

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/UFSM  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS/CESNORS  
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM  
SAÚDE**

**O PSICÓLOGO NO TRABALHO DE EQUIPE NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: perspectivas e  
desafios**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**PAULA CHAIANE MARTINS BORELLI**

**PALMEIRA DAS MISSÕES, RS, BRASIL, 2012**

**O PSICÓLOGO NO TRABALHO DE EQUIPE NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA EM SAÚDE: perspectivas e desafios**

**por**

**Paula Chaiane Martins Borelli**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Especialização em Gestão De  
Organização Pública em Saúde

da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial  
para obtenção do grau de

**Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde**

**Orientadora: Enf<sup>ª</sup> Msc. Isabel Cristina Pacheco Van der Sand**

**Palmeira das Missões, RS, Brasil, 2012**

**Universidade Federal de Santa Maria**  
**Centro de Educação Superior Norte Do RS/CESNORS**  
**Especialização em Gestão De Organização Pública em Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova ....

**O PSICÓLOGO NO TRABALHO DE EQUIPE NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA EM SAÚDE: perspectivas e desafios**

elaborada por

**Paula Chaiane Martins Borelli**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista em Gestão De Organização Pública em Saúde**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

**Isabel Cristina Pacheco Van der Sand, Msc. (UFSM)**

(Presidente/Orientadora)

**Maria da Graça Soler Rodrigues Msc. (UFSM)**

**Fernanda Beheregaray Cabral Msc. (UFSM)**

Palmeira das Missões, 12 de dezembro de 2012.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao final desta etapa, inicialmente agradeço à minha orientadora Isabel Cristina Pacheco Van der Sand que me acolheu com carinho, dedicação, paciência e me oferecendo o suporte necessário para a realização deste trabalho.

Aos meus pais e à minha pequena irmã pela paciência e o incentivo constante, o amor, a sabedoria, a compreensão, às palavras carinhosas para amenizar a ansiedade e por acreditar nas minhas capacidades. Obrigado por não medirem os esforços para que eu pudesse alcançar meu objetivo.

Agradeço a todos que estiveram comigo durante esta caminhada, pois a presença de todos foi de suma importância para mim.

## RESUMO

Este é um artigo de reflexão que tem como objetivo discorrer sobre alguns desafios e contribuições do profissional psicólogo no trabalho de equipe na atenção primária à saúde. Com base na experiência da autora e em obras que serviram de subsídios à reflexão, percebe-se que o trabalho em equipe é essencial para a produção de saúde no campo atenção primária, colocado como um desafio desde o seu processo de formação em nível de graduação. Parece necessária uma mudança paradigmática nesse processo, demandando uma articulação entre os saberes específicos da Psicologia e os da saúde coletiva. A presença do psicólogo em equipes da atenção primária constitui-se de importância, pois, por meio dos saberes atinentes ao seu núcleo profissional, poderá contribuir na compreensão da dinâmica de funcionamento da própria equipe, além de auxiliar na produção de proposições que superem o fazer da clínica tradicional, a exemplo da clínica ampliada, das equipes de referências ou matriciais e dos projetos terapêuticos singulares. Por meio da participação em equipes da atenção primária em saúde, cuja postura se pautem em relações horizontais, dialógicas e de trocas, o psicólogo contribuirá para a produção de ações criativas, possivelmente eficazes, desde que todos busquem a produção de um saber/fazer novo, cujo objetivo final esteja no sujeito como protagonista de um trabalho em equipe. Nessa proposição haverá a utilização de todos os saberes, respeitando e, ao mesmo tempo, transcendendo a especificidade de cada núcleo profissional, e, em consequência, encaminhando para um novo desafio: a produção de um fazer/saber transdisciplinar.

Palavras-chave: Prática profissional. Saúde pública. Atenção primária à saúde.

## **ABSTRACT**

This is an article of reflection which aims to discuss some challenges and contributions of the professional psychologist on teamwork in primary health care. Based on the author's experience and studies that served as subsidies reflection, it realizes that teamwork is essential to the production of primary health care field, placed as a challenge since its formation process at the graduate level. It seems that a paradigm shift is needed in this process, requiring a link between specific knowledge of Psychology and collective health. The presence of a psychologist in primary care teams made up of importance, because through the knowledge related to their professional core he may help in understanding the dynamics of the operation of his own team, besides helping in the production of propositions that exceed the traditional clinic methods, such as the extended clinic, reference or matrix teams and singular therapeutic projects. Through participation in teams of primary health care, whose stance be guided in horizontal relationships and dialogical exchange, the psychologist contributes to the production of creative actions, possibly effective, provided that all seek to produce a new knowledge/making, whose ultimate goal is the being who is the subject of team work. In this proposition there will be use of all knowledge, respecting and, at the same time, transcending the specificity of each professional core, and as a result, leading on to a new challenge: the production of a new transdisciplinary making/knowledge.

**Keywords:** Professional practice. Public health. Primary health care.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>POSSIBILIDADES PARA O PSICÓLOGO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: elementos teóricos que balizam a reflexão.....</b>	<b>11</b>
<b>O PSICÓLOGO EM GRUPOS DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: desafios e perspectivas .....</b>	<b>18</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>22</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>24</b>

## INTRODUÇÃO

A inserção e o papel psicólogo no trabalho em equipe em saúde coletiva, em específico no campo da atenção primária em saúde, bem como os desafios que isso pode representar é a temática escolhida para esta reflexão. O fato de não estar inserida profissionalmente no campo da saúde coletiva e ter-me decidido por realizar um curso de pós-graduação *Lato sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde se apresentou para mim, à época, como um desafio, a partir do que passei a refletir sobre as inúmeras possibilidades de interlocução de minha formação de base com o campo da saúde coletiva, na atenção primária em saúde.

