

Abordagem Centrada na Pessoa em Foco: limites e alcances na Atenção Básica

Enfoque Centrado en la Persona en Foco: límites y alcance en atención primaria

Person-centred Approach in Focus: limits and scope in Primary Care

Ana Maria Campos da Rocha

Patrícia do Socorro Magalhães Franco do Espírito Santo

Resumo: A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) chega ao Brasil sob a égide da clínica tradicional e se difunde no país com os serviços de plantão e aconselhamento psicológico. O advento do SUS exigiu dos profissionais orientados por esta abordagem adequarem sua clínica a esta nova perspectiva de trabalho, sobretudo no primeiro nível de atenção à saúde. Esta pesquisa, de cunho qualitativo, buscou entender, através de entrevistas colhidas com profissionais atuantes na área, as implicações do uso da ACP em seu cotidiano de trabalho. Os relatos apontaram que o uso deste aporte teórico apresenta tanto limitações quanto benefícios para a clínica exercida em Unidades Municipais de Saúde localizadas no município de Belém. Discute-se a respeito do potencial da ACP para este nível de atenção, bem como a possibilidade de que as limitações de seu exercício prático estejam relacionadas com o desconhecimento das inovações desenvolvidas na abordagem após a morte de seu fundador, Carl Rogers.

Palavras Chave: Abordagem Centrada na Pessoa. Psicologia Humanista. Atenção Primária à Saúde. Fenomenologia.

Resumen: El Enfoque Centrado en la Persona (ECP) llega a Brasil bajo los auspicios de la clínica tradicional y se extiende en el país con servicios de guardia y asesoramiento psicológico. La llegada del SUS requirió que los profesionales guiados por este enfoque adapten su clínica a esta nueva perspectiva de trabajo, especialmente en el primer nivel de atención médica. Esta investigación cualitativa buscó comprender, a través de entrevistas con profesionales que trabajan en el campo, las implicaciones del uso de ECP en su trabajo diario. Los informes señalaron que el uso de esta contribución teórica presenta limitaciones y beneficios para la clínica realizada en las Unidades Municipales de Salud ubicadas en el municipio de Belém. Discute el potencial de ECP para este nivel de atención, así como la posibilidad Las limitaciones de su ejercicio práctico están relacionadas con la ignorancia de las innovaciones desarrolladas en el enfoque después de la muerte de su fundador, Carl Rogers.

Palabras Claves: Enfoque Centrado en la Persona. Atención Primaria de Salud. Psicología Humanista. Fenomenología

Abstract: The Person-Centered Approach (PCA) arrives in Brazil under the aegis of the traditional clinic and is spread in the country with on-call services and psychological counseling. The advent of SUS required professionals guided by this approach to adapt their clinic to this new perspective of work, especially in the first level of health care. This qualitative research sought to understand, through interviews with professionals working in the field, the implications of the use of PCA in their daily work. The reports pointed out that the use of this theoretical contribution presents both limitations and benefits for the clinic performed in Municipal Health Units located in the municipality of Belém. It discusses the potential of ACP for this level of care, as well as the possibility that the limitations of its practical exercise are related to the ignorance of the innovations developed in the approach after the death of its founder, Carl Rogers.

Keywords: Person-Centered Approach. Primary Health Care. Humanistic Psychology. Phenomenology.

Ana Maria Campos da Rocha – Psicóloga graduada pela Universidade Federal do Pará (UFPA). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7070-815X>. E-mail: anamaria.camposdarocha@gmail.com

Patrícia do Socorro Magalhães Franco do Espírito Santo – Doutora em Psicologia (FFCLRP-USP), Professora Adjunta da Faculdade de Psicologia e Programa de Pós-graduação em psicologia da UFPA. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3081-3833>. E-mail: psanto@ufpa.br

INTRODUÇÃO

A história da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) se inicia no Brasil através da prática de “entrevistas não diretivas” utilizadas em processos de seleção e orientação profissional, a partir do contato que Mariana Alvin teve com o psicólogo Carl Rogers em 1945, quando estava no início do desenvolvimento da teoria que posteriormente culminaria no que hoje conhecemos como a ACP (CARRENHO; TASSINARI; PINTO, 2010). Mas a prática da ACP não se limitou ao manejo de entrevistas, a apropriação da abordagem acontece por meio da implementação do serviço de aconselhamento psicológico (SAP), na década 1960, na Universidade do Estado de São Paulo (USP), coordenado por Oswaldo de Barros Santos, com o apoio de Rachel Rosemberg que, por sua vez, foi a responsável por levar o pensamento rogeriano a compor, na década de 70, o Centro de Desenvolvimento da Pessoa (TRZAN-ÁVILA; JACÓ-VILELA, 2012).

Segundo Schmidt (2015), o serviço de aconselhamento psicológico presente na USP se configurou dentro de duas vertentes formativas: a de um serviço de extensão na área da psicologia que se aproximava do âmbito educacional configurando-se como um apoio, na perspectiva da abordagem ao abrir espaço para ensino e pesquisa; e a de implantação de uma outra modalidade de atendimento desenvolvido nos moldes da teoria difundida por Carl Rogers: o plantão psicológico. Refere-se ao plantão psicológico um atendimento individual, caracterizado por intervenção efetuada em situações de crise, constituído como a principal prática de extensão e contato da comunidade com o serviço psicológico (SCORSOLINI-COMIN, 2015). Cumpre salientar que o plantão tem como uma de suas características a possibilidade de ocorrência de uma única sessão, não pretende substituir a psicoterapia de longo prazo, seu objetivo é de uma outra ordem, trata-se de uma escuta de urgência.

O plantão psicológico, segundo Curry (1999), é definido enquanto um atendimento que apresenta características únicas que envolvem seu pronto atendimento após manifestação espontânea de demanda emocional do cliente. Diante disso, oferece-se uma escuta empática no momento de necessidade, sem que haja agendamento prévio ou obrigatoriedade de retorno (MAHFOUD, 1987). Tassinari (2009) destaca que o serviço visa auxiliar o cliente a melhor compreender sua demanda e, se for necessário, encaminhá-lo para outros serviços.

