimentos subsequentes revelaram diversos conflitos ligados à vivência do luto e a como seria sua vida sem a mãe, ao mesmo tempo em que o falar da questão havia se tornado um tabu no ambiente familiar. A nova relação de confiança e acolhimento estabelecida entre terapeuta e cliente possibilitou que esta última identificasse na terapia um ambiente no qual seria escutada e compreendida. A partir daí pôde falar da sua dor, elaborar o luto e ressignificar seu lugar no mundo, seus projetos e suas relações. A necessidade de se cortar foi progressivamente diminuindo, até o ponto em que ela se tornou capaz de buscar espaços para falar de si junto a outras pessoas mais receptivas.

A Gestalt-terapia entende a autolesão como um ajustamento criativo, que consiste no processo através do qual o indivíduo se relaciona ativa e criativamente com o meio na busca da satisfação plena de suas necessidades. Um ajustamento criativo é sempre o melhor que o indivíduo consegue naquele momento, de acordo com sua percepção da situação e com os recursos dos quais dispõe, ainda que não pareça a melhor opção quando visto de fora do contexto (NUNES; HOLANDA, 2008; CARDELLA, 2014).

No trabalho psicoterapêutico, se dá uma experiência real na qual o terapeuta é o ambiente para o cliente. Este poderá incorporar novos recursos e aumentar a consciência de si mesmo e das possibilidades do campo, modificando seu modo de ser-no-mundo. Assim, deverá ser capaz de transferir para a sua vida cotidiana as experiências relacionais e aprendizagens que se deram na sessão (VILA, 2014).

Na contramão do processo terapêutico, o contexto contemporâneo valoriza a evitação das questões subjetivas em nome da produtividade e do hedonismo, fortalecendo as buscas por saídas simplistas, “receitas” de bem-estar sem olhar para o mal-estar. Na seção seguinte explora-se a compreensão de como o contexto atual pode favorecer a deflexão e a automutilação.

REFLEXÕES SOBRE A INFLUÊNCIA DO CONTEXTO CONTEMPORÂNEO NA SINTOMATOLOGIA DA AUTOLESÃO

Considerando a deflexão como um mecanismo defensivo que se relacionaria com adoção do comportamento autolesivo por adolescentes, buscamos agora compreender como o mundo contemporâneo tem impactando a incidência atual do sintoma. Com esse intuito, apresenta-se como se estruturaram aspectos da vida contemporânea que podem se relacionar com esse tipo de ajustamento criativo.

O prolongamento da vida e a sofisticação do trabalho gerou ampliação de requisitos para a inserção no mercado. Isso produziu condições para a manutenção da criança durante mais tempo sob a tutela dos pais, porém mantida mais tempo na escola, distante da referência familiar e mais próxima do grupo de iguais. Por outro lado, a elevação da adolescência a um ideal cultural fortalece a autoestima e a postura questionadora dos indivíduos dessa faixa etária. Pais e professores, temerosos de serem autoritários, acabam abrindo mão da responsabilidade de colocar limites e deixam de ser referência (LIRA, 2010; BOCK, 2007).

São mais restritos os espaços para socialização intergeracional e para a troca de experiências. O enfraquecimento da transmissão de modos de ser de geração para a geração torna a experimentação a forma principal de desenvolvimento de si. Embora haja mais autonomia, a ausência de referências, de orientação, torna tudo mais caótico e intensifica a angústia de que a experiência vivida seja suficiente (LE BRETON, 2014).

Assim, a carência de referências produzidas pelo contexto atual de menos tempo de contato entre a família e a criança, relações enrijecidas, crise do autoritarismo *versus* permissividade e perda de espaços de subjetivação deixa o jovem desamparado frente aos novos desafios da vida. Não há recursos para lidar com as novidades, escolhas e emoções intensas da adolescência, tornando as saídas prontas e a fuga ajustamentos criativos possíveis.

O desenvolvimento humano no existencialismo é visto a partir de uma perspectiva relacional e contínua, perpetuando-se até o fim da vida. O ser dos homens é descrito por Heidegger como um ser-aí (*Dasein*), como existência. Nessa perspectiva, ele existe como possibilidade, nunca estando pronto, acabado. A tarefa de desenvolver-se de modo próprio é uma condição, e se dá com a descoberta constante das próprias possibilidades e limitações. (CYTRYNOWICZ, 2018).

O processo de significação das experiências é mediado pelo outro, de forma que o desenvolvimento é também baseado nas relações humanas e na interdependência. Isso, entretanto, não anula a liberdade e as escolhas individuais. As emoções, embora não sejam manifestações racionais, “[...] estão no horizonte de uma racionalidade histórico e socialmente construída” (MAHEIRIE, 2002, p. 38). A qualidade relacional do afeto, assim, também depende das significações mediatizadas pelo contexto histórico, social e político (MAHEIRIE, 2002).

O desenvolvimento emocional é também intrinsecamente dependente da mediação social, que vai ajudar a criança a significar suas emoções e as formas de lidar com ela. Isso contraria a expectativa do senso comum de que o emocional da criança é uma característica individual, com a qual ela nasce e que deve ser tratada sem alterações no meio social. A ausência de mediações familiares produz incapacidade de enfrentar adversidades e fazer escolhas reflexivas críticas, lançando o indivíduo na insegurança ontológica, percebendo seu ser comprometido quando a realidade lhe apresenta possibilidades (PRETTO; LANGARO, 2012).

Compreendendo a importância das relações no desenvolvimento emocional do indivíduo, entende-se como a carência de referências afeta a significação das experiências e o desenvolvimento de possibilidades de enfrentamento de questões subjetivas. Com a redução dos espaços de convivência e diálogo, o jovem pode ser lançado em uma busca solitária de formas de lidar com suas angústias.

Por fim, esses adolescentes têm também menos tempo e disponibilidade de olhar para si, uma vez que são exigidos quanto ao desempenho e eficácia cada vez mais cedo. Nas classes sociais pobres as crianças assumem responsabilidades como cuidar da casa e dos irmãos e muitas vezes precisam reconhecer cedo o certo e o errado (com quem se envolver, que comportamentos oferecem risco à sua proteção, etc.). Nas classes economicamente favorecidas, há cobrança por atividades complexas e diversificadas, como o uso do computador e da internet, domínio de idiomas e habilidades esportivas. Não há tempo para a elaboração das questões subjetivas, e a produtividade não pode ser interrompida por crises e momentos de desgaste emocional (MELO; MOREIRA, 2008).

Com as rápidas transformações socioculturais do mundo contemporâneo, percebe-se nos atendimentos que nem ao menos há referências de respostas para muitas questões que os jovens têm enfrentado, como a superexposição, o culto ao corpo, os contatos empobrecidos à distância e o excesso de informações. A vivência influenciada por imediatismo, individualismo e hedonismo, incentiva a busca por soluções rápidas e simplificadas, enquanto

os processos de subjetivação e a busca pelo conhecimento de si são desvalorizados. Nesse contexto, favorecem-se a deflexão e a autolesão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, buscou-se tecer reflexões sobre o atendimento clínico de adolescentes que praticam autolesões não-suicidas numa tentativa de compreender tal fenômeno tendo como referência teórica a Gestalt Terapia. A autolesão é vista em Gestalt-terapia como o ajustamento criativo possível para aquele indivíduo, naquele momento, para lidar com as demandas que se apresentam no contexto. Nossa tentativa é compreender o sintoma, não o remover. O foco então se dirige para o indivíduo e a compreensão de como esse sintoma se insere, visando a ampliação da consciência do contexto e dos recursos pessoais disponíveis que outras saídas se tornam possíveis.

Alguns autores abordam a autolesão como um sintoma que aponta para o mecanismo de evitação de contato chamado retroflexão. Essa visão é coerente com alguns casos, mas entende-se que inclusive pelo fato do sintoma ser singular, vê-lo na perspectiva de um único tipo de resistência torna-se limitado. Propõe-se aqui uma ampliação dessa discussão ao incluir a deflexão como uma forma de resistência que pode também motivar a autolesão em adolescentes, em especial no contexto contemporâneo de valorização do individualismo e do imediatismo.

Na relação terapêutica o indivíduo tem a oportunidade de olhar para si, para seus sentimentos e para os sentidos deles. Pode se ver nas suas situações cotidianas e se implicar nas suas escolhas de vida. Tudo isso favorece uma nova relação consigo, muitas vezes desestimulada pelo ambiente. Na clínica, o foco não é nos objetivos que o cliente atingiu, e sim como, no contato, ele se ajustou criativamente a situações difíceis. O cliente pode se desvelar, a seu tempo, e ressignificar suas outras relações e suas vivências.

Entende-se que a importância de um trabalho como esse está na ampliação da compreensão do fenômeno, que se constitui uma demanda crescente. Enquanto sintoma de caráter epidêmico com importante impacto social e repercussões em escolas e serviços de saúde, tornam-se importantes produções sobre o tema que sejam aporte teórico para aplicações no coletivo de caráter também preventivo, envolvendo os diversos campos pelos quais o adolescente transita.

No coletivo, ações preventivas com os adolescentes e os pais são opções promissoras. Espaços nos quais os adolescentes possam e até sejam estimulados a falar de si, elaborando suas vivências, como oficinas em grupo ou plantão

psicológico, são boas alternativas. Sendo a escola um espaço no qual a criança e o adolescente passam cada vez mais tempo, é importante que também seja um espaço de acolhida e expressão da individualidade ao invés de apenas um espaço de exigência acadêmica. A ideia aqui não é falar sobre autolesão, e sim criar espaços de elaboração das experiências e de construção de possibilidades de enfrentamento das mais diversas questões.

Junto aos pais ou responsáveis, espaços de apoio e capacitação auxiliariam na conscientização de seu papel como figuras importantes no desenvolvimento emocional dos filhos. Essa intervenção deve também estimular autoconsciência e novos ajustamento criativos, uma vez que é necessária uma mudança em perspectivas geracionais de criação de filhos e adaptação ao contexto atual.

Entende-se que no âmbito público esse é um trabalho de rede, envolvendo os sistemas de saúde, educação, serviço social e de proteção. As saídas mais potentes são as que focam na formação de uma juventude com mais apoio social e com possibilidade de lidar de forma mais saudável com as demandas da vida.

Sendo atualmente limitada a capacidade dos responsáveis de se tornar uma referência para o desenvolvimento emocional, é importante que os outros elementos do campo participem desse processo. A separação que é feita entre o que é de responsabilidade da família, da escola, dos serviços de saúde, etc., precisa ser superada e substituída por uma corresponsabilização.

A Gestalt-terapia, a partir da sua visão de homem enquanto vir-a-ser no mundo e com os outros, afasta determinismos e permite a compreensão satisfatória dos fenômenos em diferentes campos e em relação com estes. Essa visão possibilita o diálogo multiprofissional e a elaboração de intervenções individuais e coletivas específicas para cada território, e com potencial para constantes atualizações. É, assim, uma teoria coerente com o trabalho em Saúde Pública realizado atualmente e oportuna para as intervenções em rede.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Josiane Maria Tiago de. Reflexões sobre a prática clínica em Gestalt-terapia: possibilidades de acesso à experiência do cliente. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, Goiânia, v. 16, n. 2, p. 217-221, dez. 2010. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3577/357735614012.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

BARONCELLI, Lauane. Adolescência: fenômeno singular e de campo. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 18, n. 2, p. 188-196, dez. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672012000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2019.

BERNARDES, Suela Maiara. **Tornar-se (In)visível**: um estudo na Rede de Atenção Psicossocial de adolescentes que se automutilam. 2015. 123 f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2015.

BOCK, Ana Mercês Bahia. A adolescência como construção social: estudo sobre livros destinados a pais e educadores. **Psicol. Esc. Educ.**, Campinas, v. 11, n. 1, p. 63-76, jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572007000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 fev. 2019.

CARDELLA, Beatriz Helena Paranhos. Ajustamento criativo e hierarquia de valores ou necessidades. In.: FRAZÃO, Lilian Meyer e FUKUMITSU, Karina Okajima (org.). **Gestalt-terapia conceitos fundamentais**. São Paulo. Summus, 2014. pp. 104-130.

CARVALHO, Marianne Lima de; LIMA, Deyseane Maria Araujo. A Anorexia em Adolescentes Sob a Ótica da Gestalt-terapia. **IGT na rede**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 26, p. 23-30, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25262017000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 fev. 2019.

DIAS, Bárbara Zaida Rampa; LIMA, Ana Maria Veiga. Adolescência na contemporaneidade: uma perspectiva dialógica. **IGT na Rede**, Rio de Janeiro, v.15, n.28, p. 4-38, 2018. Disponível em: <<http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=619>>. Acesso em: 17 fev. 2019.

FELJOO, Ana Maria Lopez Calvo de. A psicologia clínica: técnica e *téchne*. **Psicol. em estudo**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 87-93, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a11.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2019.

FITZGERALD, Bill. An existential view of adolescent development. **Adolescence**, Nova Iorque, v. 40, n. 160, p. 793-800, 2005. Disponível em: <<https://go.galegroup.com/ps/i.do?p=AONE&sw=w&u=googlescholar&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA140145106&sid=googleScholar&asid=1c1f0f6c>>. Acesso em: 19 fev. 2019.

FONSECA, Paulo Henrique Nogueira da *et al.* Autolesão sem intenção suicida entre adolescentes. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 3, p. 246-258, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000300017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2019.

FROTA, Ana Maria Monte Coelho. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812007000100013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2019.

FUKUMITZU, Karina Okajima. Facetas da autodestruição: suicídio, adoecimento autoimune e automutilação. In.: FRAZÃO, Lilian Meyer; FUKUMITSU, Karina Okajima (Org.). **Quadros clínicos disfuncionais e Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus Editorial, 2017. pp. 75-92.

GRATZ, Kim L. Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. **Journal of psychopathology and behavioral assessment**, Tuscaloosa, v. 23, n. 4, p. 253-263, 2001. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1023/A:1012779403943>>. Acesso em: 10 set. 2018.

JORGE, Joana Calejo; QUEIROS, Otilia; SARAIVA, Joana. Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida: Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 33, n. 2, p. 207-219, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312015000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2019. <http://dx.doi.org/10.14417/ap.991>.

KIYAN, Ana Maria Mezzarana. A Gestalt-terapia. In.: KIYAN, Ana Maria Mezzarana. **E a Gestalt emerge: vida e obra de Frederick Perls**. São Paulo: Altana, 2001.

LE BRETON, David. **Adolescence et conduites à risque**. Bruxelas: Fabert, 2014. Disponível em: <http://www.yapaka.be/sites/yapaka.be/files/publication/pdf_web_le_breton_adolescence_et_conduites_a_risque.indd_.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2019.

LIRA, Nara Teixeira Soares de. Adolescentes e adultescenas na contemporaneidade. **IGT na Rede**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 12, pp. 18-25, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=272>>. Acesso em: 26 fev. 2019.

MAHEIRIE, Kátia. Constituição do sujeito, subjetividade e identidade. **Revista Interações**, Campo Grande, v. 7, n. 13, p. 31-44, jan.-jun. 2002. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/inter/v7n13/v7n13a03.pdf>>. Acesso em: 30 Jun. 2018.

MARTÍN, Ángeles. O ciclo gestáltico. In: MARTÍN, Ángeles. **Manual prático de Psicoterapia Gestalt**. São Paulo: Vozes, 2013. pp. 193-215.

MELO, Anna Karynne da Silva; MOREIRA, Virginia. Fenomenologia da queixa depressiva em adolescentes: um estudo crítico-cultural. **Aletheia**, n. 27, pp. 51-64, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2019.

MELO, Telma Fulgêncio Colares da Cunha. Um olhar fenomenológico sobre o processo psicoterapêutico da criança. In.: GIOVANETTI (Org.) et al. **Fenomenologia e Psicologia Clínica**. Belo Horizonte: Artesã, 2018. pp. 73-114.

NUNES, Arlene Leite; HOLANDA, Adriano. Compreendendo os transtornos alimentares pelos caminhos da Gestalt-terapia. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v.14, n.2, p. 172-181, dez. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672008000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 abr. 2019.

PERLS, Frederick; HEFFERLINE, Ralph; GOODMAN, Paul. Self, Ego, Id e personalidade. In.: PERLS, Frederick; HEFFERLINE, Ralph; GOODMAN, Paul. **Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus Editorial, 1997. pp. 177-189.

PERUZZO, Gisele et al. Os ajustamentos criativos no desenvolvimento infantil: uma visão gestáltica. **IGT na Rede**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 15, 369-399, 2011. Disponível em: <<https://www.igt.psc.br/ojs/include/getdoc.php?id=2056&article=331&mode=pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2018.

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

POLSTER, Erving; POLSTER, Miriam. O comércio da resistência. In: POLSTER, Erving; POLSTER, Miriam. **Gestalt-terapia integrada**. São Paulo: Summus Editorial, 2001. pp. 85-111.

PRETTO, Zuleica; LANGARO, Fabíola. Pais e filhos em psicoterapia: o atendimento clínico com uma criança. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 1028-1037, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 Jun. 2018.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. Ciclo do contato. In.: RIBEIRO, Jorge Ponciano. **Vade-mécum de Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus Editorial, 2006. pp. 87-90.

_____. O ciclo do contato. In: RIBEIRO, Jorge Ponciano. **O ciclo do contato**. São Paulo: Summus Editorial, 1997. pp. 13-71.

RODRIGUES, Hugo Elidio. Ciclo de contato: mecanismos de evitação do contato. In: _____ **Introdução à Gestalt-terapia: conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica**. São Paulo: Vozes, 2002. pp. 120-135

SCHILLINGS, Ângela. Concepção de neurose em Gestalt-terapia. Em: FRAZÃO, Lilian Meyer e FUKUMITSU, Karina Okajima (org.). **Gestalt-terapia conceitos fundamentais**. São Paulo. Summus, 2014. pp. 193-215

VILA, David Picó. **Una introducción a la terapia gestalt**. Valencia: Terapiados; 2014. Disponível em: <https://gestaltnet.net/sites/default/files/apuntes_gestalt_terapiados-2_o.pdf>. Acesso em: 18 Abr. 2019.

WHITLOCK, Janis; ECKENRODE, John; SILVERMAN, Daniel. Self-injurious behaviors in a college population. **Pediatrics**, Itasca, v. 117, n. 6, p. 1939-1948, fev. 2006. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/117/6/1939.short>>. Acesso em: 10 set.2018.

OS DESAFIOS DA PSICOLOGIA NA SAÚDE COLETIVA (NASF-AB): UMA ABORDAGEM GESTÁLTICA

CAPÍTULO 8

*Ávylla Soares Souza
Claudia Lins Cardoso*

A Saúde Coletiva pode ser pensada como campo de saber e prática que trouxe as ciências humanas para a área da saúde. Ampliando o entendimento sobre os determinantes das situações de saúde/doença para além da concepção biológica, integra fatores sociais e culturais em uma visão crítica (NUNES, 1994). O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) é um dispositivo de Saúde Coletiva no primeiro nível de complexidade de assistência aos usuários do SUS, onde recairá a maior parte das necessidades de saúde individual e coletiva, seja na perspectiva de promoção, proteção ou recuperação da saúde. Por sua proximidade da população, este é o nível responsável pelo cuidado longitudinal dos usuários e pela coordenação do cuidado, mantendo responsabilidade sanitária mesmo quando outro nível de atenção de maior complexidade precisa ser acionado (BRASIL, 2017a).