Cabe salientar que o termo atenção básica, de sentido amplo, compreende ações integrais que abrangem a promoção e da proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Diz respeito à prática de vigilância da saúde, do modelo de atenção preconizado pela legislação do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja efetivação deve dar-se, dentre outras possibilidades de toda a rede de ações, serviços que compõe o SUS, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BÖING; CREPALDI, 2010; BRASIL, 2006). A atenção primária à saúde, por sua vez, refere-se ao primeiro nível de atenção à saúde, relacionando-se à saúde coletiva, em específico a ações de promoção e prevenção. É um termo que tem tido uso crescente em âmbito mundial. No Brasil, em nível governamental, no contexto da saúde coletiva, a expressão oficial é “atenção básica” (BÖING; CREPALDI, 2010; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009). Neste estudo, optou-se pelo uso da expressão mais universal – atenção primária em saúde.

Por meio dos conhecimentos adquiridos no curso de Especialização em Gestão De Organização Pública em Saúde, constatei que a eficácia do trabalho em saúde coletiva, em específico na atenção primária em saúde, tem uma associação positiva com o trabalho em equipe. Por meio desses conhecimentos, associados aos de minha formação básica, a Psicologia, percebi que as equipes que atuam nesse nível de atenção à saúde podem se beneficiar com a inserção de um profissional psicólogo em seu meio, uma vez que esse, pelos saberes atinentes ao seu núcleo profissional, está apto a contribuir na compreensão da dinâmica de seu funcionamento, como grupo.



Equipe, nesta reflexão, é entendida como um grupo, ou seja, como um “conjunto restrito de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo e espaço e articuladas por mútua representação interna, que se propõe, de forma explícita ou implícita, ao desenvolvimento de uma tarefa que constitui sua finalidade” (PICHON-RIVIÈRE, 2005, p. 242). Por isso, toda vez que houver referência à equipe, neste texto, será realizado como “grupo de trabalho”.

A opção pela expressão “grupo de trabalho” justifica-se, também, nos estudos de Bion, psicanalista britânico que, ao se dedicar à exploração da dinâmica grupal, com base na obra de Melanie Klein, refere que em todo o grupo há um estado mental racional, cooperativo, colaborativo, predisposto à realização da tarefa grupal, manifestado na medida em que há uma redução da carga resistencial e antioperativa do grupo (OSÓRIO, 2003).

Cabe lembrar que, a despeito da proposição explícita ou implícita a uma tarefa, os componentes de um grupo de trabalho, e por consequência o grupo em si, por inúmeros fatores, dentre esses os inerentes ao campo grupal, são tomados por ansiedades, defesas e identificações, as quais, a depender do seu montante, se manifestam como forma de resistência e obstruem seu trabalho. Essa obstrução tem potência para repercutir sobre a saúde do grupo de trabalho e dos usuários que a ele recorrem, interferindo, inclusive, em questões relativas à gestão das atividades por eles desenvolvidas.

Frente a isso, reconhece-se a importância de investimentos na área psíquica de cada colaborador desse grupo de trabalho e do grupo em si, o que pode ser mediado pela figura do psicólogo, em especial por meio da criação, compartilhada com os colaboradores, de dispositivos que possibilitem a emergência de espaços de fala e de escuta.

O “olhar” da Psicologia, junto aos colaboradores dos grupos de trabalho da atenção básica à saúde, na medida em que espaços de fala sejam criados, poderá funcionar como um elemento possibilitador de catarse aos sintomas que aparecem no cotidiano. A partir disso, esse profissional poderá estimular a proposição, por parte desses colaboradores, de novas estratégias de trabalho à atual caracterização dos serviços de atenção primária em saúde, oferecidos à população, buscando, além da eficácia da atenção aos usuários, a saúde dos próprios trabalhadores. Como consequência, espera-se um *feedback* positivo, expresso por meio de atendimento adequado às necessidades e às questões apresentadas pelos usuários do

serviço, pois os resultados de qualquer trabalho, cabe ressaltar, serão influenciados pelo estado psíquico do sujeito/trabalhador que exerce esse trabalho.

Nessa perspectiva, destaca-se que, nesta reflexão, ao referir-se a “sujeito” (usuário/trabalhador) está-se entendendo ao profissional ou ao usuário, individualmente, e o grupo de trabalho como um todo. Ou seja, por meio dessa lógica, percebe-se que o grupo não é a resultante da soma de cada um de seus membros com características meramente pessoais. Ele, em verdade, é uma nova entidade regida por suas próprias leis, com mecanismos próprios de funcionamento (ZIMERMAN, 2000). Assim, o grupo de trabalho é um sujeito e, como tal, é constituído por elementos psíquicos que influenciarão no resultado de cada empreendimento realizado em seu campo de ação.

A partir dessas concepções, passou-se a questionar: em que medida o trabalho em equipe é importante para a produção de saúde no campo da atenção primária? Quais seriam as contribuições do profissional psicólogo para um trabalho em equipe na atenção primária em saúde? Que saberes e dispositivos poderiam subsidiar a ação desse profissional, a fim de que contribuísse na produção de saúde que fosse atravessada pelo trabalho em equipe? Essas questões norteiam a reflexão que se pretende articular no presente artigo, o qual será apresentado como Trabalho de Conclusão do Curso de Pós-Graduação *Lato sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde e que tem como **objetivo** discorrer sobre alguns desafios e contribuições do profissional psicólogo no trabalho de equipe na atenção primária à saúde.