É preciso destacar que a ACP, segundo Campos (2005), chega ao Brasil em um momento delicado da política brasileira, quando predominava no país um contexto ditatorial e repressivo, responsável por ajudar a popularizar a abordagem entre vanguardistas e pessoas envolvidas em militância e resistências políticas. A proposta de uma clínica individual que permitia a livre expressão foi, então, utilizada pela camada da população que tinha condições de pagar pelo atendimento psicológico. Não obstante, é importante lembrar que a clínica realizada no Brasil foi apenas transposta do modelo norte-americano destinado à classe média (FONSECA, 1983).

A ACP, portanto, se difundiu no Brasil enquanto serviço, por meio dos programas de plantão e aconselhamento psicológicos realizados sobretudo em clínicas-escola com atendimentos clínicos individuais realizados por psicólogos da abordagem. No entanto, com o advento da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a prática em psicologia como um todo precisou se readequar a esse novo contexto de trabalho, a começar pela formação do profissional oferecida nas instituições de ensino, que passaram a adotar em seus currículos disciplinas que abordavam temas da saúde coletiva (FERREIRA NETO, 2010), bem como o ajuste da prática profissional ao modelo clínico preconizado pelo SUS denominada “Clínica Ampliada”.

Esta nova proposta de atuação, sobretudo na Atenção Básica (AB), defende um movimento em direção à compreensão do processo saúde e doença, que busca promover a autonomia e participação do usuário no cuidado com sua saúde (BRASI, 2009). Para Morosini, Fonseca & Lima (2018), a AB se configura como a mais notável face do SUS no que diz respeito aos seus princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade da saúde, sendo responsável pela expansão do acesso e do direito à saúde de acordo com sua operacionalização.

A adoção de um modelo de clínica ampliada (e democrática) em saúde pública exigiu do profissional a superação do modelo clínico a princípio focado exclusivamente no atendimento individual, solicitando ao profissional a adoção de práticas criativas que vão além das práticas tradicionais anteriormente consolidadas (SCHNEIDER; OLTRAMAR; BUDDE; SILVEIRA & SILVEIRA, 2016), abrindo a possibilidade para que profissionais encontrem formas únicas de desenvolver seu trabalho, de preferência:

pautando sua atuação em múltiplas formas de cuidado, na singularização do olhar e no respeito à diversidade cultural e subjetiva dos usuários, sem se deixar ‘escravizar’ por rituais “mecanizados”. (ROCHA; ALMEIDA; FERREIRA, 2016, P.118).

Tendo em vista o histórico da ACP no Brasil, a maneira como foi consolidada e o novo contexto de trabalho promovido pelo SUS, foi objetivo desta pesquisa conhecer a maneira como profissionais orientados por esta abordagem exercem práticas dentro do contexto da atenção primária em saúde no município de Belém, localizados em Unidades Municipais de Saúde (UMS), com o intuito de aprofundar os dados obtidos em uma pesquisa anterior (ROCHA; ESPÍRITO-SANTO, 2019). Os dados apresentados possibilitaram uma discussão crítica, tomando-se como referência as limitações e potencialidades da abordagem dentro deste nível de atenção.

1. Metodologia

Como forma de atingir os objetivos propostos, optou-se pela utilização de uma abordagem qualitativa dos dados. Este tipo de estudo é caracterizado pela busca de compreensão do fenômeno no ambiente em que emerge (KRIPKA; SCHELLER; BONOTTO, 2015). Martins e Bicudo (1989) destacam a contribuição desta abordagem de dados para apreensão de fenômenos subjetivos, onde o acesso é oferecido ao pesquisador por meio de vias indiretas, através de relatos fornecidos pelos próprios colaboradores. Em pesquisas assim, o principal instrumento para a captura desse material é o próprio pesquisador, cujo trabalho é fomentado no interesse pelos processos da pesquisa em detrimento da própria obtenção de resultados (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Aliada a esta metodologia e suas implicações, optou-se pela adoção da fenomenologia enquanto inspiração teórico-filosófica. Para Amatuzzi (2009), a fenomenologia não se configura necessariamente enquanto uma metodologia, mas enquanto uma forma paradigmática de pensar e fazer pesquisa, capaz de atingir objetivos únicos, tais como os que serão explorados neste artigo. A inspiração fenomenológica aplicada à pesquisa qualitativa se reflete no exercício de ultrapassar as manifestações imediatas para captar os fenômenos e desvelar o sentido oculto nas impressões imediatas (CHIZZOTTI, 2018).

Dentre as várias possibilidades oferecidas pela fenomenologia, optou-se por adotar a linha proposta pelo filósofo francês Maurice Merleau-Ponty. A vertente merleau-pontyana contrapõe-se a

algumas ideias basilares de Husserl, o precursor da fenomenologia enquanto método, no que se refere à suspensão fenomenológica enquanto metodologia científica para a apreensão dos fenômenos (MERLEAU-PONTY, 1945/1994). Na obra “Fenomenologia da Percepção”, o autor trabalha de maneira menos abstrata, a nosso ver, a utilização da fenomenologia enquanto técnica, ressaltando a percepção enquanto um evento presente no mundo.

A fenomenologia merleau-pontyana foi descrita por Muñoz (1975) como “antropológica”, uma vez que considera o indivíduo inserido no mundo vivido, o *Lebenswelt* (MOREIRA, 2007; 2013), nesse sentido, o fenômeno surge no contato do sujeito com o mundo vivido no qual ele se encontra. Tal perspectiva supera o clássico dualismo sujeito-objeto, considerando estes para além da relação classicamente estabelecida de ambiguidade, abrindo espaço para considerá-los em uma relação própria de troca: neste sentido, o ser humano e o mundo são, portanto, neste pensamento, ao mesmo tempo sujeito e objeto (MOREIRA, 2013).

Segundo Moreira (2013), mais do que um método, a filosofia de Merleau-Ponty constitui-se como uma ferramenta crítica de se pensar a fenomenologia, dentro de uma perspectiva enraizada no mundo, chamada de *mundana*. Ao pensar na relação entre o homem e o mundo como constituinte do fenômeno, subtrai-se o problema da análise pautada na percepção pela percepção (MERLEAU-PONTY, 1945/1994).