O NASF-AB caracteriza-se como uma equipe criada com o objetivo de ampliar as possibilidades de ação e a resolutividade das equipes de Atenção Básica, agregando profissionais com diferentes formações que trabalham na lógica do Apoio Matricial, oferecendo retaguarda especializada para as equipes de referência com as quais trabalha. Dada sua recente criação, ano de 2008 – inicialmente como NASF e a partir de 2017 com alteração da nomenclatura para NASF-AB - estes Núcleos se deparam com desafios para sua consolidação, conforme preconiza a portaria que os regulamenta (BRASIL, 2017a), especialmente no que se refere aos profissionais de Saúde Mental inseridos nesta política. A composição do NASF-AB é escolhida conforme a necessidade e deliberação dos gestores de cada município, e o psicólogo representa uma categoria profissional cada

vez mais requisitada nesse arranjo. Diante deste cenário, torna-se imperativo conhecer quais são os desafios para a atuação deste profissional no NASF-AB.

Historicamente, a atuação da Psicologia é reconhecida e propagada na sua forma tradicionalmente clínica, entendida no sentido restrito do termo, enquanto atendimento individualizado e em consultório privado. Segundo Firmino e Reis Filho (2007), apesar de a Psicologia ter sido regulamentada no Brasil em 1962, há relatos anteriores a este período de atuações denominadas “práticas psicológicas” (p. 50), tratando-se de uma escuta diferenciada exercida desde o período da colonização. É o caso, por exemplo, da atividade do padre ao receber o fiel em confissão. Já na era imperial, com a difusão do conhecimento científico, a Psicologia ganha espaço como uma ferramenta de estudo do comportamento humano.

A realidade do Brasil no século XX, com a crescente industrialização e a expansão do capitalismo, trouxe a necessidade de reorganização do espaço urbano e de um novo posicionamento da ciência psicológica condizente com as demandas emergentes. A Psicanálise desponta neste cenário como abordagem que vai ganhando espaço e se ocupa do que Dimenstein (2000) define como “sujeito psicológico”, referindo-se a pessoa tomada fora de seu contexto e agindo a partir de determinações que escapam ao seu controle ou que desconhece: o inconsciente.

O modelo da clínica predominantemente individualista, acessível a uma pequena parcela da população, pautada na atenção curativa e com foco orientado para o sujeito descontextualizado da sua realidade social contribuiu para sustentar relações de desigualdade. Se eximindo do lugar de agente de transformação social, a Psicologia sustentou práticas excludentes a partir de modelos classificatórios e normatizadores por meio dos quais se inseriu em diferentes contextos. Esse modelo foi perpetuado e reproduzido durante décadas nos cursos de graduação, culminando na dificuldade de inserção do psicólogo no campo das Políticas Públicas, em especial no Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente porque sua atuação exige habilidades como a inserção em equipe interdisciplinar, ações em prevenção e promoção de saúde e olhar ampliado sobre o sujeito, competências distintas do que até então se ofertava na formação acadêmica (DIMENSTEIN, 2000).

A redemocratização do país, o movimento da Reforma Sanitária e a crise do modelo privatista tornaram a Saúde Pública um campo profícuo para atuação do psicólogo. Porém, a transposição do modelo clínico tradicional para o setor público de forma acrítica ocasionou dificuldades ainda hoje presentes neste espaço. O psicólogo só reconhecia sua identidade profissional atrelada à

aplicação clínica clássica; de forma análoga, parte considerável da população e dos empregadores compreende que o fazer psicológico restringe-se à psicoterapia (DIMENSTEIN, 2000). Ronzani e Paiva (2009) ressaltam que a principal dificuldade do psicólogo na Atenção Primária em Saúde ainda é sua formação voltada para o modelo clínico tradicional. O serviço público lida com clientela distinta, com expectativas diferentes, modo próprio de operar os conceitos saúde/doença, e atravessamento de questões sociais nas suas queixas que, não raramente, confrontam o profissional com demandas que ultrapassam seu limite de intervenção.

Na Saúde Pública, o psicólogo integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, republicada em 2013 e revogada em 2017, que trata da assistência ao paciente com Transtorno Mental e condições decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2017b). A RAPS conta com componentes nos diferentes níveis de atenção, o nível primeiro de complexidade é a Atenção Básica também chamada de Atenção Primária, porta de entrada para o usuário do SUS. O NASF-AB compõe a Atenção Básica como dispositivo da RAPS que realiza suporte em Saúde Mental através de um profissional matriciador, frequentemente, o psicólogo. O Apoio Matricial se configura como uma metodologia de trabalho, em que profissionais especialistas prestam suporte às equipes básicas, ampliando a possibilidade de intervenção em um dado território (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Em 2017, com a nova nomenclatura apresentada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), anteriormente conhecida apenas como NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), o NASF-AB confere ênfase às outras equipes apoiadas além da Saúde da Família, as chamadas Equipes de Atenção Básica para populações específicas: Consultório na Rua, equipes fluviais e ribeirinhas e os Pólos da Academia da Saúde (BRASIL, 2017a). A necessidade de melhorar a atenção ofertada pelas equipes de Atenção Básica, através do suporte e dos cuidados compartilhados com especialistas de profissões não abarcadas nas equipes mínimas, justifica a criação dos NASFs, intervindo em situações de baixa densidade tecnológica e reduzindo encaminhamentos para outros níveis de assistência (BRASIL, 2014). Para tanto, existem três modalidades de NASF: NASF 1, vinculado a no mínimo cinco e no máximo nove equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Básica (eAB) para populações específicas; o NASF 2, vinculado de três a quatro equipes eSF/eAB; e, NASF 3, referência para uma ou duas equipes. As três modalidades também variam quanto à carga horária

dos profissionais que a compõem. Estes são definidos conforme a necessidade local e decisão dos gestores. Para esta composição existe um leque com dezenove possibilidades de categorias profissionais (BRASIL, 2014).

A experiência de uma das autoras com o NASF-AB advém da atuação nesta política desde o ano de 2016, no município de Japonvar, norte de Minas Gerais. A modalidade da equipe na qual ela atua corresponde ao tipo 2 e presta suporte a quatro equipes de Saúde da Família em território urbano e rural. A composição é feita por Psicóloga, Fonoaudióloga, Fisioterapeuta, Nutricionista e Profissional de Educação Física. Cada equipe de referência é composta por Médico Generalista, Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Cirurgião Dentista, Técnicos e Auxiliares de Saúde Bucal (TSB/ASB), e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O NASF-AB não tem unidade física independente porque seu funcionamento deve ser integrado com as equipes que matricia e, para tanto, deverá ter uma agenda compatível com momentos programados para planejamento e execução de intervenções compartilhadas. Os Núcleos não são “portas de entrada” para a população, uma vez que o cuidado diretamente com os usuários é mediado pela Estratégia Saúde da Família (ESF), e os atendimentos individuais que se fizerem necessários são pactuados previamente com essas equipes.

O funcionamento do NASF-AB tem como principal estratégia o Apoio Matricial, que se configura como uma modalidade de organização do processo de trabalho que prescinde de horizontalidade e responsabilização no cuidado da população atendida, juntamente com as equipes de referência. Conforme Campos e Domitti (2007)

Apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. A composição da equipe de referência e a criação de especialidades em apoio matricial buscam criar possibilidades para operar-se com uma ampliação do trabalho clínico e do sanitário, já que se considera que nenhum especialista, de modo isolado, poderá assegurar uma abordagem integral. Essa metodologia pretende assegurar maior eficácia e eficiência ao trabalho em saúde, mas também investir na construção de autonomia dos usuários. (p. 400)

O Apoio Matricial ou matriciamento prevê duas dimensões de funcionamento, uma técnico-pedagógica e outra clínico-assistencial. Enquanto a primeira se refere à educação permanente e suporte às equipes de referência, a segunda trata das ações diretamente com os usuários da Atenção Básica. As ações assistenciais devem ser pactuadas previamente com as equipes de referência através de discussão de casos, troca de saberes e cuidados compartilhados; superando os encaminhamentos clássicos ou guias de referência/contrarreferência que acabam funcionando como uma transferência de responsabilidade (BRASIL, 2014).

Algumas ferramentas são essenciais para a efetivação do Matriciamento: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), Interconsulta, Consulta Compartilhada, Visita Domiciliar e estratégias para comunicação entre equipes. O PTS singulariza ações destinadas a um indivíduo ou coletivo, ordenando objetivos e possibilidades de intervenção. Inclui não apenas diagnóstico ou abordagem farmacológica, mas também abordagem psicossocial e familiar, rede de apoio disponível no território e responsabilidade de cada membro da equipe envolvido na construção do projeto. Para ser efetivo, o PTS deve ser revisitado para eventuais repactuações sempre que necessário. A interconsulta é o encontro de saberes de profissionais diferentes para ampliar o entendimento e as possibilidades de ação em um dado caso. Assim, a discussão de casos, a consulta compartilhada e a visita domiciliar compartilhada são modalidades de interconsulta (CHIAVERINI *et al.*, 2011). Esses momentos são oportunos para o aprendizado entre os diferentes profissionais, e ampliam a capacidade das equipes de intervir em situações semelhantes em outras ocasiões.

Como profissionais matriciadores em Saúde Mental são reconhecidas as profissões de psiquiatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, e enfermeiros de Saúde Mental. (CHIAVERINI *et al.*, 2011). Embora esses profissionais atuem como referência no cuidado em Saúde Mental, entende-se que neste campo devam atuar todos os profissionais de saúde. As equipes de Atenção Básica lidam cotidianamente com queixas de Saúde Mental por sua alta prevalência na população, mesmo nas práticas que não se restringem a um diagnóstico psiquiátrico, considerando a máxima de que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também produção de saúde. A Atenção Básica como porta de entrada do SUS apresenta-se como locus privilegiado para ações de promoção de saúde e acompanhamento dos casos de transtorno mental comum, e de casos graves e persistentes dada a sua proximidade com a população (BRASIL, 2013).

A proximidade com os usuários favorece o trabalho na Atenção Básica em decorrência do vínculo que é estabelecido, ao mesmo tempo, evidencia o risco de assumir uma posição paternalista nos cuidados prestados. Atuar em comunidade exige uma postura que paralelamente oferte ajuda e incentive a autogestão e protagonismo do usuário/família, como pessoas capazes de construir suas próprias saídas. Costa e Brandão (2005), a esse respeito, refletem sobre a necessária conduta que considere o outro no lugar de pessoa-sujeito e não de pessoa-objeto. Podemos facilmente transitar para o modo pessoa-objeto ao nos colocarmos numa posição assimétrica e de cuidados assistencialistas, especialmente quando se trata de famílias pobres. As autoras ressaltam que o assistencialismo pode, inclusive, ser emocional, numa pretensa intenção de suprir carências da pessoa assistida, assumindo seu lugar de decisão por uma suposição de fragilidade. O papel do psicólogo deve ser o de estimular autonomia e autogestão (COSTA; BRANDÃO, 2005). O gestaltista caminha nessa direção ao preconizar o desenvolvimento do protagonismo de seus clientes. Assim, “cuidar é fazer com, não fazer por. É uma proposta de capacitação, não de orientação. É oferecer o apoio necessário para que o outro se reconheça nas suas possibilidades e referências e se erga, fortalecendo seu senso de autossuporte” (CARDOSO, 2013, p. 72).

A Gestalt-terapia apresenta-se como abordagem relevante no processo de trabalho do psicólogo na Saúde Coletiva. O lugar do Gestalt-terapeuta no SUS reside na criação de espaços de escuta e de condições para que o paciente encontre seu próprio caminho e construa suas possibilidades no cuidado em saúde. Os serviços de saúde são tradicionalmente prescritivos, pautados por “deverias”. A contribuição gestáltica amplia o foco sobre o sujeito, legitima o seu lugar de fala e de ação, portanto, de autocuidado.

CONTRIBUIÇÕES DA ABORDAGEM GESTÁLTICA PARA O TRABALHO DO PSICÓLOGO NO NASF-AB

A Gestalt-terapia tem como marco inicial o ano de 1951, com a publicação do livro *Gestalt-Therapy: excitement and growth in the human personality*, de Perls, Goodman e Hefferline, embora no Brasil ganhe destaque somente em 1970. (FRAZÃO, 2013). Como pressupostos filosóficos desta abordagem encontram-se o humanismo, o existencialismo e a fenomenologia e como Teorias de base a psicologia da Gestalt, a Teoria de Campo, a Teoria Organísmica e teorias holísticas. Este conjunto de influências contribuiu para a construção da aborda-

gem gestáltica e seu arcabouço teórico, subsidiando o entendimento de homem e de mundo veiculados por esta teoria. Da tradição humanista, a Gestalt-terapia referencia a valorização e a centralidade do homem, sua potencialidade enquanto ser; entretanto, é na filosofia existencial que há uma maior convergência de pressupostos no que diz respeito à liberdade, à responsabilidade e ao projeto de autoconstrução humana (RIBEIRO, 2012).

A fenomenologia, desenvolvida pelo filósofo alemão Edmund Husserl, compreende o fenômeno como aquilo que se mostra, desvela-se para uma consciência, que o percebe e atribui sentido. O método fenomenológico consiste em captar a essência do que se apresenta (BELLO, 2006), “uma atitude perante o ato de conhecer” (HUSSERL *apud* FEIJOO, p. 35, 2000), que pressupõe colocar entre parênteses toda ideia pré-concebida para lidar com o fenômeno como ele se evidencia.

A abordagem gestáltica utiliza a fenomenologia como método, caminho de acesso à experiência do cliente, percebendo-o na maneira em que se mostra na relação, valoriza a descrição e não a explicação, a compreensão em detrimento da interpretação. Cardoso (2002) evidencia a escuta fenomenológica como uma postura acolhedora perante o cliente, pois ele é quem sabe de si. Na presença de uma escuta genuína, o cliente aprende a se escutar também, a se orientar a partir do seu próprio referencial, e assim, a ampliar sua *awareness*. “Ao escutar profundamente o cliente, o terapeuta mergulha no seu universo de significados, permitindo o contato de ambos com aquilo que a pessoa possui de mais íntimo: sua essência” (CARDOSO, 2002, p. 5). O conceito de *awareness* é central na visão gestáltica e pode ser compreendido como “presentificação da experiência”, “consciência de si no mundo” (CARDOSO, 2013, p. 63), “contato pleno, fundamental para o estabelecimento de uma relação autêntica” (Ibid., p. 65).

A postura fenomenológica é abertura para o encontro com o outro em sua totalidade. Nas palavras de Ribeiro (2012), “O homem todo e tudo no homem são o objeto da fenomenologia” (p. 87). Toda manifestação nos diz do sujeito, não sendo possível fragmentá-lo em suas partes. Em Gestalt-Terapia, o encontro com a alteridade se dá no modo dialógico. Nos construímos e nos reconhecemos na relação com os outros. Esta é uma característica fundamental da existência humana: o seu caráter relacional. Ser-no-mundo é sempre ser-com-os-outros. Na intersubjetividade surgem as experiências dolorosas e significativas da vida. O outro se apresenta, ora como nutritivo, ora como tóxico, mas sempre indispensável para o processo de crescimento e de individuação. O encontro implica na troca inter-humana, no “entre” como foco do processo (HYCNER, 1995).

A relação terapêutica quando se dá no modo dialógico, temos a postura Eu-Tu; quando a partir de uma objetificação do outro, tomado como meio para se atingir um fim, prevalece a postura Eu-isso (BUBER, 2001).

Quanto mais a interação de terapeuta e cliente se aproxima da atitude Eu-Tu, mais fecundo será o encontro. É diante do Tu que o Eu encontrará o ambiente propício para se desenvolver, para ser “si mesmo”, uma vez que na interação é aceito e confirmado como pessoa (LUCZINSKI; ANCONA-LOPEZ, 2010).

O cliente aparece para o Gestalt-terapeuta como essa totalidade, um organismo integrado em relação com um campo que o circunda e em busca de autorregulação (RIBEIRO, 2012). O equilíbrio nem sempre é possível e o adoecimento poderá surgir da inabilidade em lidar com situações onde as necessidades do organismo não são satisfeitas (LIMA, 2014). A circunstância mal resolvida configura-se como uma Gestalt inacabada, clamando por fechamento, em um processo que despende energia do sujeito.

O modo disfuncional de existir deriva da “interrupção, inibição ou outros acidentes” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 45) relacionados ao contato com o meio e assimilação da experiência. A atitude terapêutica em Gestalt-Terapia consiste em desobstruir as possibilidades criativas do cliente, a fim de restabelecer a fluidez na identificação e resolução das necessidades emergentes.

Sobre ajustamento disfuncional, Galli (2009) afirma que o sintoma é algo que exige atenção, relacionado a algo que nos falta, que não foi assimilado pela consciência. O caminho para a ampliação de *awareness* só pode ser alcançado subjetivamente. Cabe à pessoa desenvolver uma escuta das suas partes alienadas

Ouvir ou entender os sintomas não fará com que eles desapareçam. Na medida em que nos conscientizarmos do que nos falta, do que ainda temos de integrar em nós mesmos, teremos a oportunidade de transformar os sintomas em algo de que não necessitamos mais. Esta é a diferença entre lutar contra a doença e transmutá-la. A cura acontece através da incorporação daquilo que está faltando e, portanto, ela não é possível sem uma expansão da consciência. (p.66)

O desenvolvimento da *awareness* possibilita ao cliente o deslocamento gradual da necessidade de heterossuporte para o autossuporte. A princípio, na

presença do outro que atua como facilitador, o cliente encontrará condições propícias para a referida expansão de consciência. No processo de evolução para o autossuporte, desenvolve sua própria escuta. Descobre em si mesmo as condições para se responsabilizar pela própria vida, alcançando uma existência mais autêntica (FREITAS, 2016).

O olhar da Gestalt-terapia fornece importantes contribuições para a compreensão dos fenômenos humanos nos diversos contextos de atuação, especialmente na Saúde Coletiva, a começar pelo conceito de saúde, condizente com o estado de equilíbrio biopsicossocial propagado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e não meramente relacionado à ausência de doenças. Conceber o ser humano como totalidade implica considerar todas as suas dimensões como interdependentes. Saúde, do ponto de vista gestáltico, está relacionada com a qualidade do contato que estabelecemos com o mundo. “Contato é saúde. Saúde é contato em ação. Qualquer interrupção do contato implica uma perda na saúde. Contato é auto-regulação orgânica”, e a doença seria resultado de “uma necessidade não satisfeita” (RIBEIRO, 2017, p. 53). Nesse sentido, o restabelecimento do contato altera o desequilíbrio anteriormente encontrado.

A fluidez entre a eleição de uma necessidade dominante e sua satisfação mobiliza o surgimento e destruição de *Gestalten* de forma saudável; a rigidez, porém, cristaliza esse processo dinâmico tornando-o disfuncional. Estar saudável, portanto, refere-se aos ajustamentos criativos, a partir da identificação das necessidades presentes no momento e sua possibilidade ou não de realizá-las de modo inventivo, com abertura para o novo. Em contrapartida, a doença seria o existir inautêntico, distanciado das necessidades mais emergentes negligenciadas pelo sujeito (CARDOSO, 2016).

Além da concepção de saúde, a Gestalt-terapia fornece outras contribuições ao trabalho do psicólogo no NASF-AB. Conforme Diógenes e Pontes (2016), a concepção de totalidade pensada por essa abordagem revela-se congruente com a clínica ampliada; a abordagem dialógica, compatível com a noção de vínculo; e, a questão do campo relaciona-se ao conceito de território, referência crucial nas práticas de cuidado no contexto da saúde pública.