Com o decorrer da graduação, inseri-me como Psicóloga em um município do interior do RS, atuando no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o qual trouxe-me experiências que fui tendo neste tempo, agregando assim, maior conhecimento sobre o tema.

Com esta reflexão espera-se contribuir com gestores e trabalhadores de serviços da atenção primária em saúde, bem como estudantes de psicologia, no sentido apresentar elementos que fomentem o pensamento crítico-reflexivo em relação ao cotidiano da prática profissional, e, em consequência, do ensino de psicologia voltado à atenção primária em saúde.

## **POSSIBILIDADES PARA O PSICÓLOGO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: elementos teóricos que balizam a reflexão**

O SUS é um sistema complexo que tem responsabilidade de articular e coordenar ações de promoção à saúde e prevenção a agravos, com cura ou reabilitação (VASCONCELOS; PASCHE, 2006) e que se ampara em extensa legislação, cujo tripé principal é formado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis nº 8.080 e nº 8.142, ambas de 1990. Além dessas três principais, várias normas operacionais também organizam e regem esse Sistema, assim como inúmeras portarias ministeriais (BÖING; CREPALDI, 2010).

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, pautado na universalidade, integralidade e gratuidade, abrangendo desde tecnologias leves, tais como a escuta, até as mais complexas, como o transplante de órgãos, por exemplo.

Esse Sistema foi criado em 1988 pela Constituição Federal do Brasil e regulamentado pelas leis nº 8080 e nº 8.142/90, com a finalidade de atendimento público a todo o cidadão, sem haver custos financeiros para quem o utiliza. Tem como objetivo tornar-se um mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, oferecendo serviços de qualidade (BRASIL, 1990).

O SUS organiza-se conforme alguns princípios, previstos no artigo 198 da Constituição Federal da República de 1998, dos quais destacamos em especial, nesta reflexão, a universalidade, a integralidade e equidade (BRASIL, 1988). Por “universalidade” entende-se que o SUS atenderá a todos, sem distinções ou restrições, proporcionando a atenção necessária, sem custos. Nesse sentido, os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nos serviços de saúde, públicos ou privados, contratados pelo gestor público. Esse é o princípio fundamental para o alcance das mudanças previstas pelo SUS, a fim de garantir o direito constitucional à saúde a todos os brasileiros (BRASIL, 1988; 2009).

Por meio do princípio da integralidade, o SUS deve se organizar a fim de garantir, a todos os indivíduos e à coletividade, ações e serviços de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. A integralidade deverá ocorrer no sistema como um todo e não apenas em um só local, sendo alcançada por meio do trabalho integrado e solidário dos gestores e trabalhadores da saúde, através da articulação de seus múltiplos saberes e práticas,

assim como dos diversos serviços de saúde. Esse é um princípio que articula, portanto, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade (BRASIL, 1988; 2009).

O princípio da equidade associa-se a questões de justiça social. Assim, pautado nesse princípio, o SUS deve disponibilizar serviços que canalizem maior atenção aos que mais necessitam, diferenciando as necessidades de cada um. A resultante final desse princípio será a redução das desigualdades sociais (BRASIL, 1988; 2009).

Existem, ainda, outros princípios, não menos importantes, que são os de descentralização, regionalização, hierarquização e participação social, em que a descentralização implica na transferência de poder decisório para estados e municípios, a regionalização e hierarquização dizem respeito à forma de organização dos estabelecimentos e a participação social, como o próprio nome já diz, é a integração de todos os usuários no sistema, exercendo o seu direito de participação e controle social, como já foi mencionado (BRASIL, 1988; TEIXEIRA, 2011).

Conforme a cartilha “Entendendo o SUS”, publicada em 2006 pelo Ministério da Saúde, e a Lei 8080, todos os municípios devem ter conselhos de saúde, nos quais participam, os usuários desse Sistema, além de outros atores, como os prestadores de serviços, os gestores e os profissionais de saúde, os quais são co-responsáveis pela sua gestão, no que se incluem o controle e a fiscalização da aplicação dos recursos disponibilizados para a saúde. Cabe destacar que há conselhos em todos os níveis hierárquicos de governo, com igual participação do usuário. Além dos conselhos, a participação desse ator social na gestão é garantida por meio de sua participação nas Conferências de Saúde, que também se dão em nível municipal, estadual e federal (BRASIL, 2006b; BRASIL, 1990)

Aos usuários, a quem cabe co-gerir, controlar e fiscalizar o Sistema, é importante esclarecer que a porta de entrada desse sistema deve ser preferencialmente a atenção primária, ou seja, as unidades básicas de saúde, dentre as quais estão as ESF. Além disso, como o SUS tem uma proposta de atenção hierarquizada, é necessário assinalar que, em caso de necessidade, o usuário deverá ser encaminhado a clínicas especializadas ou a hospitais, ou seja, a unidades de maior complexidade de atenção, de níveis secundários ou terciários (BRASIL, 2006b).

O reconhecimento, por parte das equipes de trabalho da atenção primária em saúde, e, em consequência, do psicólogo, acerca dos princípios do SUS, é de importância para que possam, em co-participação com os usuários, gerir as questões particulares de cada equipe, sem perder de vista o contexto macro em que se encontram e a serviço de quem e para o que estão ali. O psicólogo precisa ser visto não como supervisor, mas sim como membro da equipe.

Em decorrência desses princípios, e a fim de colocá-los em prática, todos os profissionais inseridos na atenção primária em saúde necessitam subsidiar-se para esse fim. Nessa perspectiva, poderiam utilizar métodos clínicos, para além dos tradicionais existentes, e, nesse campo, parece apropriado mencionar as potencialidades da Clínica Ampliada.