A inspiração merleau-pontyana em nosso trabalho se dá em nossa forma de pensar o fenômeno estudado, de modo a entendê-lo como parte do mundo no qual o colaborador existe, respeitando sua mundanidade, considerando que este se encontra presente em uma cultura que influencia na maneira com o qual será interpretado e significado pelos colaboradores.

Nossa busca não se deu por verdades universais e completas, visto que, como bem coloca Merleau-Ponty, a compreensão dos fenômenos se dá a partir de visadas sobre o mesmo e este tem como uma de suas principais características a sua “inesgotabilidade”; neste sentido, partindo-se do princípio da impossibilidade de realizar suspensões fenomenológicas completas, buscou-se então destacar a experiência dos profissionais e singularidade dos significados por estes atribuídos à sua experiência (MERLEAU-PONTY, 1945/1994).

1.1. Procedimentos

A estratégia utilizada para se chegar aos dados brutos da experiência foi a entrevista semi-estruturada e presencial. As colaboradoras foram entrevistadas nas unidades em que estão locadas, em dia e horário de sua conveniência. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para fins de análise. No momento da análise, tomou-se como base os polos descritos por Martins e Bicudo (1989): a) o sentido do todo, b) discriminação das unidades de significado, c) transformações das expressões cotidianas do sujeito em uma linguagem psicológica e d) síntese das unidades de significados transformadas em proposição. Recorreu-se à filosofia merleau-pontyana para o entendimento da experiência narrada e o contato com as participantes aconteceu de forma direta, tendo o acesso preliminar em ocasião da realização de uma pesquisa anterior.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi usado para salvaguardar as informações fornecidas pelos profissionais. Esta pesquisa foi submetida sob a forma de ementa para retificar o projeto com os novos objetivos empreendidos pelas pesquisadoras, as alterações foram aprovadas pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Fe-

deral do Pará (CEP/ ICS – UFPA). Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 79836717.6.0000.0018.

1.2. Colaboradoras

Colaboraram para esta pesquisa duas profissionais de psicologia que atuam em UMSs localizadas no município de Belém. As colaboradoras são psicólogas veiculadas aos postos de saúde nos quais estão locadas. Para fins de proteção da identidade das profissionais, optamos por não localizar os locais de trabalho dessas profissionais.

- Psicóloga I – 51 anos, formada em 1992, atua há 15 anos na área da saúde.
- Psicóloga II – 34 anos, formada em 2008, atua há 9 anos na área da saúde.

A inclusão das profissionais da pesquisa se pautou mediante a afirmação das mesmas da adoção do referencial teórico e prático da ACP em sua atividade profissional.

2. Resultados e Discussão

Dos dados analisados a partir dos procedimentos descritos, emergiram três categorias: “Limitações no uso da ACP”; “Identificação do trabalho” e “Vantagens no uso da ACP”. Tais categorias foram assim denominadas para explicitar de maneira mais satisfatória aspectos da relação que as colaboradoras apresentaram quanto às aplicações da prática e da teoria da abordagem em seu cotidiano de trabalho, bem como as funções exercidas dentro das unidades, para que seja compreendido em quais atividades a ACP oferece ou não subsídio para suas atividades profissionais.

2.1. Limitações no Uso da ACP

Psicóloga I: “A minha escolha foi justamente pela abordagem centrada na pessoa. Mas a atenção básica exige um tipo de trabalho diferente do que a gente imagina encontrar na prática profissional porque pelo tipo de atendimento que a gente faz e quantidade de pessoas (a demanda) às vezes a gente se vê impossibilitada de trabalhar só com uma abordagem, digamos assim. A gente necessita conhecer um pouco das outras abordagens. (...) É preciso intensificar o nosso conhecimento em outros tipos de abordagem que é mais eficaz no atendimento até porque tem a questão de ser mais rápido [nas respostas às demandas do cliente] (...) É diferente o trabalho, por ser na atenção básica, justamente por causa da demanda de atendimento, a gente precisa, assim, de certa maneira, dar um fechamento [para o paciente] porque tem outros aguardando, porque não é tipo como em um atendimento particular que você passa um tempão atendendo. Pra todos é indeterminado esse tempo de atendimento, mas, por causa da demanda, quanto mais tempo você conseguir agilizar é melhor.”

“A abordagem cognitivo comportamental a gente usa bastante. Foi o tipo de abordagem que eu tive que pesquisar mais, estudar mais. Eu posso te dizer que a psicoterapia breve também foi uma coisa que eu tive que aprender. Além de ser o clínico geral da atenção básica, tem essa necessidade de você saber um pouco mais [sobre as abordagens] e não escolher apenas uma e trabalhar com essa aqui, porque dependendo do caso e da situação, a gente observa a eficácia melhor”.

Para entender o contexto de trabalho em que as profissionais desenvolvem sua prática, bem como para entender posteriormente a maneira como a ACP vai ser útil ou não no trabalho das

colaboradoras, é preciso conhecer quais práticas são exercidas nas unidades de saúde por cada colaboradora. Passamos à outra categoria.

2.2. Identificação do trabalho

Psicóloga I: “Como se trata de uma unidade básica a gente exerce várias funções. A gente não atende só individualmente, atende em grupo, faz palestra, participa de reuniões da equipe multiprofissional. Não fica só limitado a atendimento individual [clínico]. A gente tem que ser versátil na unidade básica de saúde (...) aqui a gente não tem o privilégio de escolher quem a gente vai atender. Aqui não existe isso, a gente tem que atender a todos e aparece de tudo (...) somos os clínicos gerais da psicologia.”

“(...) Além das pessoas que procuram o atendimento espontâneo, têm as pessoas que fazem parte do programa de saúde mental que possuem o acompanhamento mais prolongado [pessoas que] eu já atendo há muito tempo, anos já.”

Psicóloga II: “Eu trabalho com agendamento, atendendo de 40 a 50 minutos, às vezes com encaminhamento de escolas, vem demandas de CAPS e demandas espontâneos da comunidade (...) a gente faz o controle da liberação de medicação pelo programa de saúde mental (...) fazemos o cadastro do paciente, até porque às vezes eles não são daqui, vêm de outras unidades (...) temos também um grupo de idosos em que a gente trabalha em conjunto com o programa da assistência social [onde a gente faz] palestras, rodas de conversas. Não só a gente falando, mas eles expondo o dia-a-dia deles, os acontecimentos, as aflições, o que acontece de modo geral, geralmente uma roda de conversa. Só que não acontece diariamente. É, digamos assim, que seja em um feriado ou quando às vezes o grupo está completando uma data específica [programação específica da unidade]. Não é diário esse programa.”