Na Atenção Básica, o Gestalt-terapeuta é convidado a uma atuação extramuros, o *setting* inclui a comunidade, o meio social e cultural em que os usuários estão inseridos e influenciam no seu existir (BRITO, 2015). Assim, a clínica ampliada consistem movimento de deslocamento da ênfase no individual, em seu recorte cartesiano, fragmentado, para um olhar global. A interdisciplina-

ridade na saúde objetiva, inclusive, abarcar as diversas dimensões do sujeito, uma vez que nenhum campo do saber isoladamente conseguiria dar conta da complexidade humana. O conceito doutrinário de integralidade do SUS visa a essa totalidade (BRASIL, 1990). A clínica ampliada requer integração entre os enfoques biomédico, social e psicológico. Para isso, torna-se necessário superar a lógica de trabalho fragmentado em que cada profissional se ocupa do seu núcleo de saber, operando um recorte da queixa do sujeito. Deve-se pensar a pessoa como um todo. A clínica é ampliada e compartilhada (BRASIL, 2009).

O olhar ampliado sobre o sujeito também deve considerar o seu contexto territorial. Pensar a concepção de território no SUS ultrapassa o entendimento meramente geográfico, visto que engloba o espaço onde a vida acontece, com todas as suas trocas. A comunidade é o lócus de ação e, por isso, o trabalho assume uma vertente mais coletiva que individual. Nesse sentido, o grupo é um modo privilegiado de exercer a clínica ampliada, onde se mobilizam questões da vida humana em sua complexidade: econômicas, culturais, ambientais, dentre outras. A produção do cuidado inclui o entorno do paciente/usuário do serviço. Esta perspectiva é coerente com a Gestalt-terapia, pois nesta abordagem as dicotomias como mente-corpo e individual-coletivo perdem sua importância uma vez que o homem é visto em sua integralidade bio-psico-espiritual em relação com um ambiente. (BRITO, 2015). Desta feita, o grupo não é uma oposição ao individual. Tomamos como referência a definição de grupo na seguinte acepção:

O grupo é uma realidade maior e diferente da soma dos indivíduos que o compõem. Tem tudo o que eles têm e transforma esse conteúdo em um continente de imensas e vastas possibilidades. O grupo é um fenômeno cuja essência reside no seu poder de transformação, no seu poder de escutar, de sentir, de se posicionar, de se arriscar a compreender o processo de significação do viver e do responsabilizar-se. (RIBEIRO, 1994, p. 10 *apud* CARDOSO, 2009, p. 128)

O trabalho com grupos na Atenção Básica é uma metodologia valorizada por sua contribuição educativa e potência em favorecer modos de vida saudáveis e inventivos. Não se trata de otimizar a grande demanda do serviço público, antes, de abrir caminho para a aprendizagem que o encontro com o outro possibilita.

Considerando a abordagem gestáltica, o crescimento que o grupo favorece é decorrente do campo, situação de interação entre indivíduo e ambiente, onde “O significado de cada elemento surge a partir de sua interação com o todo” (EVANGELISTA, 2010, p. 7) e as relações se desenvolvem “como um jogo de forças na direção de um equilíbrio” (Ibid., p. 9). Por ser interação, o que se produz no campo, e especialmente na situação de grupo, tem um caráter subjetivo, a percepção que cada pessoa realiza singulariza sua experiência (CARDOSO, 2009). Considerando esse ponto de vista, grupo difere de massa, não se trata de uma unidade indiferenciada em estado de confluência.

O público dos grupos na ESF, em geral, são os chamados prioritários: “mulheres, crianças, idosos, pessoas acometidas por doenças crônicas e doenças infectocontagiosas” (PINTO *et al.*, 2016, p. 369). Porém, há variações conforme o diagnóstico territorial e identificação de prioridades da população adscrita. Na experiência de uma das autoras, as intervenções com os grupos acontecem em dois formatos: na educação em saúde, que são intervenções temáticas, focadas na transmissão de informações como, por exemplo, nas reuniões de pacientes hipertensos e diabéticos e no Programa Saúde na Escola (PSE). Nesse enquadre, não há continuidade dos encontros, as reuniões são estanques, abertas e com alternância entre os facilitadores. Tem como ponto negativo assumir um formato de palestra, sem maior participação do público a que se destina. O segundo formato, são os grupos contínuos. Nestes, há uma frequência dos participantes, que constroem um sentimento de pertença, de confiança e são pensados como ambientes para a circulação da fala entre os participantes.

As intervenções em grupo, como as individuais, pretendem ampliar o conhecimento e acesso da população ao serviço público, além de possibilitar ao usuário um envolvimento autônomo e responsável nos cuidados com a sua saúde. Na visão da Gestalt-terapia, saúde não é pensada enquanto cura, mas produção do cuidado, crescimento e desenvolvimento de *awareness* (BRITO, 2015).

Outra contribuição da Gestalt-Terapia ao trabalho na Saúde Coletiva refere-se ao paradigma da Atenção Psicossocial na Saúde Mental (PEREIRA, 2008). A atenção psicossocial ganha destaque a partir da Reforma Psiquiátrica ocorrida na década de 70 no Brasil e, evidenciou a necessidade de um redirecionamento na atenção às pessoas com transtorno mental, e condições decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; uma mudança no modo de gestão e de cuidado. O modelo psicossocial propõe a superação do modelo biomédico, centralizado na doença e na atenção individual, e preconiza um cuidado centrado

na pessoa que vivencia o sofrimento mental, buscando sua reinserção social e fortalecimento dos vínculos comunitários e familiares utilizando-se de ações preferencialmente realizadas no seu território.

Franco Basaglia, na experiência italiana de reforma psiquiátrica que influenciou o movimento brasileiro, já se valia do método fenomenológico de “colocar entre parênteses” a doença para lidar com a pessoa (AMARANTE, 2007; PUCHIVAILO, SILVA e HOLANDA, 2013). Isso significa dizer que, o sintoma diz de uma forma de ser no mundo e que toda pessoa, a despeito de suas restrições, constrói possibilidades singulares de existência (PEREIRA, 2008). Utilizando-se do método fenomenológico nas suas intervenções, o gestaltista no cuidado que vai do preventivo ao reabilitador, caminha na direção de guiar-se pelo sujeito e não pelo seu diagnóstico.

Diante do exposto, a Gestalt-Terapia apresenta-se como uma teoria com importantes contribuições para o trabalho do psicólogo na Saúde Coletiva, aplicável nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde tanto no nível individual quanto coletivo. Sua fundamentação filosófica e teórica sustenta intervenções em grupo, com famílias, coletivos e para a efetivação de uma clínica ampliada e interprofissional. Há que se ressaltar, porém, que figuram no cenário da Saúde Coletiva diversos desafios para a efetivação do trabalho, que demandam reflexão constante e revisão da prática psicológica.

OS DESAFIOS DA PSICOLOGIA NA SAÚDE COLETIVA

Atuar em Saúde Coletiva representa um grande desafio para os profissionais que adentram esse campo. Esta é uma área de trabalho recente na história da Psicologia, que vem se desenvolvendo cotidianamente e, pela dinamicidade da atuação em comunidades, exige práticas inovadoras e propiciadoras de cuidados integrais. A atuação do psicólogo, tradicionalmente solitária, ganha um novo lugar nesse arranjo: integrante de uma equipe, precisará dialogar e compartilhar com outros profissionais a responsabilidade sanitária pelo território que assiste.

O fazer interdisciplinar requerido pela Atenção Básica é tanto fator desafiador, quanto promotor de crescimento ao favorecer o aprendizado com o diferente, representado pelos distintos saberes profissionais, e pela ampliação do olhar sobre o sujeito (cliente/paciente) que, dada sua complexidade não pode ser apreendido por um único campo do saber. Cada usuário, família ou comunidade apresenta questões complexas, que exigem um olhar holístico para sua

compreensão e plano de cuidados adequados à sua necessidade. O diálogo entre os profissionais propicia uma ocasião ímpar para o aprendizado em serviço. Cardoso (2016) compara a interdisciplinaridade ao conceito de contato, oportunidade de assimilação daquilo que é diferente e resulta em uma mudança. Entretanto, processos de mudança não raramente engendram resistência.

Para Campos (1999) o trabalho transdisciplinar tem como dificuldades para sua efetivação a tradição de hierarquização de poder na saúde. Cada profissional é habituado a se fechar no seu saber, sem as trocas necessárias para a compreensão mais global dos fenômenos emergentes. Os núcleos são diversos, mas o campo é comum e deveria agregar os diferentes olhares; “a máquina organizacional em funcionamento nos serviços de saúde produz fragmentação e dificulta o trabalho multiprofissional, quase impedindo a construção de relações transdisciplinares entre os profissionais” (p. 400). Na prática, a inabilidade no fazer interprofissional esbarra em aspectos de poder, e na formação deficitária dos profissionais de saúde para esse encontro. A diferenciação entre os domínios multi, inter e transdisciplinares decorre do grau de coesão e articulação profissional (CARDOSO, MAYRINK, LUCZINSK, 2006).

Embora a atuação interprofissional seja uma questão importante no trabalho em Saúde Coletiva, com potencial de obstaculizar os processos de trabalho no SUS, outros desafios figuram nesse cenário. No que diz respeito ao NASF-AB, pairam dúvidas e entraves próprios de uma política em construção. Em artigo recente sobre a avaliação dos 10 anos da criação do NASF, os autores (MELO *et. al*, 2018) evidenciam as principais dificuldades identificadas na consolidação desta política. Não há delimitações claras sobre as atribuições dos profissionais, por exemplo, no que diz respeito ao equilíbrio na divisão entre as ações técnico-pedagógicas e clínico-assistenciais, individuais e coletivas. O NASF-AB não deve assumir um lugar de ambulatório de especialidades, uma vez que a Atenção Básica não abarca essa modalidade de atendimento, contudo, prevê uma vertente de atuação em reabilitação que, por vezes, é confundida com outros níveis assistenciais. O “nasfiano” atua em conjunto com as equipes de referência, ao mesmo tempo em que delas não faz parte; alterna entre aproximações e distanciamentos para poder intervir nas próprias relações internas das eSF e suas contradições. Atrelado às atribuições profissionais como matriciador, soma-se o papel de articulador da rede, facilitando a comunicação com outros níveis de atenção e serviços intersetoriais. Acrescentam-se desafios financeiros, indisponibilidade de recursos e insumos para realização de ações, ocasionalmente

ausência de apoio da gestão, formação profissional deficitária de “nasfianos” e das próprias equipes de referência para o apoio matricial. Concordamos com MELO (*et al.*, 2018) que, a despeito dos desafios, o NASF-AB desponta como uma potência, embora necessite de estruturação.

No que diz respeito às práticas em Saúde Mental (SM), Gryscek e Pinto (2015) argumentam que, para um trabalho efetivo na Atenção Básica, não basta a inclusão de profissionais especialistas nas equipes de Apoio Matricial, mas que as próprias equipes de Saúde da Família e eAB assumam o cuidado compartilhado nesse contexto. Isso não deve ocorrer como uma demanda extra do seu trabalho em que cabe apenas realizar encaminhamento para avaliação especializada ou atendimento individual, mas uma abertura para o acolhimento e corresponsabilização. Para estes autores, é necessária a capacitação dos profissionais para o cuidado em SM, desenvolvimento de habilidades que superem a visão medicalizante como principal estratégia de cuidado, existência de uma rede de serviços articulados no território, inclusive intersetorialmente, e compromisso da gestão em saúde para possibilitar esse processo de ampliação e fortalecimento do trabalho em SM.

A integração entre as equipes matricial e de referência, favorecem ou dificultam o cuidado que se pretende na Saúde Coletiva de modo geral, e em particular na SM. Quanto mais as equipes entendem a importância da clínica ampliada e do apoio matricial, mais o trabalho flui resolutamente. Do contrário, a inclusão de profissionais matriciadores não mobiliza mudanças na assistência à Saúde Mental. O multidisciplinar supera o interdisciplinar, pois apenas reúnem-se no mesmo espaço profissionais com formações diferentes, o que não garante um espaço de troca e construção conjunta. Na experiência de uma das autoras, percebe-se uma alternância entre o “multi” e o “inter”. No campo da SM, ainda é bastante frequente a percepção de que o atendimento individual, de longo prazo e de responsabilidade exclusiva dos profissionais psi (Psicólogos, Psiquiatras, Psicanalistas), é a única estratégia possível de cuidado. Tal equívoco é combatido constantemente pela educação permanente, orientações aos profissionais, apresentação de literatura sobre o assunto. Porém, pacientes com algum transtorno mental carregam estigmas culturalmente difundidos, a falta de informação, o medo e o preconceito criam barreiras entre profissionais não ligados diretamente à formação em Saúde Mental e a assistência necessária. Embora essa seja uma demanda frequente no cotidiano das eAB:

Estimativas internacionais e do Ministério da Saúde do Brasil apontam que 3% da população necessitam de cuidados contínuos em SM devido a transtornos mentais graves e persistentes. Outros 9% necessitam de atendimentos eventuais em função de problemas menores, como o Transtorno Mental Comum, que pode representar de um terço a 50% da demanda da AB. Somando-se esta demanda aos problemas decorrentes de álcool e drogas, cuja necessidade de atendimento regular atingiria de 6 a 8% da população, pode-se ter uma ideia da amplitude do problema a ser enfrentado no cuidado em SM. (GRYSHECK; PINTO, 2015, p. 3256)

A ampliação da clínica revela impasses relevantes nos processos de trabalho no SUS. Brito (2015), no tocante a esse aspecto, elenca cinco grandes desafios enfrentados pelo Gestalt-terapeuta no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que, a nosso ver, se aplicam perfeitamente à realidade do NASF-AB. O primeiro deles refere-se à novidade representada pela clínica ampliada. Historicamente, o recorte da queixa do paciente, de forma descontextualizada, tornou-se a prática hegemônica na formação e atuação dos profissionais de saúde. Alterar um paradigma culturalmente enraizado exige esforço para se efetivar. Outra questão identificada tratado contato próximo com a realidade total do paciente. Seu contexto de vida, por vezes, evidencia situações de vulnerabilidade que poderão suscitar sentimentos de impotência no profissional. A autora também menciona a dificuldade anteriormente citada de articulação interdisciplinar entre os diferentes profissionais incluídos nas equipes, que facilmente assumem um lugar de disputa de poder. Compreende que “trabalhar em equipe significa aprender o significado da dança das alteridades” (p.177). Um desafio em particular para os psicólogos que trabalham na lógica da clínica ampliada merece destaque:

A multiplicidade de demandas da instituição, dos usuários e da comunidade diante da escassez de psicólogos contratados nas unidades de saúde, gerando uma sobrecarga da qual a jornada de trabalho não dá conta. Isso demanda do Gestalt-terapeuta maior integração com a equipe, disponibilidade e consciência dos próprios limites, não como impedimento e sim como desafio para novas soluções. (BRITO, 2015, p. 176)

A demanda de cuidados na Saúde Pública é sempre maior que a possibilidade de absorção pelos serviços, observa-se uma carência de profissionais disponíveis, sobrecarregando quem presta a assistência. Em sua prática, uma das autoras atua como única profissional da Psicologia na área da Saúde, em um município de população estimada de 8.556 habitantes (IBGE, 2018), com a cobertura apenas da Atenção Básica. A diversidade da demanda inclui transtornos mentais graves, transtorno mental comum, problemas decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, queixas escolares, alto índice de tentativas de suicídio, sofrimento mental decorrente de violência sexual (ainda comum em áreas rurais), conflitos familiares e presença de violência doméstica. São muitos os casos que demandam uma intervenção psicológica, alguns deles, na modalidade de psicoterapia, contudo não há disponibilidade dessa oferta. A articulação com as equipes de referência nessa conjuntura é imprescindível, demanda a definição de fluxos e pactos de trabalho que respeitem casos de maior urgência que necessitam de intervenções individuais e desenvolvimento de outras modalidades de cuidado, a exemplo da própria interconsulta e capacitação dos profissionais das eSF para intervirem em situações de sofrimento mental comum.

O último item elencado por Brito (2015) refere-se ao

Impasse diante de questões políticas que fogem da sua ingerência como profissional, mas interferem em sua atuação, seus valores e sua ideologia. Isso exige, de um lado, jogo de cintura e criatividade para driblar as questões inerentes às instituições públicas – fazer muito com um mínimo de condições. De outro, uma ação política de mobilização social. (p. 177)

A assistência em Saúde vai além do acesso aos profissionais e procedimentos. Como conceito ampliado inclui estratégias de lazer, cultura, esporte, dentre outras. Na Saúde Mental, prioriza-se o modelo psicossocial que valoriza a vinculação do paciente com a família e a comunidade. Há um empobrecimento da assistência na medida em que são escassas as ofertas no território que agreguem o PTS, que, nesse caso, fica reduzido à doença, às consultas e à conduta farmacológica. O “mínimo de condições” impacta também na carência de materiais para as ações de educação em saúde e nos grupos, precariedade no transporte e deslocamento das equipes para comunidades distantes.

Assim como saúde engloba diferentes dimensões da vida humana, o sofrimento também provém de muitas fontes. A “ação política de mobilização

social” (BRITO, 2015, p. 177) requerida do profissional de saúde precisa redundar em práticas emancipadoras. Diariamente, são trazidas ao serviço público demandas de sofrimento emocional, que evidenciam atravessamentos individuais e sociais dos mais diversos, que interferem no projeto existencial daquele que sofre. O sanitarista Sérgio Arouca discorre sobre o que nos afeta, para além da existência ou não de uma patologia, somos constantemente confrontados pela miséria, pela violência e pela impotência. Saúde

[...] é um bem-estar físico, social, afetivo e que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e descente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo [...] (AROUCA, 2013)

A associação feita por Arouca entre democracia e saúde, se coaduna com o que Bader Sawaia chama de sofrimento ético-político, entendido como processos de injustiça, desigualdade e exclusão que despotencializam o sujeito, causando sofrimento. Atingindo predominantemente as camadas mais pobres da sociedade (BERDINI, 2014). Entendemos a mobilização social do gestalt-terapeuta nas práticas em saúde como o olhar ampliado, que considera a complexidade dos atravessamentos contidos nas queixas com que nos defrontamos todos os dias e na busca pela saúde enquanto qualidade de vida, autonomia e protagonismo. (2019) endossa essa visão ao argumentar que “a psicologia precisa se tornar instrumento libertário saindo de sua condição alienadora e alienante”, e contribuir para “uma sociedade mais justa, digna e fraterna” (p. 17).

Frente às adversidades colocadas para a Psicologia na Saúde Coletiva expostas até aqui, a Gestalt-terapia fornece subsídios para uma atuação que

favoreça o crescimento e emancipação dos sujeitos assistidos, através da clínica ampliada, do arcabouço teórico e estratégias de cuidado na direção da retomada da homeostase e ampliação de *awareness*. Como recurso possível para o trabalho no NASF-AB, a Gestalt-terapia dispõe de modalidades de abordagem de curta duração e desenvolvimento de grupos, relevantes para lidar com a grande demanda do serviço público. Ambas são estratégias focais que buscam enfrentamento de questões que são figura para o sujeito naquele momento e buscam capacitá-lo para gerir sua própria vida. Como dito anteriormente, saúde na visão gestáltica é entendida como produção de cuidado e não necessariamente a cura (BRITO, 2015). Chiaverini *et al.* (2011) corroboram com esta visão ao ressaltar que “as equipes não são responsáveis pela resolução do sofrimento emocional e dos problemas da população sob seus cuidados. Sua obrigação é acompanhar, criando espaços de superação e de reestruturação, utilizando todos os recursos disponíveis” (p. 27). Interessa o que há de preservado, e não apenas o que é disfuncional na realidade de vida da pessoa.