Esse tipo de clínica é um instrumento por meio do qual, tanto os colaboradores de uma equipe de trabalho quanto os gestores, e os próprios usuários e suas famílias, utilizam-se de seus diversos saberes visando o alcance, compartilhado, de soluções às demandas apresentadas ao serviço (BRASIL, 2008). Nessa perspectiva, trabalha-se com um discurso em que a centralidade é o sujeito/usuário, em que eles são escutados de forma participativa e em que é privilegiada sua autonomia, ou seja, trabalha-se, efetivamente, em equipe, com um grupo de trabalho tal qual a concepção de Bion, ou seja, em uma lógica na qual o usuário e sua família fazem parte dessa equipe. Nesse sentido, estimula-se, provoca-se, desafia-se, a todos, a uma interação – gestores, profissionais, usuários e suas famílias, valorizando as diferenças de todos e de cada um, com vistas a intervenções o mais resolutivas possível.

O psicólogo, na perspectiva aí apresentada – preocupado com os princípios do SUS e desafiado pelas novas estratégias de atuação e de produção de saúde, deveria, dentre suas atribuições, se predispor a instigar um diálogo criativo e interativo entre os diferentes sujeitos/usuários/famílias que circulam e compõem o cenário da atenção primária, com responsabilizações e compartilhamento de decisões relativas aos diversos tipos de atendimentos e/ou intervenções.

Cabe aqui lembrar, que a psicologia, como profissão, foi regulamentada no Brasil no ano de 1962, momento em que o psicólogo passou a atuar nas áreas clínica, escolar, magistério e trabalho. Porém, com a pressão dos profissionais da psicologia, buscaram-se outros campos, como o da saúde coletiva (Dimenstein, 1998).

A inserção do psicólogo no contexto da atenção primária à saúde ocorreu, segundo Andrade e Simon (2009), inicialmente, por meio da transposição do modelo clínico de atuação tradicional. Essas autoras, pautadas em outros estudos sobre essa temática, apontam que as particularidades do campo da atenção primária à saúde não receberam a necessária atenção do profissional psicólogo, o qual permaneceu, por bastante tempo, acrítico, atuando de forma descontextualizada e a-histórica. Destacam, ainda, a necessidade de revisão na formação profissional, desde e para além da graduação, e a pertinência, também, da adoção de um modelo de atuação mais coerente com a realidade e necessidades da saúde coletiva no Brasil, principalmente, da população.

Nesse sentido, mencionam que as novas Diretrizes Curriculares, datadas de 2004, para o curso de Psicologia, preocuparam-se com a pertinência e necessidade de novas habilidades e competências gerais do psicólogo, visando à promoção de saúde e à prevenção de doenças, de forma contextualizada às necessidades da população com que o psicólogo interagiria no campo da atenção primária, seja em nível individual e coletivo (ANDRADE; SIMON, 2009).

Nessas Diretrizes, no artigo 5º, especificamente em relação aos eixos estruturantes da formação, há um destaque para a importância da interface entre as diferentes, porém complementares, áreas do conhecimento, tais como aquelas que estudam os fenômenos biológicos e sociais, de forma a subsidiar o pensamento e a compreensão crítica dos fenômenos sociais, econômicos, culturais e políticos - um dos compromissos do psicólogo. E, por fim, há ênfase na necessidade de o profissional adequar seu referencial teórico à demanda da população-alvo (ANDRADE; SIMON, 2009; CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO, 2004).

Andrade e Simon (2009), em estudo sobre a prática profissional de psicólogos na atenção primária, referem que, a despeito de haver o predomínio do modelo clínico, tanto no ensino como nas práticas em Psicologia, a questão não está em realizar ou não a prática clínica, mas em resumi-la ao atendimento clínico tradicional, descontextualizado e acrítico. Destacam, em consonância ao que já foi sinalizado nesta reflexão, que todo profissional de saúde que cuida de pessoas realiza clínica, havendo, portanto, várias modalidades dessa prática, as quais, no cenário da atenção primária à saúde, devem ser reformuladas, de forma a ampliar seu objeto de intervenção e a sua maneira de olhar a realidade em que está inserida, constituindo, assim, uma prática clínica ampliada.

Significa que na prática da clínica ampliada trabalha-se com a escuta, representada por momento de acolhimento de todas as queixas<sup>1</sup> do sujeito, por mais que, a primeira vista e por um olhar, por vezes, restrito e estreito, não pareçam fatos interessantes e significativos. Dessa forma, na perspectiva da clínica ampliada, os profissionais, incluído aí o psicólogo, sabem que é preciso ouvir todas as queixas porque elas compõem a história do sujeito que fala e se articulam a um cenário familiar, social, cultural e histórico.

Nesse caso, o psicólogo, que atua de forma compartilhada e dialógica com seus colegas de grupo de trabalho, coloca-se em situação de ajudar o usuário a reconstruir os fatos, fazê-lo escutar a própria fala para que consiga conviver com essas relações que um dia trouxeram-lhes dor e desconforto. Nessa postura, o psicólogo abre-se para as questões biológicas, sociais, culturais, além dos aspectos psíquicos do sujeito com quem interage, indo ao encontro do preconizado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em psicologia.

No âmbito da clínica ampliada, destacam-se os Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). Os PTS são propostas de condutas individuais ou coletivas, resultado de uma discussão de equipes interdisciplinares, nas quais há a participação do(s) usuário(s) a quem se destina(m), que poderão contar, se necessário, com apoio matricial. O PTS é utilizado, geralmente, em situações mais complexas (BRASIL, 2008). É, portanto, um projeto que pode ser elaborado não somente para o indivíduo, mas com foco em grupos ou famílias, tendo a singularidade, ou seja, a diferença dos atores sociais a que se destinam como elemento central de articulação, diferentemente de um diagnóstico que tende a igualar os sujeitos e minimizar suas diferenças.