“(...) Na atenção básica, a gente sabe que ela é muito voltada para o âmbito social. A questão da comunidade e das possibilidades [de trabalho com esta] e com isso, a gente tem que trabalhar em conjunto [com as políticas públicas] aqui na unidade básica, que são fundamentais nas grandes abrangências que mais necessitam do nosso programa, da nossa atuação.”

2.3. Vantagens no uso da ACP

Psicóloga I: “Achei que trabalhar o lado mais humano, acho que [ajuda] a gente acolhe melhor as pessoas. Você realmente se colocar no lugar da pessoa, numa situação de sofrimento, isso para eles é uma forma de acolhimento melhor (...). Mesmo nessa nossa necessidade de utilizar outras abordagens, mas, claro, cada um [profissional] tem seu foco de interesse, enquanto teoria da psicologia, mas às vezes tem pacientes que vão com outras colegas e dizem ‘eu não gostei muito, não me adaptei muito com o tipo de conversa’. Claro que eles não entendem [o que é abordagem], mas dizem ‘eu não gostei muito do tipo de conversa’, ‘do tipo de atendimento’. Claro que a questão da empatia é muito importante, então eu atribuo a isso.”

Psicóloga II: “(...) imensas! (...) a gente vendo a questão da subjetividade, do ser empático, de se colocar no lugar do outro, compreender de fato, até porque eles chegam aqui em um processo: ‘doutora me ajuda por favor’, ‘o que eu faço?’ ‘eu não consigo enxergar o que eu tenho que enxergar (...) assim, o convívio com do dia-dia, da singularidade de cada paciente, a forma como ele

chega até você, os limites dele, as angústias, as esperanças que quando eles entram, que chegam a sua frente, eles estão pedindo socorro, ‘me ajude de alguma forma, eu não sei como me encontrar’”.

Utilizar a fenomenologia de Merleau-Ponty para entender o discurso das colaboradoras implica em localizar o contexto no qual o fenômeno estudado se desenvolve, de modo a ser congruente ao paradigma metodológico adotado, ou seja, não apenas analisar a percepção pela percepção, mas apresentar o fundo no qual emerge o fenômeno pesquisado: o trabalho das psicólogas que se utilizam do referencial teórico da ACP na atenção básica, no município de Belém.

Sendo assim, a partir das categorias acima destacadas, chegamos à construção de algumas perspectivas de compreensão.

2.4. O *Lebenswel* da Atenção Básica em Belém

A AB em Belém tem uma peculiaridade que a diferencia frente às outras capitais onde pesquisas como essa foram efetuadas. Na literatura sobre relação entre AB e psicologia, as pesquisas mais relevantes dizem respeito ao trabalho de psicólogos nas chamadas Unidades Básicas de Saúde (UBS), tal como podemos observar em Dimenstein (1998), Oliveira et al (2004) e Lima (2005). As UBS são dispositivos de saúde de AB previstos pelo Programa de Aceleração do Crescimento, o PAC (<http://pac.gov.br/sobre-o-pac>, recuperado em 15 de agosto, 2019), criado em 2007 pelo governo federal vinculado ao Ministério do Planejamento, envolvendo ações de planejamento e execução de infraestrutura urbana, social, logística e energética no país. A prioridade para a construção das UBS acontece em cidades do interior do Estado do Pará. No entanto, há indicativos de UBS construídas na capital, segundo o 7^a Balanço do PAC (2015-2018). As UBS, segundo das informações contidas no PAC, são as portas de entrada para a Rede de Atenção à Saúde (RAPS) e se diferenciam quanto ao porte que apresentam em determinada comunidade, de acordo com a quantidade mínima de equipes de saúde da família que este dispositivo abriga em seu interior.

Em Belém, em detrimento das UBS, encontramos em primazia a presença de UMS, disponibilizadas no âmbito municipal, sob o gerenciamento da SESMA – Secretaria Municipal de Saúde. Segundo o veículo eletrônico da secretaria (<http://www.belem.pa.gov.br/app/c2ms/v/?id=12>, recuperado em 19 de setembro, 2019), há 29 UMS na região metropolitana de Belém, as quais se diferenciam entre si por prestarem serviços de urgência e emergência (10 unidades) e serviços de AB (19 unidades). Verifica-se que, à parte das UMS, encontram-se equipes da Estratégia Saúde da Família, distribuídas pelos bairros do município, não necessariamente localizadas nas unidades de saúde. Pode-se inferir, portanto, a partir das informações coletadas, que as UMS se prestam a não apenas oferecer à comunidade serviços de atenção primária, uma vez que algumas unidades atendem situações chamadas “intermediárias”, de baixa complexidade, como por exemplo as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS). No entanto, ainda que as UMS possam oferecer serviços de média complexidade, não são listadas como parte dos estabelecimentos de saúde classificados como “urgência e emergência” na plataforma da secretaria, o que causa confusão ao compreendermos o cenário da saúde municipal.

Hospitais e UPAS são listados como parte da mesma lista de dispositivos de saúde de alta e média complexidade, sendo os primeiros responsáveis pelo atendimento das especialidades médicas – o que podemos considerar como parte do terceiro nível de atenção à saúde –, enquanto as segundas seriam responsáveis por oferecer atendimento assistencial compreendido dentro do

segundo nível de atenção à saúde (PEDROSO; MALIK, 2015). O fato de os serviços de média complexidade serem oferecidos pelas UMS e serem classificados dentro do arco da AB aponta para um contexto de não delimitação clara dos níveis de atenção em saúde, podendo gerar confusão quanto ao lugar que os profissionais ocupam dentro dessas unidades e o tipo de serviço ofertado, sobretudo na psicologia (BÖING; CREPALDI, 2010). A oferta de cuidados de média complexidade nos estabelecimentos de saúde que também oferecem cuidado da atenção primária podem acabar tornando a presença do psicólogo representado com base na figura de um especialista e não na de um profissional da saúde geral, tal como é esperado da profissão no primeiro nível de cuidado.