As estratégias de curta duração se adequam bem a realidade onde ocorre a escuta do psicólogo de NASF-AB. Como não há uma estrutura específica para essa equipe, o acolhimento e suporte individuais, quando necessários, acontecem em qualquer espaço disponível. Esse espaço difere do conhecido *setting* terapêutico da clínica clássica, praticada em consultório privado, com um mínimo de estruturação. Na nossa prática, ocorre a adaptação de espaços de escuta na rua, na sala de expurgo da UBS, em uma calçada, na sala de atendimento da equipe de saúde bucal. Em algumas comunidades, o acesso só é possível uma vez ao mês, ou esporadicamente, exigindo do profissional ajustamento de um modelo de atendimento que seja diretivo, planejado, resolutivo e ao mesmo tempo espontâneo, considerando o método fenomenológico. A disponibilidade do gestalt-terapeuta para se adaptar ao possível, e não exatamente ao ideal é de fundamental importância. O que há de terapêutico na intervenção é a abertura para o encontro, seja ele contínuo ou único.

Como apontado até aqui, a atuação psicológica na Saúde Coletiva se desenvolve no terreno de muitos desafios, que aos poucos vão se estruturando na construção de um SUS de qualidade. A Gestalt-terapia se mostra eficaz na superação destas adversidades, como uma proposta congruente com o conceito de saúde enquanto bem-estar biopsicossocial, alinhada às políticas públicas de saúde e com importantes contribuições para a atuação transformadora requerida pela Psicologia na Atenção Básica.

Constitui o cotidiano do psicólogo “nasfiano” adequar modalidades de atendimento, fluxo de urgência, estreitar os laços com outros atores que possam colaborar na assistência aos pacientes, sair da zona de conforto e do previsível para se lançar na construção de um saber que se faz em ato. Além de disponibilidade e suporte para lidar com o não saber, com a impotência, com os atravessamentos sociais e de outras ordens manifestos nas queixas, porém, sem se paralisar diante desses desafios. É criar novas possibilidades, não se abster do compromisso social e ético da profissão, dar voz aos pacientes que não são e nem devem ser considerados passivos, refletir a prática, buscar capacitação contínua e se ajustar criativamente todos os dias.

O contexto da Saúde Coletiva torna possível o aprendizado com saberes tão diversos, com os profissionais das equipes de AB e com a população, que tem sua própria sabedoria na resolução dos problemas com que se deparam. Mesmo que a solução seja pela via do sintoma, este é o ajustamento criativo possível naquela situação e nos mostra o caminho para retomada do equilíbrio. A abertura para a aprendizagem que o cotidiano nos oferta é um ganho no trabalho com comunidades.

Longe de esgotar a temática dos desafios colocados ao psicólogo no NASF-AB, entendemos serem necessários a reflexão e o questionamento constante sobre o propósito da nossa prática no SUS e sobre como ela pode estar a serviço das pessoas para que “tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes” (AROUCA, 2013). Que legitime o lugar da Psicologia como agente de transformação social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Revista IGT na Rede, V.8, Nº 15, 2011, Página 216 a 226. Disponível em <<http://www.igt.psc.br/ojs/>> Acesso em 24 de abril de 2019.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ANGERAMI, V. A. Psicologia da saúde. Novas buscas conceituais... In: ANGERAMI, V. A. (Org.) **A Psicologia da saúde na prática: teoria e prática**. Belo Horizonte: Artesã, 2019.

AROUCA, Sérgio. Democracia é Saúde. **Youtube**. 2013. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=-_HmqWCTEeQ> Acesso em 02 de abril de 2019.

BELLO, AngelaAlles. **Introdução à fenomenologia** / Tradução Ir. Jatinta Turolo Garcia e Miguel Mahfoud. Bauru, SP: Eduse, 2006.

BERDINI, F.M.A. Sofrimento ético-político: uma análise do estado da arte. **Psicologia e Sociedade**, 26 (n. spe 2), 60-69, 2014.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

_____. 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.

_____. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 176p.:il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

_____. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

_____. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, n.183, p.68, 22 set. 2017a.

_____. **Portaria de Consolidação nº 3**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prco003_03_10_2017.html>. Acesso em: 10 set. 2018.

BRITO, M. A. Q. Gestalt-terapia na clínica ampliada. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Orgs.). **A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-Terapia**. São Paulo: Summus, 2015. P. 163-180.

BUBER, Martin. **Eu e Tu**. Tradução do alemão, introdução e notas por Newton Aquiles Von Zuben. 10. ed. São Paulo: Centauro, 2001. 170 p.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a organização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 4 (2): 393-403, 1999.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.

CARDOSO, Cláudia Lins. A escuta fenomenológica em psicoterapia. In: VII Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica, 2002, Goiânia. **Revista do VII Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica**. Goiânia: ITGT, 2002. p. 61-69.

_____. Grupos terapêuticos na abordagem gestáltica: uma proposta de atuação clínica em comunidades. **Estudos e pesquisas em psicologia**; UERJ, RJ. Ano 9, n.1, P. 122-136, 2009. Disponível em <<http://www.revispsi.uerj.br/v9n1/artigos/pdf/v9n1a10.pdf>> Acesso em 20 de março de 2019.

_____. A face existencial da Gestalt-terapia. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Orgs.). **Gestalt-Terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013, p. 59-75.

_____. A Gestalt-Terapia no PET-Saúde: uma experiência em saúde coletiva. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Orgs.). **Modalidades de intervenção em Gestalt-Terapia**. São Paulo: Summus, 2016, p. 187-210.

CARDOSO, Cláudia. L.; MAYRINK, Aline. R.; LUCZINSK, Giovana. F. O Psicólogo Clínico na Comunidade: Desafios e Possibilidades. **Revista da Abordagem Gestáltica – XII(2)**: 13-26, jul-dez, 2006.

CHIAVERINI, Dulce Helena (organizadora) et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

COSTA, L. F.; BRANDÃO, S. N. Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. **Psicologia & Sociedade**; 17 (2): 33-41; mai/ago. 2005.

DIMENSTEIN, Magda. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 5, n. 1, p. 95-121, Junho de 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413294X2000000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Ago. 2018.

DIÓGENES, J., & PONTES, R. J. S. (2016). A atuação do psicólogo na estratégia saúde da família: articulações teóricas e práticas do olhar gestáltico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, 36(1): 158-170. doi:10.1590/1982-3703001702014.

EVANGELISTA, P. Interpretação Crítica da teoria de Campo Lewiniana a partir da Fenomenologia. **Centro de Formação e Coordenação de Grupos em Fenomenologia**. 2010. Disponível em <http://www.fenoegrupos.com/JPM-Article3/index.php?sid=14>. Acesso em 05 de abril de 2019.

FELJOO, Ana Maria Lopez Calvo de. **A escuta e a fala em psicoterapia: uma proposta fenomenológico-existencial**. São Paulo: Vetor, 2000.

FRAZÃO, Lilian Meyer. Um pouco da história...um pouco dos bastidores. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K.O. (orgs.) **Gestalt-Terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013.

FREITAS, Julia Rezende Chaves Bittencourt de. A relação terapeuta-cliente na abordagem gestáltica. **Revista IGT na Rede**, v. 13, nº 24, 2016. p. 85 – 104.

FIRMINO, Sueli; REIS FILHO, José;. Clínica escola: desafios para a formação do psicólogo. In: FILHO, José; FRANCO, Vania (orgs.). **Aprendizes da Clínica**: Novos Saberes psi. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

GALLI, L. M. P. Um olhar fenomenológico sobre a questão da saúde e da doença: a cura do ponto de vista da Gestalt-Terapia. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. UERJ, RJ, Ano 9, nº1, p. 58-70, 2009. Disponível em <<http://www.revispsi.uerj.br/v9n1/artigos/pdf/v9n1a06.pdf>> Acesso em 22 de fev. de 2019.

GRYSCHKEK, G.; PINTO, A. Saúde Mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na Atenção Básica? **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(10):3255-3262, 2015.

HYCNER, Richard. **De pessoa a pessoa**: psicoterapia dialógica. São Paulo: Summus, 1995.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Panorama**. 2018. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/japonvar/panorama>. Acesso em 02 de abril de 2019.

LIMA, Patrícia Valle de Albuquerque. Autorregulação organísmica e homeostase. In: FRAZÃO, Lilian M.; FUKUMITSU, Karina O. (orgs.). **Gestalt-Terapia**: conceitos fundamentais. (Coleção Gestalt-terapia: fundamentos e práticas, 2). São Paulo: Summus, 2014.

LUCZINSKI, G. F.; ANCONA-LOPEZ, M. A psicologia fenomenológica e a filosofia de Buber: o encontro na clínica. **Estudos de Psicologia**. Campinas. p. 75-82. janeiro - março 2010.

MELO, E. A; MIRANDA, L.; SILVA, A.M.; LIMEIRA, R.M.N. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 328-340, setembro 2018.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**. 3 (2): 5-21, 1994.

PEREIRA, Mabel. Gestalt-terapia e saúde mental: contribuições do olhar gestáltico ao campo da atenção psicossocial brasileira. **Revista IGT na Rede**, v. 5, nº 9, 2008, p.168-184. Disponível em <http://www.igt.psc.br>

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

PINTO, A. G. A.; SAMPAIO, K. R.; LOBO, A. C.; MACIEL, B. D.; JORGE, M. S. B. Grupos prioritários da estratégia saúde da família: a atenção primária à saúde na prática. **Journal of Nursing and Health**. 2016; 6(3): 366-78.

PUCHIVAILO, M. C.; SILVA, G.B. da; HOLANDA, A. F. A Reforma na Saúde Mental no Brasil e suas Vinculações com o Pensamento Fenomenológico. **Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies** – XIX(2): 230-239, jul-dez, 2013.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **Gestalt-Terapia**: refazendo um caminho. 8ª edição. São Paulo: Summus, 2012.

_____. **O ciclo do contato**: temas básicos na abordagem gestáltica. 7ed. São Paulo: Summus, 2017.

RONZANI, Telmo Mota; PAIVA, Fernando Santana. A inserção do psicólogo na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios do trabalho em saúde coletiva. **Revista APS**, v. 12, n. 1, p.88-92, jan/mar 2009.

GESTALT-TERAPIA E O ATUAL PARADIGMA DE SAÚDE MENTAL: ARTICULAÇÕES E APROXIMAÇÕES

CAPÍTULO 9

*Rosimara Reis da Silva
Claudia Lins Cardoso*

O paradigma cartesiano levou à fragmentação do conhecimento, fomentando a departamentalização das instituições educacionais e a divisão do conhecimento em áreas estanques (ARAÚJO, 2010). Essa lógica dicotômica e reducionista ainda não superada, incide ainda hoje nas práticas em saúde, imprimindo a necessidade de um movimento constante de superação do modelo biomédico através da defesa de ações e concepções em saúde que admitam uma perspectiva biopsicossocial.

No campo da Saúde Mental, grandes esforços vêm sendo feitos no sentido de superação do modelo tradicional biomédico e da forma fragmentada de compreender o processo saúde-doença, entendendo que essa visão é geradora de ofertas em saúde reducionistas e muitas vezes, opressivas, excludentes e violentas. Nesse contexto de mudanças no campo da Psicopatologia e da Saúde Mental, emerge o movimento da Reforma Psiquiátrica, que propõe a construção de uma nova forma de compreender e tratar os sujeitos em sofrimento psíquico, mobilizando a reestruturação da atenção em Saúde Mental no Brasil. O processo de Reforma ainda está em andamento e, mais do que nunca, imprime desafios na luta pela garantia de direitos e dignidade das pessoas em sofrimento psíquico.

Amarante (2007) afirma que o campo da Saúde Mental é tão profundamente complexo e polissêmico, que torna-se difícil a delimitação das fronteiras dos saberes que o integram. Dessa maneira, considerando a contribuição da ampliação de saberes e de formas de compreender homem e mundo para a construção de uma clínica verdadeiramente ampliada, pretende-se tecer uma reflexão acerca das aproximações e articulações possíveis entre a abordagem gestáltica e o atual paradigma de Saúde Mental, visando elucidar as contribuições que

essa abordagem pode oferecer na práxis em Saúde Mental e no fortalecimento de propostas de cuidado antimanicomiais.

O interesse pelo tema emergiu da experiência profissional de uma das autoras como referência técnica em Saúde Mental em um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil. Sendo assim, o desenvolvimento desse trabalho configura-se também como oportunidade de materializar uma integração vivenciada na prática, do conhecimento enquanto Gestalt-terapeuta e trabalhadora de Saúde Mental.

REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO PARADIGMA DE SAÚDE MENTAL

Em contradição à perspectiva reducionista cartesiana, nos deparamos com fenômenos complexos e multideterminados, que deflagram a limitação do modelo de ciência positiva, convocando a necessidade de uma transformação epistemológica. Nesse sentido, Amarante (2007) pontua a insuficiência do modelo científico dualista-racionalista, que, para ele, é evidenciada quando se trata de temáticas como a da Saúde Mental.

A crítica da fenomenologia de Husserl à visão positivista e ao paradigma cartesiano influenciou diversas áreas de conhecimento, dentre elas a psicopatologia e o campo da Saúde Mental. Sendo assim, o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira e as atuais concepções nesse campo encontram forte inspiração no pensamento fenomenológico de Edmund Husserl e, sob a perspectiva de Amarante (2007), configuram-se como um desdobramento natural da mudança de paradigma da ciência, já que o modelo positivista se mostrou ineficiente para abarcar a complexidade da subjetividade humana.

A organização do cuidado ao doente mental no Brasil, os chamados alienados, se constitui sob um viés de segregação e de opressão, em que o louco era reconhecido como parte da desordem social (CASTEL, 1978). Em contrapartida, ao final da II Guerra Mundial, expressões de contestação e críticas em relação ao saber psiquiátrico e suas práticas se faziam presentes em lugares distintos do mundo, deflagrando movimentos como a Psiquiatria de Setor (França), as Comunidades Terapêuticas (Inglaterra) e a Psiquiatria Preventiva (EUA).

No contexto brasileiro, a influência desses movimentos também se fez presente. Com o fim da ditadura e o retorno ao Estado de Direito, as ideias propostas por Michel Foucault, Erving Goffman, Robert Castel e Franco Basaglia, dentre outros nomes, ganharam espaço. A partir dessas influências, o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil tem início na década de 70, encontrando forte inspiração na experiência italiana conduzida por Franco Basaglia.

Para Basaglia, a psiquiatria, ao separar a doença da existência global do sujeito, passou a ocupar-se da doença e não da pessoa em sofrimento. Dessa maneira, este autor, apropriando-se da postura epistêmica fenomenológica, propunha que a doença fosse “colocada entre parênteses” e não o sujeito, para que assim, ao suspender pré-conceitos e apriores, fosse possível ocupar-se do sujeito e de sua experiência subjetiva (AMARANTE, 2007).

Amarante (2007) elucida a dimensão particular que os direitos humanos assumem no campo da Saúde Mental no contexto brasileiro. O autor assevera que, apesar da importante contribuição da revisão e criação de leis no processo da Reforma, tornar as pessoas cidadãs e sujeitos de direitos não é algo que possa ser garantido via decreto, já que se trata de um processo social complexo que envolve transformações em dimensões socioculturais, teórico-conceituais, técnico-assistenciais e jurídico-políticas.

A Reforma Psiquiátrica mobilizou a reestruturação da atenção em Saúde Mental no Brasil. Desde então, importantes avanços vêm sendo conquistados. Políticas públicas e dispositivos de cuidado vêm sendo desenvolvidos na Atenção em Saúde Mental, como os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, dentre eles: as redes de atenção à Saúde Mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos psiquiátricos em hospitais gerais, residências terapêuticas, oficinas terapêuticas, etc. Além disso, Amarante (2007) ressalta a importância de outras estratégias que possibilitam a ampliação do cuidado em saúde e que incidem diretamente na Saúde Mental.

Apesar de todos esses avanços, Bezerra Jr. (2007) atenta para o fato de que a manifestação da resistência às propostas reformistas se dá indiretamente, através de aspectos como por exemplo: a ênfase no tratamento medicamentoso como único eficaz, o modelo de atenção ainda centrado na figura do médico e o excesso de utilização da nosografia descritiva dos manuais diagnósticos em detrimento às dimensões psicodinâmica, fenomenológica e psicossocial das psicopatologias.

No entanto, no momento político atual, resistências explícitas vêm ganhando força e sendo legitimadas. A Nota técnica do Ministério da Saúde Nº 11/2019, intitulada “Nova Saúde Mental”, publicada pela Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, esclarece as mudanças implementadas entre 2017 e 2018 na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, evidenciando um movimento na contramão dos pressupostos reformistas. A nota apresenta, entre outros aspectos, a indicação

de ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs).

Diante do exposto, é notório que a Reforma se encontra em processo, e que tem se dado a partir de profundas construções e desconstruções. Além disso, a dimensão desafiadora do cenário atual imprime grandes desafios e reforça a necessidade de fortalecimento na luta pela garantia de direitos e dignidade das pessoas em sofrimento psíquico.

Esse fortalecimento na luta pela construção de um paradigma em Saúde Mental capaz de abarcar a amplitude dos processos saúde-adoecimento e garantir uma oferta de cuidado humanizada, parte fundamentalmente da interlocução entre saberes e campos distintos. Só através da interdisciplinaridade e da transversalidade de saberes é possível construir propostas de intervenção e cuidado condizentes com nossa realidade e nossas demandas.

Sob esse mesmo olhar, Angerami (2019) pontua a importância do desenvolvimento de teorias alicerçadas em nossa realidade social, defendendo uma classificação genuinamente brasileira para a Psicologia da Saúde, que se aproxime verdadeiramente das reais necessidades de nossa população e contemple aspectos próprios do nosso contexto. O autor defende uma Psicologia que não se restrinja a uma elite que dispõe de recursos, que esteja atenta à essas questões sociais e comprometida na garantia pela justiça e dignidade, podendo ser efetivamente um instrumento de transformação social.

Sendo assim, partindo da contribuição da ampliação de saberes e de formas de compreender homem e mundo como ferramentas para a construção de propostas de cuidado verdadeiramente condizentes com as distintas realidades, a Gestalt-Terapia será apresentada como uma abordagem cuja fundamentação teórica oferece recursos inestimáveis ao psicólogo atuante nesta área, de modo a contribuir para o processo de transformações na Saúde Mental, bem como no enfrentamento das problemáticas vivenciadas nesse campo.