Assim, em um PTS haverá a articulação dos diferentes saberes de todos os componentes do grupo de trabalho, inclusive do próprio sujeito a que se destina, havendo troca de ideias e informações, para que com isso seja elaborado um plano de ações para entender esse sujeito (BRASIL, 2008). No PTS é importante aprender a trabalhar com o

---

<sup>1</sup> A demanda é um conceito que orienta o analista na construção do caso que se apresenta. O sujeito quer é que o seu desejo seja reconhecido e o desejo nasce da frustração de satisfazer um desejo. O sujeito vê o momento de entrada em análise como um conflito, uma crise, e queixa-se. O analista que escuta o acolhe e assim permite o aparecimento da transferência, o que faz com que o sujeito escute a si mesmo, a sua história, e assim, esse sujeito sai da queixa e começa a demandar ao tratamento, assim, iniciando-o. (Rodrigues, 2010)

sofrimento inerente de forma solidária na equipe, procurando criar espaços para diferentes falas e considerando que os saberes de núcleo, relativos à psicologia, serão de grande importância nas situações em que há sofrimento psíquico.

A atuação em equipes de apoio matricial e em equipes de referência apresenta-se, também, como um novo desafio e perspectiva para o trabalho do psicólogo em equipes de atenção primária em saúde, com forte associação às questões relativas à gestão. O trabalho de apoio matricial ou matriciamento, conceito cunhado por Gastão Wagner de Campos, refere-se a um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica (CHIAVERINI, et al. 2011). Dessa forma, seu objetivo é o de facilitar a humanização da gestão e da atenção ao mesmo tempo, auxiliando as equipes a pensarem sobre suas experiências e, a partir daí, de forma compartilhada, planejar e buscar suas próprias soluções.

Essa proposta visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde relativo aos encaminhamentos, referências e contrarreferências, protocolos e centros de regulação. Na perspectiva tradicional os sistemas de saúde são organizados de uma forma vertical (hierárquica), em que, pelo estabelecimento de diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe e pela transferência de responsabilidades ao encaminhar o usuário, não há uma co-responsabilização. A comunicação entre os diferentes níveis hierárquicos, na lógica tradicional, ocorre, em geral, de forma deficitária, quase sempre por meio de informes escritos, como pedidos de parecer e formulários de contrarreferência, com pouca resolubilidade (CHIAVERINI, et al., 2011).

Pela proposta do apoio matricial, entretanto, os efeitos burocráticos e estanques dessa lógica tradicional podem ser atenuados por meio de ações horizontais, que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais. Assim, “na horizontalização decorrente do processo de matriciamento, o sistema de saúde se reestrutura em dois tipos de equipes: equipe de referência; equipe de apoio matricial” (CHIAVERINI, et al., 2011, p. 13).

No Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, as equipes de referência interdisciplinares, na atenção primária, são da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que atuam com uma responsabilidade sanitária que inclui o cuidado longitudinal, além do atendimento especializado que realizam concomitantemente. No plano da gestão, uma equipe



tomar para si a atribuição de ser referência para determinada população facilita o estabelecimento de um vínculo específico entre um grupo de profissionais e essa população, esse grupo de usuários. A organização dos serviços que compõem o sistema de saúde nessa lógica possibilita uma gestão mais centrada nos fins do que nos meios (BRASIL, 2008; CHIAVERINI, et al., 2011).

Essa proposta supera a questão da responsabilização e chega à divisão de poder gerencial. As equipes interdisciplinares têm que ter algum poder de decisão na organização, principalmente, no que diz respeito ao seu próprio processo de trabalho. A proposta de humanização da gestão e da atenção tem por base a busca de equilíbrio maior de poderes nas relações entre os trabalhadores no interior da organização e na relação da organização com o usuário (BRASIL, 2008).

Para melhor exemplificar a perspectiva dessa proposta - de equipes de referência e de matriciamento, cabe assinalar que o trabalho em saúde pode ser comparado a uma corrente, em que sua eficácia depende de todos os elos, ou seja, em que é reconhecida a interdependência existente no trabalho em saúde. Significa que a qualidade da atenção e a satisfação dos trabalhadores dependem de como a gestão oportuniza o diálogo entre eles e para com eles e de como reforça a interação criativa entre profissionais e serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Nessa lógica, é entendido que, se a gestão não produz relações na organização de saúde em que haja valorização da equipe como um espaço de decisão, ela produzirá fragmentação dessa equipe e adoecimento dos seus trabalhadores, que se verão obrigados a dialogar por meio de terceiros - os coordenadores ou gestores da organização. Haverá, em consequência, uma determinada 'infantilização' dos trabalhadores, que serão induzidos muito mais a competição do que a cooperação e coletivização. Assim, a proposta de equipe de referência visa, entre outros objetivos, não alimentar estes conflitos corporativos, de forma a colocar o usuário no centro do processo gerencial e da atenção (BRASIL, 2008).

Enfim, percebe-se que quaisquer umas dessas possibilidades remetem a processos de aprendizados, cujo sucesso está voltado para a resolução dos problemas individuais e coletivos existentes e com vistas à satisfação dos usuários dos serviços de saúde. O desafio, que se apresenta, refere-se à modificação da cultura organizacional, para que se enquadre nos princípios do SUS e se horizontalizem as relações.