Para os autores Böing e Crepaldi (2010):

o termo profissional da saúde geral, ou clínico geral, refere-se ao profissional da saúde que, embora tenha uma formação específica que lhe atribuiu um determinado campo de atuação, busca a compreensão de indivíduos em contextos, através de uma compreensão interdisciplinar (...). É essa postura que, a atenção básica, permite o desenvolvimento o desenvolvimento de uma atenção integral à saúde. (p. 646)

Na fala das colaboradoras, é possível encontrar duas faces dessa indeterminação do local do psicólogo nas UMS, ao mesmo tempo que podemos observar o movimento de interação e tentativa de fugir de um modelo mais tradicional do exercício da profissão, sobretudo nas ações que buscam um contato integrativo com a população e com a comunidade nas quais as unidades estão inseridas – como a realização de grupos, palestras, atuação direta nas ações contidas na política de saúde mental. No entanto, tais movimentos acabam se mostrando discretos em relação à predominância dos estilos de clínicos tradicionais e a semelhança, inclusive estrutural, típico desta forma de atendimento.

Chama a atenção a fala da colaboradora que faz referência à sua atuação na UMS como “clínica geral da psicologia”, ao se referir à demanda variada que recebe em termos da clientela da unidade, e também sua menção à necessidade de versatilidade na atuação, que acaba se refletindo em sua necessidade de variar as abordagens e técnicas usadas em atendimento – em uma tentativa de dar conta de todos os casos que chegam à unidade.

Um ponto importante que parece ser necessário destacar em relação ao trabalho das profissionais em questão diz respeito ao lugar que as colaboradoras ocupam dentro da UMS que trabalham. Parece haver certa dualidade entre as atividades exercidas, que transitam em um limiar do âmbito de trabalho entre generalidade e a especialidade em termos de atividade, no sentido em que há a tentativa de se colocar como um profissional da saúde disposto a atender em consonância com outros profissionais, permitir que o cuidado seja expandido em formas de acolhimento que não se limitam ao atendimento individual, no entanto, não há a presença concreta do uso de recursos comunitários e instituições disponíveis na própria região de trabalho.

Segundo Motta, Moré e Nunes (2017), a utilização de recursos complementares à psicoterapia que possuem dimensão social empregados no tratamento de usuários diagnosticados com depressão se constituem como um exemplo prático do que implicaria empregar Clínica Ampliada em saúde mental, incorporando o cuidado em saúde mental à comunidade e não a restringindo aos consultórios e grupos terapêuticos, apesar da predominância de um modelo biomédico ainda empregado no tratamento destes usuários ilustrada pela pesquisa.

Desta forma, podemos observar que ainda há essa dificuldade de conciliar as práticas estabelecidas de tratamento clínico com as possibilidades desejáveis que podem ser empregadas nas formas de cuidado à saúde mental do usuário, na medida em que, ao invés de se consolidarem como o carro-chefe da atuação de profissionais da atenção primária, tornam-se medidas complementárias, acréscimos pontuais às metodologias tradicionais de trabalho.

2.5. O Psicólogo na Atenção Básica.

Qual, então, o lugar que o profissional de fato ocupa no estabelecimento no qual trabalha? Pode-se observar na descrição das práticas das colaboradoras, a respeito do serviço que oferecem, que há uma mistura entre práticas de clínica tradicional, como a psicoterapia individual, mesclada com menção da realização de escuta de grupos, palestras e rodas de conversa, refletindo uma maior aproximação com a prerrogativa da clínica ampliada. Há mescla, então, dos serviços, tal como há mescla no cuidado dentro das UMS, refletindo em uma dupla posição do profissional, que se apresenta como um clínico geral e também se aproxima de um especialista.

As demandas do serviço na AB são diferentes daquelas que, em geral, estão presentes em outros âmbitos de trabalho do profissional da psicologia, como exemplificam Macedo & Dimenstein (2011). São questões referentes à saúde geral e à saúde mental; dificuldades de comportamento de crianças e adolescentes em casa ou na escola e problemas que envolvem o cenário das comunidades: a falta de emprego, a violência, maus-tratos, enfermidades, consumo de álcool e outras drogas. Para Lo Bianco, Bastos, Nunes e Silva (1994), o trabalho na AB envolve o contato com situações concretas da vida de uma população desprivilegiada e a necessidade de lidar com contingentes maiores de indivíduos, o que impele a adoção de projetos para trabalhos em grupos e focais para lidar com as demandas que são trazidas pela população. Intervenções psicológicas pautadas na psicoterapia individual como principais práticas profissionais, sobretudo no atendimento de quadros depressivos em usuários, que denotam ainda a uma prática centrada no indivíduo, não considerando seu entorno, sua comunidade (MOTA; MORÉ; NUNES, 2017).

Mediante ao o contexto de trabalho mencionado acima, a abordagem psicológica escolhida pelas colaboradoras se apresenta enquanto limitada, uma vez que parece não responder às demandas que surgem no contexto da atenção primária, o que requer o uso de outras abordagens e técnicas da psicologia para complementá-la. Esta afirmação merece ser entendida de acordo com o uso que as colaboradoras fazem desta, a maneira como se apropriam deste referencial teórico e o manejo que dela fazem em seu trabalho. Um indicativo do que pode se assumir como um possível problema para o uso da ACP nesse âmbito é a paradoxal perspectiva apresentada por Kinget (1997) de que não existem técnicas rogerianas e, em detrimento destas técnicas, há valores enraizados no facilitador que se mobilizam em forma de atitudes que são demonstradas ao cliente. A questão é debatida por Holanda (2009), que discorre a respeito do peso que a palavra técnica carrega e da importância de entendê-la dentro de um contexto global, a qual não a dissocia nem do caráter prático nem da reflexão que esta carrega – de modo que não se fala em uma prática pela prática, mas de uma ação fundamentada, contemplada por uma teoria.

Ao entendermos técnicas como ferramentas, recursos, há uma leitura diferente das possibilidades de atuação da ACP em contextos diversos, um bom exemplo é a utilização de recursos expressivos como possibilidade de facilitar processos de crescimento.