Dentre seus principais pressupostos, a Gestalt-terapia defende que a apreensão da realidade se dá com e na mesma, através do contato. Além disso, encontra em sua fundamentação a dimensão de totalidade organismo-ambiente e o caráter de integração, prezando por uma dimensão processual. Dessa maneira, configura-se como um construto teórico que se coloca também em processo, sendo passível de mudanças e reformulações. Essa particularidade a torna instrumento importante de ruptura com determinismos e reducionismos, tendo muito a contribuir para o campo da Saúde Mental. De acordo com essa visão

processual e antidogmática a que a abordagem se propõe, Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2012) defendem que:

[...] na esteira de Michel Foucault (1963), acreditamos que a clínica antes de ser o lócus de uma disciplina científica, é o espaço ético de crítica aos saberes. O que não significa que a própria prática clínica não mereça ser criticada. E talvez seja essa a principal função das reflexões teóricas. Mais do que “validar” ou “fundar” práticas, somos partidários da posição de Perls, Hefferline e Goodman (PHG, 1951), iniciadores da Gestalt-terapia, para quem, no contexto das práticas clínicas, a teoria não deve cumprir uma função epistêmica, mas crítica, funcionando como “marco diferencial” entre o já conhecido e o inédito. Somente assim ela poderá advertir o profissional sobre os limites entre a dogmática e a inovação, sobretudo a inovação que emerge da parte dos consulentes, dos usuários, enfim, dos beneficiários das intervenções clínicas[...] (MULLER-GRANZOTTO; MULLER-GRANZOTTO, 2012, p. 23)

Sobre a inserção da abordagem no campo da Saúde Mental, Pereira (2008), problematiza que apesar de haver inserção de Gestalt-terapeutas que se orientam segundo os pressupostos da abordagem nesse cenário de prática, as produções teóricas que tratam da inserção do psicólogo nesse campo, ainda são predominantemente psicanalíticas. A autora menciona avanços nesse panorama com o crescimento de publicações. Contudo, reforça a importância de estudos que fomentem o reconhecimento da Gestalt-terapia por outras áreas de conhecimento, enquanto uma prática fundamentada em pressupostos consistentes e coesos.

GESTALT-TERAPIA

A Gestalt-terapia foi desenvolvida através da sistematização de várias influências filosóficas, metodológicas e terapêuticas pelo alemão Fritz Perls e colaboradores. Trata-se de uma abordagem fundamentada em pressupostos filosóficos do Humanismo, Existencialismo e da Fenomenologia, que propõe uma compreensão do homem em sua totalidade. Além das influências filosóficas, a Gestalt-terapia tem como principais teorias de base a Psicologia da Gestalt, a Teoria de Campo e a Teoria Organísmica (RIBEIRO, 2012).

Dentre outras influências importantes, a referida abordagem encontra forte inspiração no existencialismo dialógico de Martin Buber, elegendo a ati-

tude Eu-Tu e a relação dialógica como instrumentos fundamentais do processo terapêutico. Em conformidade com a perspectiva compreensiva do homem enquanto ser relacional, Martin Buber propõe o diálogo como condição de existência do homem como ser-no-mundo, concebendo a relação inter-humana como meio de realização do ser, sendo, portanto, aspecto inerente a existência humana. Sendo assim, em detrimento de uma concepção de ser em si, compreende-se que a existência do homem emerge do encontro dialógico e do campo inter-humano (YONTEF, 1998).

Em Gestalt-terapia, o contato é um conceito fundamental, configurando-se como um processo básico do relacionamento, permitindo trocas entre organismo e meio e resultando em crescimento. Dessa maneira, todo contato apresenta um caráter dinâmico e criativo, uma vez que se defronta com o novo. Ademais, é através da manutenção da diferença que o organismo vive em seu ambiente, de maneira que nossa existência depende de que no contato com o ambiente, possamos ao mesmo tempo assimilar e nos diferenciar (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997).

O processo psicoterapêutico em Gestalt-terapia busca a tomada de consciência global de nossos processos e de como funcionamos no aqui e agora, de maneira que possamos ampliar nosso campo vivido e também nossa liberdade de escolher (GINGER; GINGER, 1995). Sendo assim, é objetivo fundamental da Gestalt-terapia a promoção de *awareness*, que é dar-se conta de algo de maneira integrada e totalizante. Yontef (1998) afirma que a Gestalt-terapia defende a ideia de mudanças espontâneas, através do contato e da *awareness*, levando a atitudes de aceitação, escolha e responsabilidade, que promovem o crescimento da pessoa. Sendo assim, na medida em que amplia o contato consigo mesma e com o mundo, também amplia sua capacidade de *awareness* (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997).

GESTALT-TERAPIA E LUTA ANTIMANICOMIAL: UMA PROPOSTA REFORMISTA

A violência que mancha a história brasileira na forma de tratar a “loucura”, ainda que tenha sido sustentada por um complexo arranjo histórico, social e político, é fundamentalmente uma violência contra os modos de ser-no-mundo de pessoas que se encontram em condições de sofrimento. E embora haja uma luta veemente no combate dessas práticas, mais do que aprisionar corpos, a perspectiva manicomial encontra outras expressões de violência e aprisionamento, extrapolando o aspecto da institucionalização.

Dentre esses modos de opressão, podemos mencionar: a supressão da autonomia e do protagonismo do usuário em seu projeto existencial e terapêutico, interpretações com função de assegurar um lugar de saber em detrimento do saber do sujeito sobre si mesmo, o aprisionamento em quadros nosológicos e sintomas ao invés de reconhecer e legitimar o significado do adoecimento e da experiência subjetiva do usuário, bem como o uso de diagnósticos sob uma perspectiva de fechamento e não a serviço de uma abertura para o encontro com a pessoa em sofrimento. Enfim, tantas outras prisões e enquadres, não menos violentos que a reclusão e a segregação.

Assim como as novas concepções de cuidado, a Gestalt-terapia também se orienta no sentido da desconstrução dessas formas de violência e desrespeito da subjetividade humana. Dessa forma, serão apresentadas consonâncias teórico-conceituais entre esses dois campos, elucidando possibilidades de interlocução e articulação que podem ser colocadas a serviço do fortalecimento de práticas em saúde condizentes com as diretrizes reformistas.

CARÁTER ANTIMANICOMIAL DA CONCEPÇÃO ANTROPOLÓGICA GESTÁLTICA

As apropriações filosóficas feitas pela Gestalt-terapia do Existencialismo, do Humanismo e da Fenomenologia sustentam uma visão de homem livre, autônomo, responsável pelo seu projeto existencial, detentor do saber sobre si e em constante processo de construção. Essa concepção antropológica encontra convergência com a proposta “antimanicomial” em seu sentido mais amplo.

Sob esse olhar, o saber/poder psiquiátrico e o direito de controle sobre os corpos, comportamentos e demais expressões da subjetividade não encontram sustentação. Além disso, a concepção de homem enquanto ser de relação, bem como a compreensão do adoecimento em seu aspecto relacional, diverge categoricamente de qualquer intervenção que parta da reclusão e da supressão do convívio social como forma de tratamento. Coerente com esta perspectiva, Ribeiro (2012) apresenta uma compreensão do homem como “centro de sua própria libertação, de sua própria liberação, partindo filosoficamente do pressuposto de que a pessoa necessitada, no caso do cliente, é quem detém o poder e a última palavra sobre si própria” (RIBEIRO, 2012, p. 51).

A visão existencial do homem, enquanto ser de liberdade, de possibilidades e escolhas, sugere o fortalecimento de intervenções orientadas para a autonomia. Esse é um aspecto que também encontra centralidade no campo

da Atenção Psicossocial. Sobre essa questão, Jorge et al (2011), em estudo direcionado a analisar os dispositivos que possibilitam o cuidado no cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), atentam para que não se perca de vista o objetivo primordial do trabalho em saúde, sendo ele, a redução do sofrimento, a melhoria da qualidade de vida e o desenvolvimento da autonomia dos usuários. Além disso, pontuam que na relação de cuidado entre o trabalhador de Saúde Mental e o usuário, o acolhimento e o vínculo são determinantes, e facilitadores da construção da autonomia.

Em concordância com essa visão, Campos, Toledo e Faria (2011) elucidam que, ao trabalhar com a concepção de que o ser humano é responsável pelo que acontece consigo, é preciso que seja desenvolvido seu autoapoio. Dessa maneira, através da ampliação da *awareness*, é possível que faça uso de recursos próprios para o enfrentamento das circunstâncias diárias, o que favorece a promoção da autonomia.

A perspectiva humanista coloca o homem como centro, buscando trazer suas dimensões positivas e suas potencialidades. Sobre esse aspecto, Pinto (2009) esclarece que, a partir das raízes do humanismo, a Gestalt-terapia concebe o homem enquanto ser de possibilidades, enfatizando seu caráter criativo e transformador e privilegiando o que nele há de positivo. O autor defende que tal concepção não anula o que há de trágico e negativo em relação ao homem, contudo, o compreende como ser inacabado, sendo sempre capaz de buscar se aperfeiçoar.

Na construção do cuidado em Saúde Mental, a identificação das potencialidades da pessoa em sofrimento, bem como suas redes de suporte, interesses e habilidades são fundamentais para a construção do projeto terapêutico singular. Apostar no potencial humano não significa alienar a dimensão da psicopatologia, trata-se de poder identificar recursos para lidar com as dimensões do sofrimento. Ademais, as apropriações humanistas também se encontram presentes na maneira em que a Gestalt-terapia concebe o adoecimento. De forma que, apesar da patologia se tratar de um ajustamento desatualizado e enrijecido, continua sendo expressão da sabedoria orgânica, sendo a melhor forma que o indivíduo encontrou de lidar com determinada situação.

A fenomenologia, enquanto método de compreensão da realidade, também encontra sua dimensão antimanicomial, ao passo que permite uma clínica que não aprisione o sentido subjetivo das experiências. Nesse sentido, segundo Ribeiro (2012, p. 66), a partir da redução fenomenológica é possível “encontrar-se com o cliente nele, com ele, através dele”. Partindo dessa concepção,

Pinto (2015) em obra dedicada à compreensão diagnóstica em Gestalt-terapia, ressalta as particularidades do diagnóstico fundamentado na fenomenologia e se apropria do que Frazão (1991) denomina “pensamento diagnóstico processual” para reforçar o caráter mutável da compreensão diagnóstica e a importância de uma atitude que permita a expressão da originalidade do cliente.

Dessa maneira, sob o viés biopsicossocial e a partir de uma compreensão fenomenológica, busca-se a superação do modelo biomédico expressa na maneira de tecer o pensamento diagnóstico. Sobre essa questão, Pereira (2008) afirma que assim como a Atenção Psicossocial, a Gestalt-terapia aparta-se do modelo causal de descrição de saúde e patologia, dando ênfase ao campo interacional organismo-ambiente. Dessa forma, as disfunções e funcionamentos não saudáveis são apreendidos enquanto uma totalidade integrada, sob um olhar fenomenológico.

PERSPECTIVA DE CAMPO E A CONSTRUÇÃO DE NOVAS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO

Pensar o indivíduo a partir da Teoria de Campo requer o abandono de modelos causais simplistas, buscando compreendê-lo abarcando a complexidade de suas inter-relações. Nesse mesmo sentido, na prática em Saúde Mental, é imprescindível uma compreensão integrada do usuário e de seu contexto. Sendo assim, é fundamental que serviços e dispositivos que integram a Rede de Atenção Psicossocial estejam atentos aos recursos objetivos e subjetivos presentes na realidade do usuário, buscando compreender de que maneira tais recursos podem contribuir para sua inclusão, emancipação e autonomia, e por outro lado, de que maneira também incidem na dimensão de seu sofrimento.

O modelo de Atenção Psicossocial alicerçado pela reforma psiquiátrica, objetiva fundamentalmente, a reinserção de pessoas em sofrimento em seu meio social. Sendo assim, a valorização da relação do usuário com o seu território é parte central do cuidado ofertado. Em concordância com essa visão, sob a compreensão gestáltica, não é possível tratar do cuidado em Saúde Mental sem integrar as outras partes do campo do usuário, uma vez que seu processo saúde-adoecimento se constrói e também se ressignifica a partir das relações que ele estabelece com o meio.

Nesse sentido, a dimensão territorial do trabalho em Saúde Mental possibilita que a assistência deixe de ser centrada na doença e que garanta que a reinserção social não se limite ao espaço dos serviços, o que seria uma reprodução da lógica manicomial. Essa circulação dos usuários dentro do território,

bem como a articulação com elementos constituintes de seu campo interacional, oportuniza acolher os entraves e dificuldades ainda existentes na inclusão de pessoas em condição de sofrimento mental em sociedade e poder buscar estratégias de enfrentamento.

Em concordância com o exposto, Pereira (2008) defende que a perspectiva de campo e o olhar mais ampliado para o sujeito, implicam que a forma de entender o tratamento esteja diretamente associada a produção de trocas sociais, impulsionando um trabalho voltado para uma atuação “extramuros”. A autora reforça que a visão gestáltica, nesse sentido, é uma ferramenta privilegiada para construir novas práticas terapêuticas.

Nessa ótica, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), também inseridos na dinâmica do município, não devem ser compreendidos enquanto um espaço de cuidado à parte, já que fazem parte de um campo maior. A medida em que a Rede de Atenção Psicossocial se vê integrada a esse campo mais amplo, também encontra possibilidade de ampliação do trabalho no campo social, fomentando o diálogo com a comunidade. Esse aspecto do trabalho caracteriza um instrumento de luta essencial para o desenvolvimento de reformulações e transformações culturais acerca da Saúde Mental e da “loucura”.

TEORIA ORGANÍSMICA E A CONCEPÇÃO AMPLIADA DE SAÚDE

Em detrimento do paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico, o novo paradigma de Saúde Mental compreende o processo saúde-doença em sua complexidade, considerando o indivíduo em sua totalidade e as dimensões objetivas e subjetivas que constituem o sofrimento psíquico.

Sob a visão gestáltica de organismo em sua totalidade e em constante interação com o meio, a pessoa em sofrimento psíquico não é passível de ser compreendida por si só, de maneira cindida. De forma que os elementos do campo, bem como as dimensões sociais e relacionais se fazem imprescindíveis para a compreensão de seu sofrimento. Além disso, ainda que em circunstâncias críticas de existência, as dimensões da sabedoria organísmica e seu potencial regulador encontram-se presentes. Sob esse viés, não é possível tratar saúde e doença como processos distintos e fragmentados, uma vez que a doença/sintoma carrega também a expressão do recurso criativo do organismo e de seu potencial para o crescimento.

Na visão da Gestalt-terapia e do Novo Paradigma de Saúde Mental, a pessoa em sofrimento psíquico é compreendida dentro de um campo (contexto) e considerada em sua singularidade e complexidade, a partir de um olhar biop-

sicossocial. Para Pereira (2008) a Gestalt-terapia, assim como a Atenção Psicossocial, defende que todas as expressões e manifestações devem ser compreendidas em função do campo interacional entre organismo/ambiente, recusando, portanto, o modelo de descrição de patologias oriundo das ciências biomédicas. A concepção psicopatológica, nesse sentido, em detrimento da visão psicopatológica tradicional, deve enfatizar as interações organismo/ambiente e as relações que o sujeito estabelece com seu sintoma e com o mundo (PEREIRA, 2008).

Além disso, o campo da Atenção Psicossocial, assim como a abordagem gestáltica, busca romper na prática com a perspectiva de cura, de normatização e de adaptação de comportamentos socialmente tidos como disfuncionais. Partindo de uma perspectiva em que, “o normal não deve ser definido pela adaptação, mas ao contrário, pela capacidade de inventar novas normas” (apud Ginger; Ginger, 1995, p. 15), as intervenções e propostas de cuidado em saúde devem se dar segundo as potencialidades e possibilidades de cada sujeito com os recursos internos e externos que tem disponíveis, e não objetivando uma adaptabilidade segundo referenciais de normalidade pré-determinados.

O CARÁTER DIALÓGICO DO CUIDADO

Em abordagens distintas é estabelecida a importância dos fatores inerentes à relação terapêutica e ao vínculo em diversos contextos e modalidades de prática. Apesar do consenso acerca da relevância desses fatores, cada perspectiva teórica apresenta uma compreensão bastante singular sobre a natureza da relação terapêutica e o papel que ela desempenha nos processos de cuidado.

A Gestalt-terapia considera a centralidade da postura dialógica enquanto fundamento da relação e do processo terapêutico, sendo, como já mencionado, fortemente influenciada pela filosofia existencial de Martin Buber. Sendo assim, abordaremos aqui, a rica compreensão acerca das formas de relacionamento humano tratadas por Buber, uma vez que tais concepções podem se configurar como um instrumento potente de transformação das relações que os profissionais e a sociedade estabelecem com o “louco” e com a “loucura”. A transformação dessas relações também encontra lugar fundamental nas propostas reformistas, sendo concebida como um objetivo importante da Reforma.

Buber (2006) elucida que nossas relações têm importância primordial na constituição do nosso ser, de maneira que o eu é constituído no relacionamento com o outro, não sendo possível admitir um eu sem que haja um outro. Sobre a expressão de dialogicidade do homem, ele apresenta maneiras distintas de estar

no mundo e de se defrontar com o outro, distinguindo duas importantes atitudes relacionais que possibilitam o Eu se revelar como humano frente ao mundo: a “Eu-Tu” e a “Eu-Isso” (VON ZUBEN, 1981). A atitude Eu-Isso é encaminhada para um fim, tendo algo objetivado de antemão. Já a atitude Eu-Tu é a expressão de um modo dialógico de ser e de existir que se revela através de uma presença plena, uma experiência mútua de apreciação da alteridade e da totalidade da outra pessoa (HYCNER; JACOBS, 1997).

Em conformidade com a concepção buberiana, sob o olhar gestáltico também não é possível pensar o homem fora da relação. Nesse sentido, o enfoque dialógico e relacional trazido pelo autor, oferece grande contribuição para uma compreensão acerca da pessoa em sofrimento psíquico e do processo saúde-doença. Ademais, essa perspectiva, nos possibilita refletir sobre as relações estabelecidas no contexto do usuário e o modo como ele é cuidado, bem como as implicações positivas e negativas para seu processo psíquico advindas de seu campo interacional.

De encontro à perspectiva buberiana, Holanda (1998) assevera o caráter relacional do adoecimento, reafirmando uma compreensão dialógica da psicopatologia, sob a qual a psicose ou qualquer outra psicopatologia estaria relacionada com o estreitamento da interação.

[...] Isto nos reporta à questão da psicopatologia. Na Gestalt-terapia, podemos considerar a psicopatologia como diretamente relacionada com uma relação inadequada com o Outro. Neste sentido, não falaremos de uma psicopatologia individual, mas de uma relação psicopatológica, ou de uma psicopatologia relacional. “Adoecer”, em Gestalt-terapia, é estar em desarmonia relacional, seja com o mundo em geral, seja consigo mesmo [...] (HOLANDA, 1998, p. 41).

Sob a visão de Buber, compreende-se o relacionamento Eu-Tu como uma forma específica de contato, de fundamental importância para o processo terapêutico. Para a ocorrência dessa postura dialógica e da relação Eu-Tu, são necessárias algumas condições, as quais possibilitariam vivenciar um verdadeiro encontro a partir de elementos como: a presença verdadeira, a comunicação genuína e sem reservas, a inclusão e a confirmação das vivências do outro. No entanto, não é possível viver essa relação de forma constante, de maneira que as atitudes Eu-Tu e Eu-Isso estão sempre em alternância (YONTEF, 1998).

O momento Eu-Tu configura-se como uma ocasião de confirmação mútua, e embora a postura de abertura e de entrega da pessoa corrobore com uma experiência de encontro, o momento Eu-Tu não deve ser compreendido como um fim ou algo que deva ser alcançado (YONTEF, 1998). Nessa perspectiva, para que o encontro ocorra, é necessário que ambas as pessoas sejam incluídas em sua alteridade e que haja um envolvimento autêntico e honesto de ambas as partes.