## **O PSICÓLOGO EM GRUPOS DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: dificuldades, desafios e perspectivas**

Percebe-se, a partir do recorrido até aqui, que, apesar de todo o esforço para ampliar o campo de atuação do psicólogo e das múltiplas perspectivas que hoje se apresentam no cenário do SUS, especificamente da atenção primária em saúde, esses profissionais, ainda hoje, se vêem frente a dificuldades e desafios, o que ocorre em função, dentre outros determinantes, de questões culturais.

Referente à inserção do psicólogo nos grupo de trabalhos da atenção primária em saúde e nas ações desenvolvidas nesse campo, percebe-se, no cotidiano, dificuldades que obstruem o trabalho específico do profissional, ou seja, relativas ao núcleo da psicologia, bem como àquelas articuladas ao campo da saúde. Isso decorre, dentre outras razões, da falta de clareza, dos usuários, dos demais membros da equipe e, até mesmo, do próprio profissional psicólogo acerca do que ele pode oferecer ao serviço e/ou aos usuários e ao grupo de trabalho.

Nesse sentido, cabe destacar, mais uma vez, que na Psicologia é rara a formação voltada para o campo da saúde coletiva (ROMAGNOLI, 2006). Prepondera a concepção de que a ação do psicólogo estaria restrita à assistência clínica voltada ao usuário, sem considerar que, o SUS é um espaço de atuação de toda psicologia, seja ela clínica, grupal, individual...

A formação distanciada das proposições do SUS e, por vezes, com poucas oportunidades de trabalho interdisciplinar, dificulta a interação desse profissional com os demais integrantes dos grupos de trabalho que atuam na atenção primária à saúde.

Nessa perspectiva, cabe destacar que estando, neste momento, inserida, como psicóloga, em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), de uma prefeitura municipal do interior do Rio Grande do Sul, tenho observado, por meio do acesso e da interlocução com o sistema público de saúde, que as ações desenvolvidas tanto pelo CRAS como na atenção primária em saúde, não são realizadas apenas por um profissional, mas sim por um grupo de trabalho, em que o foco não é apenas o sujeito, mas a família e os seus contextos. O atendimento aos usuários também é realizado por meio de atividades de natureza grupal, obedecendo às demandas que chegam até a instituição e permitindo, assim, uma

experiência no coletivo, o que evidencia a urgência de um reposicionamento dos processos formativos dos profissionais de saúde, dentre eles do psicólogo.

Destaca-se que um dos empecilhos, apresentados na literatura, para a atuação dos profissionais da Psicologia nessa área, refere-se ao desconhecimento dos mesmos acerca da realidade de cada sujeito atendido na atenção primária em saúde, aliado a diferenças socioculturais entre profissionais e usuários, o que, muitas vezes, repercute na atenção a esses indivíduos, famílias ou grupos sociais (ROMAGNOLI, 2006). Nesse sentido, é importante salientar que cada família tem sua história contextualizada pela cultura local, o que indica a necessidade do cultivo de alguns atributos por todos os integrantes do grupo de trabalho, entre eles o psicólogo, visando uma interlocução adequada e resolutiva às demandas dos usuários.

Assim, nessas interações é necessário o respeito às particularidades de cada família e de cada camada social, bem como às singularidades de cada sujeito; é essencial o atributo da paciência, entendida como uma disposição ativa do profissional, por meio da qual ele concede o “tempo” necessário àqueles com quem interage, a fim de produzam suas próprias soluções, respeitadas suas condições internas e externas concretas; a continência, por meio da qual acolhe e contem as necessidades e angústias dos usuários com quem interage e do próprio grupo de trabalho, emprestando um sentido, um significado e nominando cada uma dessas manifestações, para, então, devolver a eles na dose e na medida em que sejam capazes de suportar; a capacidade negativa, que se refere à habilidade de conter sentimentos, que possam interferir na interação com os usuários e/ou demais profissionais; dentre outras (ZIMERMAN, 2007).

Com base na experiência pessoal da autora desta reflexão e no referencial teórico em que se o mesmo se sustenta, nota-se que outro desafio, que está posto para o psicólogo na atenção primária em saúde, no que se inclui o trabalho em equipe, além da necessária adaptação à cultura local, é o rompimento com o modelo tradicional de clínica, muitas vezes, oriundo da formação de base. Frente a esse desafio, considera-se necessário criar práticas, novas e atraentes, coerentes culturalmente com o contexto dos usuários, de modo que esses possam se sentir à vontade e com disposição para buscar os serviços. Nessa lógica, parece pertinente relembrar as múltiplas dimensões de saúde e reescrever a postura de intervenção profissional, sendo necessário agregar, questionar, recriar e socializar saberes e fazeres.

O psicólogo deve repensar seu modelo de atuação e redimensionar o papel da Psicologia no campo da assistência pública à saúde. Segundo Dimenstein (1998), para que isso ocorra, é preciso desinstitucionalizar os saberes e práticas vigentes, a formação acadêmica e questionar as formas instituídas que atravessam os cursos de Psicologia e acabam produzindo um saber sobre o outro tomado como verdade absoluta. A autora afirma que os psicólogos serão mais úteis à Saúde Coletiva quando sua cultura profissional fornecer modelos mais ampliados de atuação, que permitam a troca de informação com outros profissionais e os levem a se reconhecerem enquanto profissionais da saúde, preocupados com a promoção do bem-estar da população (PAULIN; LUZIO, 2009, p. 106).