Tais considerações foram aqui acrescentadas com o intuito de destacar que, por vezes, o modo de interpretar e manejar a ACP pode supor uma instrumentalização vazia, justamente a afirmação que esta é desprovida das ditas “técnicas” – que aqui entenderemos como a ação irrefletida. No entanto, encontramos um aparte consistente sobre a prática e o manejo da ACP na obra de Kinget e Rogers (1995, 1997), em capítulos que paulatinamente instruem a respeito do clima terapêutico, do manejo da entrevista e da atuação no contexto clínico. No entanto, é claro, não é mencionado pelos autores a aplicação em contextos ampliados de saúde. Mediante isso, seria impossível, então, se orientar pela ACP e atuar em contextos ampliados, tal como a AB?

Para Tassinari, Bacellar, Rocha, Flôr e Michel (2011), a utilização das atitudes facilitadoras propostas dentro da ACP são aplicáveis em quaisquer contextos em que se possa promover saúde. Ademais, os autores ressaltam que a convergência entre as atitudes facilitadoras, de fato, auxilia o desenvolvimento de um sujeito autônomo e corresponsável por sua saúde tal como o conceito atual de saúde fomenta. Além disso, Amorin, Andrade e Branco (2015) ressaltam que, no contexto da política pública de saúde, sobretudo na AB, a prática do plantão psicológico se apresenta enquanto uma prática que visa a promoção de saúde, uma vez que, além de evitar a cronicidade ou o surgimento de transtornos mentais, amplia o acesso ao serviço da psicologia garantindo ao usuário o primeiro contato com o serviço de saúde mental no SUS.

Cabe aqui ressaltar a ACP enquanto teoria e prática fundadora de serviços estruturados como plantão psicológico, se apresentando enquanto suporte para a realização satisfatória de uma modalidade clínica capaz de oferecer não apenas a oferta de escuta especializada, mas possibilitar e facilitar a clarificação da demanda emergente (MAHFOUD, 1987). Não obstante, Vieira e Boris (2012) destacam a possibilidade de o serviço de plantão psicológico se apresentar enquanto modalidade contemporânea de psicologia clínica que facilita o diálogo e interlocução com políticas públicas. Nesse sentido, destaca-se o movimento da abordagem em torná-la acessível a ambientes diversos e adequá-la à demanda contemporânea.

Ademais, Carl Rogers já preconizava amplas possibilidades para as relações humanas baseadas nos preceitos de adoção de atitudes que visavam facilitar o processo de crescimento, amadurecimento e autonomia do Outro (indivíduo ou grupo) em relações onde há a intenção de promover em uma das partes, ou em ambas, a utilização de seus recursos internos pessoais (ROGERS, 1999). A ideia de Rogers era permitir que o movimento escuta e acolhida, bem como a postura em relação ao outro, empregadas com sucesso em psicoterapia, pudessem ser igualmente eficazes em quaisquer outras relações de ajuda que pudessem ser estabelecidas com indivíduos ou com grupos. O que também nos remete à ideia de que tal proposta poderia contemplar de maneira satisfatória sua intenção de proporcionar cuidado, crescimento e disponibilizar a escuta da pessoa em qualquer local e nível de atenção.

Da mesma forma, a aplicação dessa maneira não apenas de tratar outra pessoa, mas de considerá-la, perpassam por um movimento de considerar o outro como alguém dotado de potencial, capacidades inatas que o movem em direção ao crescimento pessoal (ROGERS, 2003). Tal concepção é condizente com o próprio direcionamento que as políticas públicas de saúde hoje preconizam, solicitando que profissionais da saúde extrapolem os limites da atuação pautada na clínica biomédica, a fim de ver mais do que apenas a doença, mas a pessoa por trás dela, considerar a dimensão social, ampliando a ação interdisciplinar, com uma proposta clínica e não apenas uma troca não ocasional, para além de uma relação de poder entre as pessoas, construindo vínculos,

incentivando a responsabilização mútua com os usuários e formando vínculos com a comunidade (BRASIL, 2010).

A ACP e a clínica ampliada parecem caminhar lado a lado nesse sentido, pois, além de precognizarem visões semelhantes do homem como sendo capaz de se implicar em seu processo de cuidado, compartilham da ideia de que o processo de cuidado perpassa mais do que o tratamento da doença, mas a valorização da pessoa que convive com ela. Não obstante, a premissa de ampliação de cuidado perpassa a ideia trazida na própria abordagem de valorização da vida e de formação de vínculos que proporcionem a ajuda e o crescimento do outro.

Nas entrevistas, ainda que as colaboradoras mencionem limitações da abordagem, ambas destacam o potencial da ACP em facilitar e viabilizar o vínculo com os usuários das UMS, tendo em vista o diferencial que a abordagem fornece ao propor uma postura empática de acolhimento à pessoa. Uma pesquisa de Fontagalland, Moreira e Melo (2018) mostrou que, na visão de psicólogos iniciantes, é por meio da empatia que se torna possível se aproximar de seu cliente e acolher seu sofrimento, através do exercício de um movimento de redução fenomenológica que contribui para a realização da compreensão empática. Não obstante, a perspectiva acrescentada pela tese de Vieira (2017) acrescenta a este cenário a figura da alteridade (abertura ética para a diferença do outro) associada à relação terapêutica mediante à disponibilidade de ambos, terapeuta e cliente, de entrarem em contato com a experiência presente da relação, permitindo-se serem modificados por ela – ainda que a alteridade não esteja presente no corpo teórico desta abordagem, mas se veja imersa em sua prática terapêutica (VIEIRA; PINHEIRO, 2015). Nessa perspectiva, portanto, tem-se no exercício da ACP uma possibilidade de entrar em contato com o Outro em um nível mais profundo, não apenas acessando o mundo deste, quanto também abrindo a possibilidade para uma compreensão empática verdadeira mediante a abertura para a diferença na relação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim, podemos identificar na perspectiva das profissionais tanto vantagens quanto desvantagens na utilização da ACP em seus contextos de trabalho, orientando as ações que exercem dentro das UMS.