Sobre essa questão, Veríssimo (2019) afirma que no modo Eu-Isso as relações apresentam caráter normativo e pragmático, e podem ser norteadas por exemplo, por normas institucionais e categorias conceituais científicas. Além disso, pontua que no âmbito institucional, as relações tendem a ser objetificadas, gerando invisibilidade e distanciamento. No cotidiano da Saúde Mental é possível apreender marcas da impessoalidade na relação usuário-profissional e sobre esse ponto, Veríssimo (2019) assinala que esses aspectos, da impessoalidade e invisibilidade, se configuram em armadilhas do espaço institucional, e incidem não apenas sobre o paciente, mas também no profissional.

Na relação de cuidado em Saúde Mental, é imprescindível que busquemos intencional o outro como Tu, respeitando sua condição de alteridade, a despeito de uma relação instrumentalizada, onde o outro torna-se meramente objeto do nosso desejo e de nossa necessidade de reafirmação. Sem essa busca, apenas reproduzimos os enquadres a que os usuários são expostos, e em nome de um cuidado, reproduzimos violências e desrespeitamos sua condição de sujeito. No cotidiano da Saúde Mental, enquanto profissionais, somos todo o tempo confrontados pelo questionamento acerca da relação que estabelecemos com o usuário, sobretudo nos atentando para não reproduzirmos posicionamentos disciplinadores e manicomial.

Sendo assim, mais do que a avaliação constante sobre o serviço ao qual nossos posicionamentos e intervenções têm sido direcionados, devemos também nos questionar sobre nosso modo de relação e nossa capacidade de nos dispormos ao encontro com o outro, reconhecendo-o em sua alteridade.

Essa reflexão se estende às relações profissionais e às intersetoriais, uma vez que para nos colocarmos em diálogo na construção do cuidado, é preciso que as relações não sejam reduzidas a um meio para um fim determinado previamente, pois esse posicionamento desrespeita a condição de abertura para a alteridade e diversidade, necessárias para qualquer construção em Saúde Mental. Dessa maneira, é preciso que estejamos disponíveis a encontrar esse outro profissional, que fala sob concepções e perspectivas distintas da nossa,

contemplando, com isso, as dimensões da alteridade e da personalidade também nas relações de trabalho.

Ainda sobre a importância de intencionalizar relações no modo Eu-Tu, Veríssimo (2019) oferece uma rica reflexão sobre a dimensão relacional do trabalho de Nise da Silveira, figura de expressividade e de representatividade para o movimento da luta antimanicomial no Brasil. Ele elucida no trabalho desenvolvido por Nise diretrizes de uma práxis que inclui a perspectiva dialógica sobre a pessoa. O autor nos atenta para o que ela ensina a respeito da resiliência na relação com a pessoa do paciente psiquiátrico, que por se encontrar em um mundo psíquico tão estranho a nós e a nossos padrões, solicita um novo olhar, demandando que nos reinventemos a fim de que um encontro autêntico possa ser estabelecido. Isso, do ponto de vista dialógico, corresponde a oferecer condições para uma relação Eu e Tu, onde o paciente encontre espaço para se expressar dentro de suas possibilidades em sua autenticidade.

A postura de Nise da Silveira corrobora com a defesa de Pereira (2008) acerca do caráter terapêutico da relação dialógica. Para a autora, mesmo nos casos de sofrimento psíquico grave, em que os indivíduos se apresentam isolados do contato e as possibilidades de diálogo pareçam distanciadas, é possível encontrar caminhos para uma aproximação genuína. E a partir desse encontro, abrem-se possibilidades de o paciente/usuário construir novas formas de se relacionar com o mundo (PEREIRA, 2008).

A reflexão tratada deflagra a necessidade de acolhermos verdadeiramente o usuário em suas possibilidades e apostar em sua capacidade de se autorregular, abandonando assim, a perspectiva de mudança ou de cura enquanto um objetivo. Defendendo o encontro genuíno nas relações distintas estabelecidas no campo da Saúde Mental, esperamos em cada momento o emergir da personalidade (do usuário, trabalhador, familiar, etc.) como força mobilizadora de recursos e produtora de saúde. Essa postura implica em estarmos diante da surpresa que é o outro, ainda que este outro se encontre em condições extremas de sofrimento e desorganização psíquica, nos comprometendo com a legitimação da singularidade que se desvela nesse encontro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A integração do conhecimento é ferramenta fundamental na construção do cuidado em Saúde Mental. Diante disso, poder elucidar a contribuição singular da abordagem gestáltica a fim de que possa compor a rede de saberes

desse campo, se faz de extrema importância. Diante dos elementos tratados, foi possível observar que a dimensão filosófica e antropológica da Gestalt-terapia se configura como um caminho possível de luta e de resistência, na medida em que permite pensar o homem sob uma perspectiva de integralidade, liberdade, autonomia e responsabilidade, sendo compreendido, portanto, como sujeito de direitos e protagonista na construção de seu cuidado.

A aproximação em direção ao sujeito e a busca pela compreensão dos fenômenos intrínsecos a sua existência sob a perspectiva gestáltica, pode possibilitar um movimento de reposicionamento diante de concepções manicomiais, viabilizando o rompimento de atitudes teóricas e práticas limitantes e por vezes, opressoras. Além disso, poder questionar práticas manicomiais, bem como os saberes que legitimam tais práticas, só se torna possível a partir de uma nova relação com a “loucura” e com a pessoa em sofrimento. Para isso, é preciso uma atitude de disponibilidade para ir ao encontro do usuário e daqueles que compõem o seu campo interacional. No que se refere a essa aproximação genuína, propiciadora de ressignificações e de transformação no modo de compreender o paciente psiquiátrico, a concepção buberiana oferece importantes contribuições, podendo potencializar efeitos humanizadores no cuidado ofertado.

A partir do direcionamento para o desenvolvimento e o crescimento do usuário, através da legitimação de sua subjetividade e de práticas orientadas para o desenvolvimento de seu autossuporte e autonomia, a Gestalt-terapia contribui para a construção de um cuidado em que a pessoa em sofrimento possa se colocar enquanto agente ativo na construção de seu projeto terapêutico e existencial, abarcando a dimensão de sua totalidade organismo-ambiente.

O vir-a-ser da Saúde Mental é continuamente reinventado, e esse caráter processual se dá pela forma como essa área se origina e pelos princípios e diretrizes que a fundamentam. Esse campo se mantém, portanto, em um processo contínuo de reavaliação e de reflexão sobre seus caminhos, que se fazem com os usuários, com a comunidade e com os trabalhadores. Nesse sentido, cabe destacar que ainda que formulações e posicionamentos jurídicos, políticos, técnicos e teóricos devam ser dados em direção ao enfrentamento de práticas opressivas e reducionistas no campo da Saúde Mental, a resistência a essas violações e a construção de possibilidades de cuidado nesse campo se dão a partir de elaborações particulares no cotidiano de cada contexto. E essas respostas singulares se constroem nas inter-relações entre os atores envolvidos.

Para essa construção, é preciso colocar entre parênteses nossos saberes e adotar uma postura de humildade, buscando ir ao encontro com a realidade

e com a pessoa em sofrimento, já que é nesta aproximação que as direções vão se delineando. Também se faz necessário que perguntas e não saberes sejam acolhidos, e a abordagem gestáltica, nesse sentido, expressa uma possibilidade de sustentação da pergunta na dimensão de como os processos se dão, abandonando determinismos e relações de causa e efeito.

A convergência dos pressupostos teóricos da Gestalt-terapia com vários aspectos presentes nos ideais reformistas apresenta possibilidades de como essa rica fundamentação pode ser utilizada a serviço da construção de novas formas de cuidado, bem como no fortalecimento dos movimentos de resistência ao paradigma manicomial.

Por fim, é preciso acrescentar que esse trabalho se caracteriza como um convite aos outros campos do conhecimento ao diálogo com a Gestalt-terapia, e também como um chamado aos profissionais inseridos nesse campo orientados por essa abordagem a darem visibilidade aos enfrentamentos e às respostas que vêm sendo construídas junto aos usuários e à comunidade, contribuindo com publicações teóricas e práticas, a fim de potencializar as mudanças em direção a um cuidado humanizado e contextualizado, que garanta a dignidade das pessoas em condição de sofrimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.

AMARANTE, P. **Saúde mental e Atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ANGERAMI, V. A. Psicologia da Saúde: novas buscas conceituais. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). **A Psicologia da Saúde na prática**. Belo Horizonte: Artesã, 2019. p. 13-52.

ARAÚJO, R. R. Os paradigmas da ciência e suas influências na constituição do sujeito: a intersubjetividade na construção do conhecimento. In: CAMARGO, M. R. R. M. (Org.); SANTOS, V. C. C. (Colab.). **Leitura e escrita como espaços autobiográficos**. São Paulo: Editora UNESP, 2010. p. 91-103. Disponível em: <<http://books.scielo.org>> Acesso em out., 2017.

BEZERRA JR., B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil.

Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BRASIL. Lei 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1.

BUBER, M. **EU e TU**. Tradução de Newton Aquiles Von Zuben. 10ª ed. São Paulo: Centauro editora, 2006

CAMPOS, B. G.; TOLEDO, T. B.; FARIA, N. J. Clínica gestáltica infantil e integralidade em uma unidade básica de saúde. **Rev. abordagem Gestalt**, Goiânia, v. 17, n. 1, p. 23-29, 2011.

CAPRA, F. **O Tao da Física: Uma exploração dos paralelos entre a física moderna e o misticismo oriental**. Lisboa: Editorial Presença, 1989.

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. p. 59-75.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica: a idade do alienismo**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CATALDO, U. H. P. Gestalt-terapia: fenomenologia na prática clínica. **IGT rede**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 18, p. 187-222, 2013.

DUTRA, V. F. D.; OLIVEIRA, R. M. P. Revisão integrativa: as práticas territoriais de cuidado em Saúde Mental. **Aquichan**, v. 15, n. 4, p. 529-540, 2015.

FRAZÃO, L. M. O pensamento diagnóstico em Gestalt-terapia. **Revista de Gestalt**, v. 1, n. 1, p. 41-46, 1991.

GINGER, S.; GINGER, A. **Gestalt: uma terapia do contato**. 5ª ed. São Paulo: Summus, 1995.

GOLDSTEIN, K. **The organism**. Nova York: American Book, 1939.

GONÇALVES, R. W.; VIEIRA, F. S.; DELGADO, P. G. G. Política de Saúde Mental no Brasil: evolução do gasto federal entre 2001 e 2009. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 51-58, 2012.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo. Parte I**. 15ª ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

HOLANDA, Adriano. Saúde e doença em Gestalt-Terapia: aspectos filosóficos. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 15, n. 2, p. 29-44, 1998.

HUSSERL, E. **A crise da humanidade europeia e a filosofia**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008.

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

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, 2011.

LEWIN, K. **Princípios de psicologia topológica**. São Paulo: Cultrix, 1973.

MENDONÇA, M. M. A psicologia humanista e a abordagem gestáltica. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: Fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013. p. 76-98.

MORIN, Edgar. **Educação e complexidade, os sete saberes e outros ensaios**. São Paulo: Cortez, 2005.

MULLER-GRANZOTTO, M. J.; MULLER-GRANZOTTO, R. L. **Psicose e sofrimento**. São Paulo: Summus, 2012.

OLIVEIRA, P. F.; FREITAS, S. M. P. Contribuições da antropologia estrutural e histórica de Sartre para a compreensão do campo interdisciplinar na saúde coletiva. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). **A Psicologia da Saúde na prática**. Belo Horizonte: Artesã, 2019. p. 325-351.

(OMS) ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Caracas**. Caracas. 1990. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf> Acesso em 8 mar. 2019.

PEREIRA, M. C. Gestalt-terapia e Saúde Mental: contribuições do olhar gestáltico ao campo da atenção psicossocial brasileira. **Revista IGT na Rede**, v. 5, p. 105-214, 2008.

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

PERLS, F.; HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P. **Gestalt-terapia**. 2ª ed. São Paulo: Summus, 1997.

PINTO, Ê. B. **Psicoterapia de curta duração na abordagem gestáltica**: Elementos para a prática clínica. 2ª ed. São Paulo: Summus, 2009.

PINTO, Ê. B. **Elementos para uma Compreensão Diagnóstica em Psicoterapia: O ciclo de contato e os modos de ser**. São Paulo: Summus, 2015.

REHFELD, A. Fenomenologia e Gestalt-Terapia. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.s) **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013. p. 24-33.

RIBEIRO, J. **Gestalt-Terapia: o processo grupal**. São Paulo: Summus, 1994.

RIBEIRO, J. P. **Gestalt-terapia refazendo um caminho**. 8ª ed. São Paulo: Summus, 2012.

RIBEIRO, J. P. **O ciclo do contato**. 7.ed. São Paulo: Summus, 2017.

ROTELLI, F; LEONARDIS, O; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D; RISIO, C (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

VASCONCELOS, E. M. Desafios políticos no campo da Saúde Mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.) **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**. São Paulo: Hucitec, 2010. p.17-73.

VERÍSSIMO, L. J. Saúde Mental e resiliência: um enfoque dialógico e relacional inspirado em Martin Buber. In: ANGERAMI, V. A. (Org.). **A Psicologia da Saúde na prática**. Belo Horizonte: Artesã, 2019. p. 247-277.

VON ZUBEN, N. A. O Primado da Presença e o Diálogo em Martin Buber. Encontro Internacional de Filosofia da Linguagem; 1981, Campinas. **Anais...** Campinas: UNICAMP, 1981.

WHO. **Carta de Otawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvspublicacoes/cartaottawa.pdf>. Acesso em 8 agost.2014.

YONTEF, G. **Processo, diálogo e awareness**. Tradução de Eli Stern. São Paulo: Summus, 1998.

CONTRIBUIÇÕES DA ABORDAGEM GESTÁLTICA PARA O TRABALHO DO PSICÓLOGO NO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

CAPÍTULO 10

*Juliana de Oliveira Figueiredo Carvalho
Claudia Lins Cardoso*

Este texto tem como objetivo refletir sobre as contribuições da abordagem gestáltica no trabalho em políticas públicas, evidenciando a prática do psicólogo nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) em uma perspectiva de clínica ampliada. A inserção do psicólogo no campo das políticas públicas associa-se à preocupação com a construção de sujeitos capazes de agir no sentido do desenvolvimento da cidadania (BERNARDO; BELMINO, 2015). O exercício profissional no contexto das políticas públicas se volta simultaneamente para os indivíduos e para os contextos sociais que eles ocupam.

A Psicologia, enquanto ciência e profissão, possui vários campos de atuação. Muitas de suas especialidades se inserem no campo das políticas públicas, implicando em um trabalho voltado simultaneamente para os indivíduos e para os contextos sociais que eles ocupam. Neste cenário se desenvolve a clínica ampliada, a qual se pauta em intervenções de caráter político e na ação transformadora do sujeito e da sociedade (DETTMANN; ARAGÃO; MARGOTTO, 2016). Tal clínica propicia a saída do psicólogo dos contextos clínicos tradicionais para ocupar outros espaços, representando uma expansão do objeto de trabalho do psicólogo, que considera as demandas do indivíduo, mas também as situações de vulnerabilidade e de riscos que perpassam o cotidiano deste. Desta forma, o fazer na clínica ampliada compreende o indivíduo em sua totalidade, em seus aspectos biológicos, psíquicos e sociais (RIBEIRO; GOTO, 2012), assim como a Gestalt-terapia.

Segundo Bernardo e Belmino (2015), a concepção de totalidade proposta pela Gestalt-terapia muito se aproxima dos pressupostos relativos à integralida-

de das políticas públicas, pois consideram o indivíduo em relação ao ambiente em si, as questões socioeconômicas, os fatores biológicos e os fatores culturais. Trata-se de uma visão holística que fundamenta a concepção de homem dentro desta abordagem teórica. A Gestalt-terapia orienta uma prática voltada para o ser, para o fazer dialógico e criativo e que se envolve com a comunidade. As políticas públicas em interface com a Gestalt-terapia, através de um olhar para o todo, favorecem a ampliação da compreensão dos campos de atuação do psicólogo (SILVA; BANDEIRA, 2017).

A CONSTITUIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E O CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL ENQUANTO EQUIPAMENTO PÚBLICO

As políticas públicas de Assistência Social passaram por uma longa trajetória até o surgimento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Antes de sua constituição enquanto sistema, a Assistência Social foi historicamente marcada pela subordinação aos interesses políticos vigentes e pelo assistencialismo (SILVA; BANDEIRA, 2017).

A Constituição Federal de 1988 foi um importante marco no processo de construção do SUAS, pois ela instituiu a Política Social, que visava a romper com o assistencialismo e o clientelismo imperantes, mudando o foco para o acesso a direitos, a promoção de autonomia e o protagonismo dos cidadãos (DETTMANN et al, 2016). O mesmo documento promoveu a articulação entre a recém-criada Política Social, que passara a integrar o Sistema Brasileiro de Seguridade Social, e as ações das Políticas de Saúde e da Previdência Social (CFP, 2007). Neste momento, havia a centralização político-administrativa, o que não favorecia o efetivo acesso aos direitos sociais (BRASIL, 2007).

Em 1993, foi promulgada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), que deu início ao processo de construção da assistência social com gestão pública e participativa, através de conselhos deliberativos e paritários nas esferas federal, estadual e municipal. Esta lei estabelece as ações assistenciais como responsabilidade do Estado e da sociedade, com primazia do Estado na condução das políticas de assistência social. O Sistema Brasileiro de Seguridade Social, a partir da promulgação da LOAS, passou a ser reconhecido como uma política pública, visando à garantia de direitos e à promoção da cidadania para segmentos da população que ocupam o lugar de excluídos (BRASIL, 2007).

Apesar dessas conquistas, na década de 1990, ainda se destacavam a filantropia e a solidariedade na oferta dos serviços à população, e tal oferta

ocorria com a conciliação de iniciativas do Estado e do terceiro setor (BRASIL, 2007). No processo de mudança da perspectiva filantrópica, ocorreu a IV Conferência Nacional de Assistência Social, em 2003. Suas deliberações, associadas ao estabelecido pela LOAS, culminaram na aprovação, construção e implementação do SUAS. Tal caminho passou, ainda, pela aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em 2004. A PNAS radicaliza a gestão e o financiamento da Assistência Social, descentralizando recursos e serviços e trazendo para o cenário a possibilidade de participação plena dos usuários da política (Conselho Federal de Psicologia (CFP), 2007). Em 2005, foi publicada a regulamentação da PNAS por meio da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS) (BRASIL, 2007).

Segundo o Art. 1º da LOAS, a Assistência Social é direito do cidadão e dever do Estado, sendo Política de Seguridade Social não contributiva, que objetiva prover os mínimos sociais. Ela é realizada através de um conjunto integrado de ações da iniciativa pública e da sociedade a fim de garantir o atendimento às necessidades básicas da população. Trata-se de uma política de promoção da vida (CFP, 2007).