A partir dessa noção, ou seja, de que os saberes e práticas vigentes na formação do psicólogo necessitam ser revisitados com vistas à realização de trocas efetivas com os demais integrantes dos grupos de trabalho que ele integra, considera-se pertinente que ele permaneça atento para os movimentos que se produzem no seu campo de trabalho, junto aos usuários e aos colegas. Por meio desse cuidado, de forma compartilhada com esses atores sociais, o psicólogo se verá desafiado a criar novas práticas e produzir novos conhecimentos que dêem conta das reais demandas de cada lugar.

Na perspectiva de atentar para os movimentos ou a dinâmica grupal, considera-se pertinente lembrar que a essência dos fenômenos dos grupos é igual em qualquer grupo, diferindo somente a finalidade pelas quais estão foram criados (ZIMERMAN, 1997), o que significa que, independente de se tratar de um grupo de pacientes ou do grupo de trabalho, os fenômenos serão de natureza similar. Assim, dado que conhecimento de núcleo o subsidia para a compreensão desses movimentos, percebe-se que aí há uma potência para auxiliar na gestão das questões que se operam no campo da atenção primária.

Portanto, a inserção do psicólogo nesse campo pode ser caracterizada pela função de refletir e discutir com os demais colegas acerca dos diversos aspectos que constituem um grupo de trabalho. Ele poderá auxiliar o grupo a entender sua própria dinâmica, contribuindo no manejo das resistências e na potencialização dos vetores positivos emergentes. Além disso, com a finalidade de atender integralmente as demandas, cabe ao psicólogo participar das discussões dos casos clínicos, coordenar e/ou participar de atendimentos clínicos.

A recente trajetória da autora desta reflexão no campo da saúde coletiva indica que cabe, também, ao psicólogo, estimular os demais integrantes do seu grupo de trabalho à busca de entendimento dos casos que chegam até as unidades básicas, discutindo a forma mais

adequada de contribuir com os familiares e os usuários, facilitando a comunicação entre eles e os integrantes do grupo de trabalho. Ainda é possível contribuir no sentido de que os integrantes da equipe reflitam sobre o funcionamento do sistema público de saúde, de como está organizado, quais são as suas contribuições para a melhora do atendimento e preenchimento das necessidades dos que procuram os serviços. Vê-se, nesse conjunto de perspectivas, que o psicólogo tem papel ampliado na gestão dos serviços da atenção primária em saúde.

Ao final desta reflexão, parece pertinente discorrer sobre mais um desafio e perspectiva que está posta para o psicólogo, e demais profissionais de saúde, que se dispõe a integrar equipes que busquem a efetiva implementação dos princípios e diretrizes do SUS: a interdisciplinaridade. A interdisciplinaridade, para Japiassu (1976), é o resultado da incorporação de várias disciplinas, tomando conceitos para integrar, após ter feito certas comparações. Percebe-se que as diferentes disciplinas que compõem a área da saúde têm que ser integradas nesse âmbito e cada uma contribuir e agregar conhecimentos nos mais diversos casos. A interdisciplinaridade pressupõe uma intersubjetividade e não pretende a construção de uma super ciência, mas uma mudança de atitude frente ao problema do conhecimento, uma substituição da concepção fragmentária pela unitária do ser humano. A interdisciplinaridade deve caracterizar a colaboração existente entre disciplinas diversas ou entre setores heterogêneos de uma mesma ciência (Japiassu, 1976).

Inclusive, dentre as perspectivas postas por esse novo modelo de atenção em saúde, no contexto do SUS, no campo da atenção primária, trazido no referencial teórico desta reflexão, o trabalho com grupos, as equipes de referência, o apoio matricial, bem como o plano terapêutico singular (PTS) pressupõem a existência da interdisciplinaridade.

Ainda na perspectiva da interdisciplinaridade, há o entendimento que o ‘trabalhar com’ o sujeito e não para o sujeito ou pelo sujeito implica na busca “de uma linguagem comum, de modo a favorecer a comunicação e a preservar as especificidades de cada área” (CHIAVERINI, et al., 2011). Para além da interdisciplinaridade, um desafio que se vislumbra é a possibilidade de um trabalho pautado na transdisciplinaridade, que sinaliza para o necessário “aumento do grau de comunicação, da troca de saberes, de afetos e de coresponsabilidade entre os integrantes da equipe” (BRASIL, 2008, p.28).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em resposta aos questionamentos que nortearam a elaboração deste artigo e ao seu objetivo, considera-se que o conjunto de reflexões aqui tecidas permite afirmar que o trabalho em equipe é essencial para a produção de saúde no campo atenção primária e se coloca como desafio para o profissional psicólogo.

As proposições do SUS avançam em sua construção, podendo-se afirmar que a clínica ampliada - uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, que serve para orientação subjetiva e também coletiva em muitas das práticas de atenção e gestão no SUS, é um dos dispositivos importantes para a efetivação do trabalho equipe na atenção primária em saúde, bem como o trabalho em equipes de referência ou matriciais e a elaboração de projetos terapêuticos singulares. Pautado nessa premissa e munido de tais dispositivos, o psicólogo, juntamente com seus colegas de grupo de trabalho, estará atento para a busca de garantia de autonomia dos usuários, refletindo em seus direitos de cidadania e na condução plena de sua própria vida.

Ainda em resposta às questões norteadoras desta reflexão, percebe-se que o trabalho em equipe incrementa a aprendizagem, entendida como a capacidade de apresentar soluções novas e plásticas às diferentes situações que se apresentam para o grupo de trabalho.

Por meio desse tipo de trabalho, que deve ser horizontal, dialógico e de trocas, as ações da equipe serão mais criativas e, possivelmente, bem mais eficazes, tendo em vista que, apesar de cada membro/usuário/trabalhador/família falar de um lugar, em última análise, todos buscam a produção de um saber novo, cujo objetivo final está no sujeito/usuário/família que é objeto de seu trabalho – um indivíduo, um grupo e/ou uma família. Nessa proposição haverá a utilização de todos os saberes, respeitando e, ao mesmo tempo, transcendendo a especificidade de cada núcleo profissional e caminhando para um fazer/saber transdisciplinar.