A não fixação em uma única abordagem sugere a insegurança no uso da ACP assim como uma busca por fornecer respostas rápidas às demandas que surgem. Há que se problematizar a pressa presente na atuação do psicólogo, não há como negar a urgência da queixa apresentada pela população, o próprio plantão psicológico configura-se como uma clínica de urgência. Entretanto, acreditar que ao lançar mão de várias técnicas, de abordagens diferentes e, portanto, fundamentada em valores por vezes incongruentes entre si, pode levar à uma repetição mecânica e estéril.

Há que se levar também o *Lebenswel* da atuação das profissionais e própria mundanidade de suas práticas, entender as práticas que desenvolvem, percebê-las como pautadas por vezes em concepções conflitantes, requer tempo para reflexão, tempo que não tem estando imersas no cotidiano do trabalho e também pressionadas pelas condições de trabalho que lhes impõe filas de espera extensas em função da escassez de profissionais.

É possível identificar vantagens em adotar essa abordagem no que diz respeito ao seu potencial para criar vínculo e acessar a realidade do Outro através da relação terapêutica. Aqui, vemos a valorização das condições facilitadoras descritas por Rogers, assim como a postura ética que se sobrepõe a técnica, como defendem os psicólogos humanistas.

Observamos também que o contexto da atenção primária no município de Belém não delimita muito bem a posição que o psicólogo ocupa nessa situação, tendo em vista que não é nem um clínico geral e nem um especialista, assim como não faz parte de uma equipe da ESF. As práticas desenvolvidas pelas colaboradoras se apresentam, sobretudo, baseando-se em um formato de clínica tradicional, deixando as práticas mais próximas da comunidade em segundo plano, havendo pouca prática territorial e valorização da pessoa enquanto um ser social que interage com seu meio.

É preciso levar em conta que a ACP se constituiu no Brasil em um período de valorização da escuta individual e que a criação de projetos de extensão universitários ajudou a abordagem a abrir espaço para o desenvolvimento científico e educacional desta teoria no país. O surgimento do SUS abriu a possibilidade para a inserção dos profissionais da psicologia no contexto das políticas públicas e a Atenção Básica exigiu do profissional a adoção de práticas condizentes com o contexto deste tipo de cuidado em saúde, que apresentava demandas diferentes da clínica tradicional. A discussão parece antiga: Clínica Tradicional X Clínica Ampliada, mas a prática mostra que está longe de ter sido superada.

É possível que a simplicidade e a aparente falta de instrumentalização da ACP impliquem na imagem de que a abordagem se apresente ineficaz para a utilização em um contexto com demandas tão amplas. No entanto, pesquisas e trabalhos recentes apresentam a utilização de práticas já consagradas da ACP na AB, as quais têm apresentado resultados positivos e aumentado o acesso aos serviços de saúde mental primários do SUS.

Esta pesquisa suscita a necessidade entender melhor a maneira com a qual a ACP está sendo apropriada pelos psicólogos, o que, por sua vez, lança questionamentos a como a mesma vem sendo apresentada nas entidades formadoras em Belém. As justificativas dadas para recorrer a outras abordagens e os limites identificados, principalmente no que se refere à questão técnica, apontam a necessidade de se desconstruir algumas visões limitantes no entendimento da abordagem, o que inevitavelmente implica em difusão nos meios acadêmicos de uma ACP contemporânea, para além dos ensinamentos de Rogers.

Pensar a ampliação, criação e divulgação de práticas orientadas pela ACP em contextos diversos da saúde e não apenas a clínica tradicional nos parece uma tarefa importante para aqueles que a praticam. O fato de a abordagem estar consolidada num modelo clínico não implica na estagnação desta enquanto teoria, isso seria negar um pressuposto basilar da mesma, a Tendência Atualizante, sendo sua (re)construção, e até mesmo refutação, relacionada diretamente com a maneira em que ela é exercida todos os dias. Acreditamos que o debate está posto.

REFERÊNCIAS

- AMATUZZI, M. M. Psicologia Fenomenológica: uma aproximação teórico humanista. *Estudos da Psicologia (Campinas)*, 26(1), pp 93-100, 2009, janeiro-março. <<https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2009000100010>>
- AMORIN, F. B. T; ANDRADE, A. B; BRANCO, P. C. C. Plantão psicológico como estratégia de clínica ampliada na atenção básica em saúde. *Contextos clínicos*, 8(2), julho-dezembro, p. 141-152, 2015.
- BOGDAN, R. C; BIKLEN, S. K. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Lisboa: Porto Editora, 1994.

BÖING, E; CREPALDI, M. A. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia ciência e profissão*, 30(3), 634-649, 2010. Recuperado de <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n3/v30n3a14.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica Ampliada e Compartilhada*. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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

CAMPOS, R. F. A Abordagem Centrada na Pessoa na história da psicologia no Brasil: da psicoterapia à educação, ampliando a clínica. *Psicologia da Educação*, (21), 11-31, 2005. Recuperado em 27 de setembro de 2019, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752005000200002&lng=pt&tlng=pt>.

CARRENHO, E; TASSINARI, M.A; PINTO, M. *Praticando a Abordagem Centrada na Pessoa*. São Paulo, Carrenho Editorial, 2010.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em ciências humanas e sociais*. Cortez Editora, 12ª edição, 2018.

CURRY, V. E. Plantão psicológico em clínica-escola. In M. MAHFOUD (org). *Plantão psicológico: novos horizontes* (pp. 115-133), 1999. São Paulo: Companhia Ilimitada.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*. 3(1), p. 58-81, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v3n1/a04v03n1.pdf>>

FONSECA, A. H. L. Psicologias humanistas e pedagogia do oprimido: um diálogo possível?. *Encontro Latino-Americano da Abordagem Centrada na Pessoa*. Petrópolis, 1983. <https://www.academia.edu/32454509/PSICOLOGIA_HUMANISTA_E_PEDAGOGIA_DO_OPRIMIDO.UM_DI%03%81LOGO_POSS%03%8DVEL>

FERREIRA NETO, J. L. A atuação do psicólogo o SUS: análise de alguns impasses. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(2), 390-403, 2010. <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000200013>>


FONTAGALLAND, R. C; MOREIRA, V; MELO, C. F. *Arquivos Brasileiros de psicologia*, 70 (1), p. 5-20, 2018.