A partir desta contextualização, entende-se o SUAS como parte de um movimento que amplia as políticas sociais e integra a rede de proteção social. Ele descentraliza os serviços socioassistenciais para os municípios e favorece os processos de financiamento, catalisando as tomadas de decisão e oportunizando o monitoramento e a avaliação dos serviços e benefícios proporcionados pela PNAS. A PNAS, por sua vez, trata da organização da proteção social:

A organização da proteção social entre a atenção básica e especial desfaz a noção de que os usuários da PNAS representam um grupo homogêneo de pessoas carentes. Ao operar com vulnerabilidades, riscos sociais e potencialidades diversas e desiguais, o atendimento socioassistencial requisita atenções específicas. Em virtude disso, a PNAS/2004 classifica os serviços e benefícios de assistência social em dois campos de proteção social: básica e especial (de média e alta complexidade). (BRASIL, 2007, p. 18)

A PNAS versa que a Proteção Social Básica é responsável pelas ações de vigilância social e pela prevenção de risco por meio do desenvolvimento do fortalecimento de potencialidades e dos vínculos familiares e comunitários.

Já a Proteção Social Especial é dividida em média e alta complexidade e se ocupa de casos nos quais há incidência de violação de direitos ou rompimento de vínculos, tais como violência e abuso sexual, exploração do trabalho infantil, violência contra idosos, abandono de crianças, idosos e pessoas com deficiência, bem como das pessoas em situação de rua. O CRAS, objeto deste trabalho, constitui-se em um dos equipamentos da Proteção Social Básica e tem como finalidade a prevenção de situações de vulnerabilidade e de violação de direitos (SILVA; BANDEIRA, 2017). Segundo a PNAS:

[...] a proteção social básica tem como objetivos: prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e ou fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras). (BRASIL, 2004, p. 27)

O CRAS é responsável pela organização e oferta da proteção social básica nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios, sendo caracterizado como a porta de entrada do SUAS. Seu objetivo primordial é prevenir a ocorrência de situações de risco social e de vulnerabilidade no território onde está instalado. Os serviços possuem caráter preventivo, protetivo, proativo e antecipador e visam ao desenvolvimento de potencialidades e aquisições, o fortalecimento dos vínculos intra e interfamiliares com a comunidade e o acesso do cidadão aos seus direitos (BRASIL, 2009).

No CRAS é, obrigatoriamente, executado o PAIF (Programa de Atenção Integral à Família). O trabalho do PAIF possui como eixos estruturantes a matricialidade sociofamiliar e a territorialização. O primeiro refere-se à centralidade da família como espaço primário de proteção e socialização e busca se afastar da concepção de família a partir de um padrão, considerando as suas dinâmicas próprias, suas composições distintas e seus contextos sociais. Desta forma, a família é tida como um vetor de mudança da realidade social por ser um espaço de ressonância dos interesses e necessidades coletivas e de mobilização em direção ao protagonismo social (BRASIL, 2009). Ainda que a matricialidade

sociofamiliar esteja em foco no SUAS, os esforços não estão todos voltados para a instituição familiar, mas para a totalidade da situação de vulnerabilidade (Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais (CRP-04), 2011).

O segundo eixo estruturante, a territorialização, é um conceito que tem origem na descentralização política e na oferta de serviços em locais próximos à população a ser assistida. O território é um conceito que extrapola a dimensão geográfica, constituindo-se em um espaço marcado pelos seus habitantes, onde se expressam a solidariedade, a expansão das relações consanguíneas, além dos sentimentos de identidade e pertença. É também onde ocorrem conflitos, ressignificações das relações familiares e onde se encontram potencialidades. Assim, o território se refere à afetividade, a estar em relação e ao compartilhamento da vida (BRASIL, 2009). Por isso, a criação de equipamentos públicos dentro dos territórios é fundamental, pois isso permite dedicar atenção às potencialidades e às vulnerabilidades dos territórios, nos quais as famílias estabelecem seus laços mais determinantes. No trabalho no CRAS é importante, ainda, que haja uma articulação com o que o território já oferta, ou seja, é necessário que a ação do técnico seja integrada e que complemente as ações que já acontecem na comunidade a fim de fortalecer os laços e potencializar as ações (CFP, 2007).

O planejamento das ações, dos programas e dos projetos ofertados pelo CRAS é condicionado ao conhecimento do território e das famílias que compõem a comunidade, pois deve considerar as necessidades e potencialidades, os riscos e vulnerabilidades e a articulação com as ofertas que já são realizadas pela rede socioassistencial (BRASIL, 2009). Para viabilizar as ofertas da proteção social básica, o CRAS conta com uma equipe técnica interdisciplinar:

A interdisciplinaridade é um processo dinâmico, consciente e ativo, de reconhecimento das diferenças e de articulação de objetos e instrumentos de conhecimento distintos, que contribui para a superação do isolamento dos saberes. A interdisciplinaridade é um processo de trabalho recíproco, que proporciona um enriquecimento mútuo de diferentes saberes, que elege uma plataforma de trabalho conjunta, por meio da escolha de princípios e conceitos comuns. Esse processo integra, organiza e dinamiza a ação cotidiana da equipe de trabalho e demanda uma coordenação, a fim de organizar as linhas de ação dos profissionais em torno de um projeto comum. (BRASIL, 2009, p. 66)

A atuação social com famílias depende da predisposição de profissionais com distintas formações para trabalharem de forma coletiva e com o objetivo comum de cooperar para a superação das vulnerabilidades e para o fortalecimento das potencialidades. O trabalho em equipe não negligencia a formação ou a definição das responsabilidades individuais e das competências profissionais (BRASIL, 2009), assim, destaca-se a seguir as especificidades do trabalho do psicólogo no CRAS.

O PSICÓLOGO NO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

O processo de trabalho interdisciplinar oportunizou a inserção do psicólogo no CRAS a partir da ideia de um fazer recíproco no qual é proporcionado enriquecimento mútuo de saberes e de práticas. Através deste processo de trabalho, a equipe pode integrar, organizar e dinamizar suas ações cotidianas. É necessário pontuar que o psicólogo atuante no CRAS não trabalha com atendimentos psicoterapêuticos, com psicopatologias ou com procedimentos categorizantes. Sua forma de intervenção se dá por meio da utilização de seus recursos técnicos e teóricos objetivando a compreensão de processos subjetivos geradores ou alimentadores das vulnerabilidades e risco social das famílias referenciadas, a prevenção de situações que levem à ruptura de vínculos e o favorecimento da autonomia dos usuários do CRAS (BRASIL, 2009). Segundo Afonso (apud CRP-04, 2011), a escuta clínica tem lugar no trabalho do psicólogo no CRAS ao promover a reflexão sobre problemas cotidianos pertinentes ao contexto social e ao se apoiar no fortalecimento das competências sociais e das potencialidades emancipatórias das pessoas atendidas.

A Psicologia tem o compromisso social de desenvolver práticas voltadas para a emancipação humana e as transformações sociais, que sejam direcionadas aos problemas sociais do Brasil e que levantem possibilidades diante das vulnerabilidades. De forma a guiar uma prática emancipatória, o CFP (2007) elenca princípios orientadores da prática do psicólogo no CRAS, a saber:

- Atuação consonante com as diretrizes da PNAS e da proteção social básica;
- Atuação na perspectiva interdisciplinar, principalmente na interface com o Serviço Social, buscando a complementação das ações e maior resolubilidade;
- Integração com o contexto social local, baseando as intervenções na leitura do tecido comunitário;

- Identificação e potencialização dos recursos psicossociais individuais e coletivos e com intervenções individuais, familiares, coletivas e comunitárias;
- Atuação a partir do diálogo entre o saber científico e acadêmico e o saber popular, de forma a valorizar expectativas e conhecimentos;
- Favorecimento de espaços e processos de participação e mobilização social, além da organização comunitária a fim de contribuir com a prática da cidadania, da autonomia e do controle social;
- Investimento em constante processo de formação profissional;
- Priorização do atendimento a situações de maior risco e vulnerabilidade social;
- Atuação para além dos settings convencionais.

Quanto ao atendimento no CRAS, o CFP (2007, p. 34) estabelece que o psicólogo deve:

[...] desenvolver as ações de acolhida, entrevistas, orientações, referenciamento e contrarreferenciamento, visitas e entrevistas domiciliares, articulações institucionais dentro e fora do território de abrangência do CRAS, proteção pró-ativa, atividades socioeducativas e de convívio, facilitação de grupos, estimulando processos contextualizados, auto-gestionados, práticos e valorizadores das alteridades.

Ainda que esteja prevista nas normativas a presença no psicólogo no CRAS, o seu lugar ainda não é plenamente reconhecido por outros profissionais, pelos usuários e pelos próprios psicólogos que atuam dentro ou fora dos equipamentos públicos. Uma pesquisa realizada pelo CRP-04 (2011) sobre a atuação dos psicólogos neste contexto apontou como um dos desafios a dificuldade na distinção das funções do psicólogo e do assistente social, o que pode ser resultante da imprecisão das diretrizes técnicas ou das lacunas na formação acadêmica dos psicólogos e nas pesquisas, que ainda privilegiam a Psicologia Clínica tradicional, em detrimento aos demais campos de prática.

Costa e Cardoso (2010) abordam a Psicologia no CRAS configurando-se em um novo serviço, que difere do paradigma clínico/psicoterápico, no qual ainda são desafios a definição das demandas a serem atendidas e a compreensão do lugar do psicólogo no referido equipamento, tanto pelos profissionais da rede

de serviços, quanto pelos usuários referenciados. A mudança do paradigma de atuação da Psicologia se deve, em parte, à inserção da profissão nas políticas públicas (FLOR; GOTO, 2015). Segundo Botarelli (apud FLOR; GOTO, 2015), a inserção do psicólogo na equipe técnica do CRAS se deu com a expectativa de que ele tenha a capacidade de fazer intervenções diante dos processos de sofrimento encontrados nas comunidades e integrar as necessidades dos sujeitos por meio de ações de desnaturalização das violações de direitos e da criação de espaços de transformação e de redes comunitárias mobilizadas. Ainda segundo o autor, o psicólogo tem a possibilidade de fazer uso de recursos de outros campos de atuação mais consolidados, tais como a saúde ou a clínica, sempre revendo sua prática cotidiana para evitar atuar de forma determinista ou descontextualizada.

Segundo Flor e Goto (2015), a presença do psicólogo no CRAS tem como objetivo fortalecer as políticas públicas e fazer com que os usuários dos serviços sejam sujeitos de direitos. O psicólogo trabalha a dimensão subjetiva dos indivíduos favorecendo a construção de novas significações sociais e existenciais. Este trabalho é realizado a partir da identificação das principais demandas psicossociais dos usuários, abordando-as de forma não assistencialista e considerando o contexto histórico, social e pessoal dos indivíduos e famílias.

Segundo Afonso (apud CRP-04, 2011), a Constituição Federal de 1988 conduz ao exercício da cidadania em moldes mais participativos, seja na discussão ou na formulação das políticas públicas, valorizando as instâncias de controle social de forma concreta no estabelecimento de relações e vínculos com a população. Esta participação abrange o empoderamento do cidadão para o exercício de direitos já conquistados e reivindicação de novos direitos. A abordagem gestáltica, desenvolvida em um viés de clínica ampliada, tem importantes contribuições para o trabalho nas políticas públicas, conforme exposto a seguir.

GESTALT-TERAPIA, POLÍTICAS PÚBLICAS E CLÍNICA AMPLIADA

Segundo o CFP (2007), as políticas públicas são ações coletivas de gestão e implementação do Estado, voltadas para a garantia dos direitos sociais, norteadas pelos princípios da impessoalidade, universalidade, economia e racionalidade e com tendência a dialogar com o sujeito cidadão.

Neste contexto, destaca-se o trabalho a partir do viés da clínica ampliada. Vieira e Meira (2013) caracterizam a clínica ampliada a partir da adesão e do compartilhamento de conhecimentos. Segundo Ribeiro e Goto (2012), a clínica ampliada, como sua própria denominação sugere, amplia o objeto de trabalho da clínica tradicional, passando a considerar o que há para além da pessoa: a

totalidade do contexto do sujeito, com suas vulnerabilidades e riscos. Tal concepção, leva ao posicionamento de que as complexidades dos fatores biológicos, psíquicos e socioculturais não podem ser tratadas de forma descontextualizada ou com concepções padronizadas, mas sim a partir do conhecimento das realidades singulares e da inclusão do sujeito nas ações a serem desenvolvidas.

Segundo Campos e Daltro (2015), a clínica ampliada é apontada como uma resposta às demandas emergentes colocadas para a sociedade e para o psicólogo, pois é um fazer psicológico que concilia a Psicologia clínica e a Psicologia social, enfatizando a dimensão comunitária do ser humano. Ela considera as dimensões política e subjetiva do indivíduo e, para o profissional, predispõe ao trabalho conjunto com outras áreas de conhecimento e com outros equipamentos de serviços. O trabalho é realizado em equipe interdisciplinar e fundamentado no diálogo e na construção coletiva do acompanhamento dos usuários dos serviços.

Na clínica ampliada há um rompimento com a prática clínica tradicional, sem que se perca a especificidade da profissão (SILVA; BANDEIRA, 2017). Desta forma, permanece o objetivo do alcance da Psicologia, que é acolher, oferecer escuta e fomentar o respeito à dignidade humana (VIEIRA; MEIRA, 2013). As ações da clínica ampliada têm como finalidade a prevenção e a promoção clínico-social com o objetivo de desenvolvimento do protagonismo, do autocuidado, da autonomia e do compromisso do sujeito consigo mesmo, com os outros e com o ambiente (RIBEIRO; GOTO, 2012), reafirmando a visão de integralidade proposta pelas políticas públicas e pela Gestalt-terapia.

Para Brito (2015), a clínica ampliada, também entendida como clínica psicossocial ou clínica do território, propicia a integração psíquica e o sentimento de pertença social. O seu exercício pelo gestalt-terapeuta considera todos os campos da vida social e humana, sejam eles educação, trabalho, proteção ambiental, lazer, segurança, alimentação, moradia e respeito à vida. Tanto na clínica ampliada quanto na Gestalt-terapia há o rompimento do dualismo pessoa/mundo, em um enfoque holístico.

A Gestalt-terapia dispõe de base teórica que amplia a compreensão de campo e de suas potencialidades, voltando-se para a totalidade do contexto social (LOIOLA apud SILVA; BANDEIRA, 2017). A concepção de campo relaciona-se ao aspecto holístico gestáltico, que considera a integralidade formada pelo organismo em relação com seu ambiente. Trata-se de uma abordagem fenomenológica, que estuda o campo conforme este é experienciado em dado momento, localizando a experiência do percebido no aqui-e-agora. Segundo Yontef (1998, p. 173), “a teoria de campo é abordagem teórica que melhor pode

incluir as amplas temáticas intelectuais, sociais, culturais, políticas e sociológicas tratadas pela teoria da Gestalt-terapia”.

O campo é uma teia sistemática de relacionamentos, na qual cada fenômeno é percebido dentro do contexto de uma complexa rede de forças inter-relacionadas, sendo interativo e determinado pelas forças presentes. É preciso que se relacionem os fatores complexos, múltiplos e diferenciados, tais como os psicodinâmicos individuais, e os aspectos coletivos, tais como questões estruturais, políticas, raciais, culturais e socioeconômicas do contexto em evidência para que se compreenda o campo de forma adequada (YONTEF, 1998). Campos e Daltro (2015) abordam a Teoria de Campo como fundamentação da visão de homem biopsicossocioespíritual no trabalho do psicólogo na clínica ampliada.

A Gestalt-terapia compreende o humano como relacional, como ser-no-mundo, fundamentando-se nos processos de contato e na relação indissociável do campo indivíduo/meio (CIORNAI, 2016). Cardoso, Mayrink e Luczinski (apud SILVA; BANDEIRA, 2017) apontam a Gestalt-terapia como contributiva no trabalho em comunidades já que uma investigação biopsicossocial parte, necessariamente, da compreensão da interação entre organismo e ambiente.

O trabalho gestáltico enfatiza o vivido na fronteira de contato com o meio, ampliando a consciência acerca das vivências. Um bom contato consigo e com o entorno leva ao equilíbrio (CARDOSO, 2016). Para Brito (2015), a Gestalt-terapia volta-se para o processo de crescimento e de *awareness* ao invés de se ater aos sintomas, o que se ajusta bem à proposta de trabalho do psicólogo em políticas públicas. Ela afirma (p.166) que:

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

Brito (2015) aponta, ainda, a necessidade de apreender o sujeito em seu território, onde acontecem os seus conflitos. Quando uma política pública trata de territorialidade, ela está tratando da comunidade. A comunidade é um grupo e, como tal, é uma matriz para ressonâncias, identificações e ampliação de *awareness*. É onde se encontra o compartilhamento de referências e de in-

formações, validação e empoderamento. É onde o indivíduo torna-se capaz de reivindicações e ações sociais diante das quais não seria capaz de se mobilizar (CIORNAI, 2016).

Brito (2015), em consonância com as normativas que orientam o trabalho no CRAS, sustenta que o conceito de território é muito mais amplo que uma porção geográfica, mas se refere aos cenários de vida nos quais as pessoas, as redes comunitárias e as instituições desenvolvem e reconhecem sua identidade. Deve haver a consideração das especificidades dos territórios e do cotidiano para que se resgate os saberes e as potencialidades das pessoas e da comunidade, construindo soluções coletivamente. Determinadas características do território podem atuar como facilitadoras para desenvolvimento de certos hábitos e comportamentos dos indivíduos de forma que se faz importante conhecer a população com quem se vai trabalhar e seu modo de vida: histórico/história; religiosidade/espiritualidade; contato com figuras significativas e lideranças; conhecer o habitante comum, de diversas faixas etárias e camadas sociais.

Para melhor compreensão do território e consequente efetivação das ações no trabalho no SUAS, Ribeiro e Goto (2012) reforçam a importância de interdisciplinaridade, pois os casos atendidos são fenômenos multifacetados e multicausais, sendo mais rica uma construção profissional coletiva, numa postura de flexibilidade e abertura. Cardoso (2016) ressalta a importância da abertura e da disponibilidade para a relação quando se trabalha em uma abordagem dialógica, tal como a Gestalt-terapia.

A ATUAÇÃO DO GESTALT-TERAPEUTA NO CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

A Gestalt-terapia privilegia o relacionamento e as potencialidades humanas, sendo uma abordagem psicológica epistemologicamente rica. Ela sustenta não só a prática clínica, mas a prática profissional do psicólogo nos distintos campos de atuação nos quais se estabeleceu, que têm em comum o cenário de relações humanas (ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014).

A base filosófica da Gestalt-terapia se origina no Humanismo, no Existencialismo e na Fenomenologia. A partir deste tripé surge a concepção do homem como ser de potencialidades e de possibilidades, como sujeito livre e responsável pelas suas escolhas e capaz de atribuir sentido às suas vivências. Outras influências são oriundas da filosofia dialógica de Buber, da teoria de campo de Lewin e da teoria organísmica de Goldstein (CARDOSO, 2009). Assim, a abordagem gestáltica tem base organísmica, holística e relacional e se propõe

a estudar o que se opera na fronteira de contato organismo/ambiente e, consequentemente, os ajustamentos criativos (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997). O ajustamento criativo é definido por estes autores como o relacionamento entre o organismo e seu ambiente, “no qual a pessoa com responsabilidade contata, reconhece e lida com seu espaço de vida e se responsabiliza por criar condições que a conduzam ao seu próprio bem-estar” (p. 97).