Predispor-se a um trabalho em equipe, da natureza que aqui se coloca, desafia o processo de formação de base dos profissionais psicólogos, exigindo mudanças, inclusive, de paradigmas. Percebe-se a necessidade da inclusão, de forma mais enfática, de conteúdos do campo da saúde coletiva nessa formação, de forma que os conhecimentos da psicologia se

articulem com os preceitos, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Apesar da inegável importância de qualquer um desses saberes, em separado nenhum deles é suficiente para fazer face às necessidades de indivíduos, grupos e famílias.

Além disso, há de se destacar que a atenção primária em saúde é a porta de entrada dos sujeitos no sistema nacional de saúde, o que justifica ainda mais a necessidade desse profissional fazer parte dessas equipes e/ou de equipes matriciais. Participando dessas últimas, o psicólogo contribuirá na gestão da atenção primária em saúde, na medida em que articular seu conhecimento de núcleo com os do campo da saúde coletiva,.

Nessa perspectiva, por meio de uma escuta contextualizada e através do reconhecimento da alteridade, em que é considerada a cultura dos diferentes atores sociais que acessam a atenção primária em saúde, o psicólogo poderá se colocar à disposição de seus colegas de trabalho, decodificando elementos da comunicação que dizem respeito à dinâmica de interação com os usuários e do funcionamento da equipe interdisciplinar.

Implicado com esses desafios, o psicólogo terá em mente que gestão de um serviço público de saúde, em específico de atenção primária, não é um fim em si mesma, mas sim uma atividade que tem continuidade, que se articula por meio de estratégias e planejamento, na qual há o encontro de vários atores sociais que, embora tenham interesses pessoais - de realização profissional, de seu sustento material, por exemplo, sabem que o foco dessa gestão é usuário e a defesa dos princípios e diretrizes do SUS.

Cabe assinalar, que a reflexão propiciada por meio da elaboração desse artigo, contribuiu para que eu, sua autora, pudesse “pensar” minhas próprias ações no meu atual local de trabalho e, partir daí, me posicionar e me autorizar para algumas intervenções. À medida que o trabalho foi tecido, articulei novos saberes com os adquiridos noutros espaços de minha formação profissional – graduação e nas demais disciplinas do curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde, o que possibilitou uma interlocução com meus colegas de grupo de trabalho e com os usuários do serviço em outro patamar e em nova dimensão – da troca de saberes, da horizontalidade e da dialogicidade das relações.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, J.F.S.M.; SIMON, C.P. **Psicologia na atenção primária à saúde: reflexões e implicações práticas**. Paideia, v. 19, n. 43, maio-ago. 2009, p. 167-175.

BÖING, E.; CREPALDI, M. A. **O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras**. Psicologia, ciência e profissão, v.30, n.3, 2010, p.634-649.

BRASIL. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Princípios e diretrizes do SUS. In: \_\_\_\_\_. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2009, p. 11, 12. Disponível em: < [pt.scribd.com/doc/52264126/1/Principios-e-diretrizes-do-Sistema-Unico-de-Saude-SUS](http://pt.scribd.com/doc/52264126/1/Principios-e-diretrizes-do-Sistema-Unico-de-Saude-SUS) > Acesso em: 15 setembro 2012.

\_\_\_\_\_. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. Ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. **Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990**. 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: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1990. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm) >. Acesso em: 25 out. 2012.

\_\_\_\_\_. **Constituição Federal da República**. Brasília/DF: Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. 1988. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) >. Acesso em: 10 out. 2012.

CHIAVERINI, D. H. (org.) ; et al. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. (2004, 19 de fevereiro). Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de graduação em psicologia: parecer CNE/CES no. 62/2004. Brasília, DF. Disponível em: < <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/ces062.pdf> >. Acesso em 06 de novembro de 2012.

DIMENSTEIN, M. D. B. **O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais**. Estudos de Psicologia, 3, (1); 1998

JAPIASSÚ, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

MELLO G.A., FONTANELLA B.J.B., DEMARZO M.M.P. Atenção básica e atenção primária à saúde - origens e diferenças conceituais. **Rev. APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

OSÓRIO, L.C. **Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era**. Porto Alegre: Artmed, 2003.



PAULIN, T; LUZIO, C. A. A Psicologia na Saúde Pública: desafios para a atuação e formação profissional. **Revista de Psicologia da UNESP**. v. 8, n. 2, p. 98-109, 2009.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O Processo grupal**. 7ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

RODRIGUES, S. S. Demanda e Desejo em Psicanálise. 2008. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0158.pdf>>, acessado dia 02/01/2013

ROMAGNOLI, R. C. “A formação dos psicólogos e a saúde coletiva”. **Pesquisas e práticas sociais**, v. 1, n. 2, São João del-Rei, 2006. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/RobertaRomagnoli.pdf> Acessado em 24/10.

TEIXEIRA, C. “**Os princípios do sistema único de saúde**”. Texto de Apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual da Saúde. Salvador, Bahia. 2011. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf) Acessado em: 24/10

VASCONCELOS C. M.; PASCHE D. F. **O Sistema Único de Saúde**. In: CAMPOS, G. W. S. (org). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 531-562

ZIMERMAN, D.; OSÓRIO, L.C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

ZIMERMAN, D.E. **Fundamentos básicos das grupoterapias**. Porto Alegre: Artmed, 2007.