HOLANDA, A. F. A perspectiva de Carl Rogers acerca da resposta reflexa. *Revista do Nufen*, 1(1), abril-agosto, p. 40-59, 2009.

KINGET, G. M. Além das técnicas. In C. R. ROGERS; G. M. KINGET. *Psicoterapia e relações humanas* (vol. 2). Belo Horizonte: Interlivros, 1997.

KRIPKA, R. M. L; SCHELLE, M; BONOTTO, D. Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na pesquisa qualitativa. *Investigação qualitativa na educação*, vol 2. *Atas 4ª Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa (CIAIQ) e 6ª Simpósio Internacional de Educação e Comunicação*, 2015. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2015/article/view/252>>

- LIMA, M. Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. *Psicologia em estudo*, 10(3), 431-440, 2005. <<https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000300011>>
- LO BIANCO, A. C; BASTOS, A. V. B; NUNES, M. L. T; SILVA, R. C. da. Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In R. ACHAR (org), *Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.
- MACEDO, J. P; DIMENSTEIN, M. Formação do psicólogo para a saúde mental: a psicologia piauiense em análise. *Interface comunicação saúde educação*, v. 15, n,39, p 1145-57, out-dez, 2011.
- MAHFOUD, M. A vivência de um desafio: Plantão psicológico. In R. L. Rosemberg (Ed). *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa* (pp. 75-83). São Paulo, SP: EPU, 1987.
- MARTINS, J; BICUDO, M. A. V. *A pesquisa qualitativa em Psicologia*. São Paulo: Editora Educ, 1989.
- MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção* (Carlos Alberto Ribeiro de Moura, Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 1994
- MOTA, C. C. L da; MORÉ, C. L. O. O; NUNES, C. H. S. S. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (3), p. 911-920, 2017.
- MOREIRA, V. *De Carl Rogers a Merleau-Ponty: a pessoa mundana em psicoterapia*. São Paulo: Annablume, 2007.
- _____. *Revisitando as psicoterapias humanistas*. São Paulo: Intermeios, 2013.
- MUÑOZ. J. *La antropología fenomenológica de M. Merleau-Ponty*. Madrid, Spain: Fragua, 1975.
- MOROSINI, M. V. G. C; FONSECA, A. F. F; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em debate*, 42 (116), jan-mar, Rio de Janeiro, p. 11-24, 2018.
- OLIVEIRA, I. F; DANTAS, C. M. B; COSTA, A. L. F; SILVA, FL; ALVERGA, A. R; CARVALHO, D. B; YAMAMOTO, O. H. O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. *Interações*, 9(17), 71-89, 2004. Recuperado em 29 de setembro de 2019, de <http://pep-sic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-29072004000100005&script=sci_abstract&tlng=en>
- PEDROSO, M. C; MALIK, A. M. *As quatro dimensões competitivas da saúde*, 2015. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/15017/As%20quatro%20dimens%C3%B5es%20competitivas%20da%20sa%C3%Bade.pdf>>
- ROGERS, C. R. *Um jeito de ser*. São Paulo: EPU, 2003.
- ROGERS, C. R. *Torna-se pessoa*. (5ª ed). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- ROCHA, A. M. C; ESPÍRITO SANTO, P. S. M. F. Abordagem Centrada na Pessoa: a postura facilitadora de psicólogos na atenção primária. *Revista do Nufen*, Belém, 11(1), p. 55-70, 2019. DOI: [10.26823/RevistadoNUFEM.vol11.nº01artigo45](https://doi.org/10.26823/RevistadoNUFEM.vol11.nº01artigo45)
- ROCHA, M; ALMEIDA, M. M. S; OLIVEIRA F. B. Possibilidades de atuação profissional do psicólogo no âmbito da atenção básica em saúde. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 29(1), janeiro-março, pp 117-123, 2016. Disponível: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=408/40846964016>>



SCHNEIDER, D. R.; OLTRAMAR, I.; BUDDE, C.; SILVEIRA, A. L.; SILVEIRA, S. A clínica na comunidade: uma experiência de intervenção intersetorial para adolescentes em situação de vulnerabilidade psicossocial. *Cadernos brasileiros de saúde mental*. Florianópolis, 8(18), pp. 68-80, 2016. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/4036>>

SCHMIDT, M. L. S. Aconselhamento psicológico como área de fronteira. *Psicologia USP*, 26(3), 407-413, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=401041438016Schmidt>>

SCORSOLINI-COMIN, F. Plantão Psicológico e o cuidado na urgência: panorama de pesquisas e intervenções. *Psico-USF*, Bragança paulista, 20(1), pp 163-173, jan/abril, 2015. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/0103-656420140033>>

TASSINA, M. A; BACELLAR, A; ROCHA, J. S. X; FLÔR, M; MICHEL, L. P. Inserção da abordagem centrada na pessoa no contexto da saúde. *Revista do Nufem*, 3(1), janeiro-julho, p. 183-199, 2011.

TASSINARI, M. Plantão psicológico como promoção de saúde. In A. BARCELLAR, *A psicologia humanista na prática: reflexões sobre a abordagem centrada na pessoa*. Palhoça: Editora da UNISUL, 2009.

TRZAN-ÁVILA, A; JACÓ-VILELA, A. M. Uma história da Abordagem Centrada na Pessoa no Brasil. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 12(3), 1063-1069, 2012. Recuperado em 23 de março de 2020, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000300021&lng=pt&tlng=pt>.

VIEIRA, E. M; PINHEIRO, F. P. H. A. Ethics and the person centred approach: a dialogue with radical alterity. *Theory & Psychology*, 25 (6), p. 798-813, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1177/095935415591051>>

VIEIRA, E. M. *Ética e Psicologia: uma investigação sobre os etoi da terapia centrada na pessoa*. Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Belo Horizonte, 2017.

VIEIRA, E. M; BORIS, G. D. J. B. O plantão psicológico como possibilidade de interlocução da psicologia clínica com as políticas públicas. *Estudos e Pesquisas em Psicologia* 12 (3), 883-896, 2012. Recuperado em 26 de março de 2020, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812012000300010&lng=pt&tlng=pt>.