Os ajustamentos criativos têm como condição fundamental o contato. O contato, na concepção de Polster e Polster (2001), sintetiza a necessidade de união e separação e propicia o encontro do organismo com o meio de modo nutridor, levando ao reconhecimento da alteridade, num constante vir-a-ser. Esta troca com o meio leva à mudança devido ao que é assimilado ativamente do meio, fazendo com que o organismo se ajuste criativamente. À medida que o contato com o mundo vai se ampliando, amplia-se também a capacidade de *awareness* e há maior conexão com a experiência presente (CARDOSO, 2009).

Segundo Pedras, Silva, Fielder, Domingues e Conti (2014), os atendimentos na abordagem gestáltica valorizam o constante vir-a-ser e o aqui-e-agora e consideram o homem como um ser em relação, portanto, situado em um campo. Campo e organismo se influenciam mutuamente, em constantes trocas, e o indivíduo tem a possibilidade de reestruturar sua experiência através do ajustamento criativo. São os ajustamentos criativos que permitem que se transponha o que já não é funcional, que se amplie a autonomia e se perceba as possibilidades disponíveis no ambiente.

A partir das bases humanista e existencial da Gestalt-terapia, se reconhece a crença de que as pessoas são seres de autorresponsabilidade, de relação e em constante transformação (MACHADO; LIMA; FERREIRA, 2011.) Portanto, o gestalt-terapeuta sustenta em seu trabalho estas crenças para desenvolver a autonomia das pessoas a quem atende, independentemente do contexto no qual atua. Quanto à fenomenologia, outra das bases que sustenta a Gestalt-terapia, esta é responsável por embasar a busca do sentido e a significação de cada fenômeno que se apresenta, dando a capacidade ao psicólogo de trabalhar com a realidade tal qual ela é vivida cotidianamente (BICUDO apud MACHADO et al, 2011).

Silva e Bandeira (2017) apresentam o trabalho de Loiola sobre a atuação do gestalt-terapeuta no CRAS que trata da escuta deste profissional como favorecedora da troca de experiências e da formulação de estratégias de enfrentamento diante das situações de vulnerabilidade. A crença no desenvolvimento das potencialidades propicia que os usuários do serviço se tornem mais *aware* de suas escolhas e de suas relações, levando ao reconhecimento de que são su-

jeitos de direitos. O gestalt-terapeuta acredita na pessoa como um ser integral, flexível e criativo, com diversas potencialidades a serem exploradas e desenvolvidas (ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014).

O desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade, previstos nos objetivos da política de assistência social, estão presentes na abordagem gestáltica, bem como a noção holística de homem, que o concebe em sua totalidade, sem reduções ou categorizações, mas como um ser em relação (ESTEVÃO; SILVEIRA, 2014). Loiola apud Silva e Bandeira (2017) lista a crença na capacidade humana, a relação dialógica e o contato como suportes para o psicólogo na Proteção Social Básica, pois contribuem para que os usuários assistidos acessem suas potências e para que eles se reconheçam como sujeitos de direitos e estejam *awares* de suas potencialidades e de suas escolhas e relações com mundo.

De forma a responder ao desafio de fortalecer os vínculos familiares e defender a promoção do direito à convivência familiar e comunitária, a Gestalt-terapia dispõe de fundamentos para apoiar trabalho do psicólogo no SUAS, que se estrutura na busca por dar suporte às famílias nas suas funções de proteger, socializar, ensinar e desenvolver as capacidades humanas. Nesta perspectiva, assume-se o pressuposto fundamental de que as pessoas que acessam os serviços e benefícios não devem ser desvinculadas de seus contextos sociofamiliares. Isto é, só há a possibilidade de tessitura de rede de proteção social a partir de uma compreensão dos determinantes familiares que ocasionaram situações de vulnerabilidade e do acolhimento de mais de um membro dessa família (BRASIL, 2009).

Para Yontef (1998), as pessoas são responsáveis, ou seja, são hábeis a responder ao ambiente, sendo ativas na determinação de seus comportamentos e podendo escolher livremente diante do que é oferecido. Para estar hábil a responder, o organismo precisa estar *aware*. Portanto, o trabalho dialógico do gestalt-terapeuta nas áreas abrangidas pelos CRAS favorece, por meio de uma construção coletiva tanto no caráter interdisciplinar, quanto no caráter de atendimento ao usuário, o reconhecimento das necessidades presentes e das possibilidades disponíveis para o desenvolvimento das potencialidades, de forma a satisfazer as necessidades emergentes.

Um grupo, ou mesmo uma comunidade inteira, são vistos como um organismo, que é um todo integrado. A operação de mudanças em um indivíduo que compõe esse todo certamente ocasionará mudança no grupo, pois as partes deste estão, necessariamente, integradas e relacionadas entre si. Assim como acontece com o indivíduo, o grupo vai em busca de sua totalidade e da autorre-

gulação a partir de suas necessidades reais a serem satisfeitas (MACHADO et al, 2011). Por isso é tão importante apreender o território como ele se apresenta. Para acompanhar um grupo, seja ele familiar ou comunitário, o psicólogo do CRAS precisa compreender a necessidade partindo da perspectiva do próprio grupo para subsidiar a sua intervenção. Esta compreensão só se efetiva a partir de um olhar direcionado para o todo.

A percepção de ser humano enquanto totalidade é relacionada à sua compreensão para além de aspectos isolados, articulando-os a outras particularidades da pessoa e à totalidade do contexto que ela integra (AGUIAR apud BERNARDO; BELMINO, 2015). Por isso, a teoria de campo merece ser evidenciada no contexto do trabalho do psicólogo em CRAS. Segundo Yontef (1998, p. 178):

A teoria de campo capacita a Gestalt-terapia a manter o foco na pessoa, como agente ativo, ter sempre em mente as complexidades das relações de campo no presente, e das mudanças que, inevitavelmente, ocorrem com o passar do tempo e dos diferentes contextos e maneiras pelas quais as pessoas constroem os seus self(ves).

Segundo Cardoso (2009), para que se tenha conhecimento de uma dada experiência de campo, é necessário que se conheça a perspectiva da pessoa, pois só ela é capaz de dar sentido a sua experiência. O mesmo se aplica ao trabalho com indivíduos e famílias de um território: é necessário o conhecimento constituído pelo grupo sobre determinado fenômeno para que se possa atribuir sentidos e traçar ações ou intervenções. A Gestalt-terapia dispõe de um delineamento teórico que permite o olhar para o todo, ou seja, para o indivíduo inserido em seu contexto social, fornecendo uma compreensão ampliada do campo. Desta forma, a abordagem gestáltica possibilita o reconhecimento de que as famílias que se encontram no território têm sua condição historicamente construída (LOIOLA apud SILVA; BANDEIRA, 2017).

A vivência grupal configura-se em um espaço produtor de vida, já que o ser humano pertence a grupos desde o seu nascimento e o seu desenvolvimento se dá com a rede de relacionamentos sociais e afetivos, afetando e sendo afetado por outros ao seu redor. É no grupo que vão se formando conceitos, valores e se estabelecendo formas de se relacionar (MACHADO et al, 2011). O grupo é um fenômeno em permanente transformação devido às suas relações internas e ao seu relacionamento com as contingências externas e sua dinâmica afeta cada um dos membros que o compõe, por se tratar de uma totalidade (CARDOSO, 2009).

A partir de sua experiência com o trabalho de grupos em comunidades, Cardoso (2009) expressa que os moradores destas são comumente desacreditados e desconfirmados em seus saberes, o que pode os levar a também desconsiderar e minimizar a importância de suas vivências e de seus conhecimentos de vida. Uma postura de acolhimento, de disponibilidade, de escuta e de legitimação da experiência permite a aproximação entre os trabalhadores e os usuários dos serviços, entre saberes comunitários e saberes técnicos e abre caminho para processos de responsabilização e ressignificação para que se alcance o empoderamento da população dos territórios referenciados pelos CRAS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contribuição do psicólogo nos processos de trabalho do CRAS passa por diversos aspectos, mas enfatiza-se a escuta especializada e o acolhimento. Quando se especifica o suporte técnico e teórico do profissional na abordagem gestáltica, as contribuições são estendidas às visões holística e organísmica do território enquanto uma totalidade e dos indivíduos e famílias funcionando em constante integração entre organismo e ambiente. O objetivo fundamental da Gestalt-terapia, o desenvolvimento da *awareness*, também é sustentado no contexto de atuação no SUAS, bem como a valorização dos ajustamentos criativos e a crença no ser como dotado de potencialidades e possibilidades.

Para que o gestalt-terapeuta alcance de forma mais efetiva os usuários do serviço, além dos conhecimentos teóricos tangentes à abordagem, ele deve se apropriar das legislações e instruções técnicas de trabalho para conectar sua fundamentação teórica com a prática cotidiana do trabalho no CRAS. Indo ainda mais além do conhecimento tecnicista, é fundamental que se conheça os indivíduos, as famílias, os grupos e a comunidade assistida, pois só ela pode apontar suas vulnerabilidades e suas potencialidades. Desenvolver ações de forma padronizada, desconectada da comunidade, resulta em um trabalho que carece de sentido, pois não trata diretamente do que é presente e não se encontra a necessidade a ser satisfeita. Os processos de trabalho automatizados revelam uma negação dos princípios da clínica ampliada a da gestalt-terapia, que são constituídas e desenvolvidas dialogicamente, na relação e no contato com cada ser atendido pelo CRAS. Desta forma, o gestalt-terapeuta precisa manter-se atento e crítico diante das metodologias propostas.

O contato com o campo propicia o reconhecimento de determinantes sócio-históricos e formas de ser-no-mundo que foram se constituindo no território, além de fenômenos que se repetem. A própria localização dos equipamentos

CRAS dentro dos territórios que apresentam maior risco social é uma potencialidade por permitir a articulação com as redes existentes no local, sejam elas públicas ou não, e por facilitar o acesso do profissional à organização do local. Quando o psicólogo conhece as linhas com as quais se forma a teia do campo território, há uma maior possibilidade de efetivação da ação, além da satisfação da necessidade emergente. Assim, o gestalt-terapeuta pode ir além da demanda inicialmente sinalizada pelo usuário do CRAS. Quando uma família comparece demandando uma cesta básica, por exemplo, pode ser encontrada a oportunidade de trabalhar questões afetas a emprego, renda, escolaridade, dinâmica intra e extrafamiliar, ou mesmo identificar alguma violação de direitos, quando se fará um acolhimento e os encaminhamentos necessários.

Ainda que nos locais onde os CRAS são instalados estejam estabelecidas situações de grande risco social ou de importante vulnerabilidade, não se pode perder de vista que cada organismo, seja ele indivíduo, família ou território vivo, é dotado de potencialidades. Elas podem ser desenvolvidas no sentido do empoderamento, a fim de tornar cada pessoa que passou pelo equipamento um cidadão *aware*, ativo em seu ambiente, capaz de se posicionar e agir com responsabilidade dentro de suas particularidades.

Até mesmo a estruturação da política pública de assistência social em níveis de complexidade demonstra a necessidade de se lançar um olhar diferenciado para cada fenômeno que emerge. Tal afirmação não significa, entretanto, que dentro do mesmo nível de complexidade o público atendido é homogêneo e as ações são invariáveis. Se há essa invariabilidade nas ofertas do CRAS, é uma indicação de que a equipe precisa rever seus processos de trabalho de forma a prover ofertas que atendam as reais necessidades de cada família do território referenciado. Este processo é interdisciplinar, o que pede do psicólogo uma postura ativa e de abertura.

O trabalho interdisciplinar é fundamental para o desenvolvimento das ações do psicólogo no CRAS. Ainda que o trabalho dos técnicos do serviço necessite estar alinhado e convergindo no mesmo sentido, é possível perceber que ainda há dificuldades para a articulação do trabalho entre psicólogos e assistentes sociais, que deve apresentar complementaridade e não o espelhamento ou a reprodução simplista das atribuições da outra categoria profissional. Tal afirmação remete ao exercício da clínica ampliada, que valoriza e integra os saberes técnicos das diferentes formações envolvidas no desenvolvimento de uma ação e os saberes e vivências da população assistida.

Uma proposta que encontra correspondência na Gestalt-terapia e na clínica ampliada e concilia a participação dos usuários e o alcance a um maior número de usuários são as atividades coletivas. Ainda que não se desenvolvam grupos terapêuticos no CRAS, as atividades em grupo estão previstas nas normativas e podem revelar demandas específicas do território onde o CRAS está instalado e favorecer que a própria comunidade desenvolva alternativas e vislumbre novas possibilidades de empoderamento. Além disso, o trabalho com grupos propicia condutas específicas diante das necessidades e fenômenos que emergem do território e conduz a ações de fortalecimento de vínculos familiares e sociais de modo a prevenir o rompimento de vínculos e as violações de direitos.

Faz-se importante considerar que este trabalho aborda reflexões sobre o potencial da abordagem gestáltica para fundamentar o trabalho do psicólogo no CRAS, mas não pretende esgotar o tema. Ao contrário, trata-se de um convite para o desenvolvimento de mais estudos sobre as contribuições desta abordagem fora dos cenários de prática tradicional da Psicologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERNARDO, J. G.; BELMINO, M. C. B.. 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. Acesso em 21 ago. 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social** - Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **SUAS: Sistema Único de Assistência Social** / - Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, 2007. 40 p. Organizado por Luziele Tapajós, José Ferreira da Crus, Simone Aparecida Albuquerque

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS**. – 1. ed. – Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009. 72 p.

BRITO, M. A. Q.. Gestalt-terapia na Clínica Ampliada. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Orgs.). **A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-terapia**: Coleção Gestalt-terapia: fundamentos e práticas. São Paulo: Summus, 2015. p. 163-180.

CAMPOS, A. F.; DALTRO, M.. A clínica ampliada no enfoque da gestalt-terapia: um relato e experiência em supervisão de estágio. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 1, n. 4, p. 59-68, 2015. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/743>. Acesso em: 21 ago. 2018.

CARDOSO, C. L.. Grupos terapêuticos na abordagem gestáltica: uma proposta de atuação clínica em comunidades. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, abr. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812009000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 01 abr. 2019.

CARDOSO, C. L.. A Gestalt-terapia no PET-Saúde: uma experiência em saúde pública. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Orgs.). **Modalidades de intervenção clínica em Gestalt-terapia**: Coleção Gestalt-terapia: fundamentos e práticas. São Paulo: Summus, 2016. p. 187-210.

CIORNAI, S.. Abordagem gestáltica no trabalho com grupos. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Orgs.). **Modalidades de intervenção clínica em Gestalt-terapia**: Coleção Gestalt-terapia: fundamentos e práticas. São Paulo: Summus, 2016. p. 168-186.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). **Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS**. Brasília: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2007. 60 p.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE MINAS GERAIS (CRP-04). Centro de Referência em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP-MG). **A Psicologia e o trabalho no CRAS**. Belo Horizonte, 2011. 112p.

- COSTA, A. F. S.; CARDOSO, C. L.. Inserção do psicólogo em Centros de Referência de Assistência Social - CRAS. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de fora, v. 3, n. 2, p. 223-229, dez. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202010000200011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 21 ago. 2018.
- DETTMANN, A. P. S.; ARAGAO, E. M. A.; MARGOTTO, L. R.. Uma perspectiva da Clínica Ampliada: as práticas da Psicologia na Assistência Social. **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 362-369, set. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922016000300362&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 21 ago. 2018.
- DIOGENES, J.; PONTES, R. J. S.. A Atuação do Psicólogo na Estratégia Saúde da Família: Articulações Teóricas e Práticas do Olhar Gestáltico. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 36, n. 1, p. 158-170, mar. 2016. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932016000100158&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 21 ago. 2018.
- ESTEVIÃO, A. L. P.; SILVEIRA, T. M.. A Gestalt-Terapia no contexto hospitalar: compreensão, postura e possibilidades. **Revista IGT na Rede**, Rio de Janeiro, v. 11, nº 21, 2014. p. 282 – 296. Disponível em: <http://www.igt.psc.br/ojs>. Acesso em 01 abr. 2019.
- FLOR, T. C.; GOTO, T. A.. Atuação do psicólogo no CRAS: uma análise fenomenológico-empírica. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 21, n. 1, p. 22-34, jun. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672015000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 10 abr. 2019.
- MACHADO, P. L.; LIMA, E. M.; FERREIRA, A. S.. A Escuta Psicológica em Gestalt-Terapia: Uma proposta de atuação clínica com um grupo de mulheres. **Revista IGT na Rede**, Rio de Janeiro, v. 8, nº 14, 2011. p. 93 – 115. Disponível em: <http://www.igt.psc.br/ojs>. Acesso em 01 abr. 2019.
- PEDRAS, R. N.; SILVA, S. M. A. F.; FIEDLER, R. C. P., DOMINGUES, S.

- F. S.; CONTI, M. A. Relato de um estágio realizado com crianças em um Centro Educacional e de Assistência Social. **IGT rede**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 20, p. 143-159, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-2526201400010009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 21 ago. 2018.
- PERLS, F.; HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P.. **Gestalt-terapia**. 2. ed. São Paulo: Summus, 1997. Tradução Fernando Rosa Ribeiro.
- POLSTER, E.; POLSTER, M.. **Gestalt-terapia Integrada**. São Paulo: Summus, 2001. Tradução de Sônia Augusto.
- RIBEIRO, M. E.; GOTO, T. A.. Psicologia no sistema único de assistência social: uma experiência de clínica ampliada e intervenção em crise. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de fora, v. 5, n. 1, p. 184-194, jun. 2012. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202012000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 21 ago. 2018.
- SILVA, M. L. B.; BANDEIRA, C. C.. Gestalt-terapia e a práxis na proteção social básica: uma interlocução possível. **Psicologia.pt**, [s.l.], p.1-11, jan. 2017. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1048.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2018.
- VIEIRA, E. D.; MEIRA, F. S.. A perspectiva da clínica ampliada no espaço do CRAS: Um relato de experiência. **Itinerarius Reflectionis: Revista eletrônica do curso de pedagogia do campus Jataí - UFG, Jataí**, v. 114, p.1-25, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/rir/article/view/23719/19267>. Acesso em: 21 ago. 2018
- YONTEF, G. M. **Processo, diálogo e awareness: Ensaio em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1998. Tradução de Eli Stern.

*É permitida a reprodução desta publicação,
desde de que sem alterações e citada a fonte.*

*A versão eletrônica deste livro (e-book)
é gratuita e pode ser livremente compartilhada.*

A Gestalt-terapia é uma abordagem psicológica proposta, inicialmente, por Frederick e Laura Perls, cujo início oficial se deu com o lançamento do livro Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality, em 1951, de Fritz Perls, Ralph Hefferline e Paul Goodman (a primeira edição brasileira foi lançada em 1997). Ela possui fundamentação antropológica alicerçada em pressupostos do Humanismo, do Existencialismo e da Fenomenologia, mas também recebeu influências da Psicologia da Gestalt, da Teoria Organísmica e da Teoria de Campo, dentre outras. Desde então, outros autores (inclusive brasileiros) vêm se dedicando ao desenvolvimento e ao aprofundamento de seus conceitos de modo que ela possa subsidiar cada vez mais e melhor a atuação do psicólogo e de outros profissionais nos mais variados contextos. Este livro apresenta textos elaborados a partir dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC's) no Curso de Especialização em Psicologia Clínica – Gestalt-Terapia e Análise Existencial da UFMG por gestalt-terapeutas mineiras da nova geração. Em cada um deles as autoras compartilham suas reflexões e sistematizações teóricas acerca de suas experiências em vários campos de atuação.

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
EM PSICOLOGIA CLÍNICA:
*Gestalt-terapia e
Análise Existencial*

