



UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE PSICOLOGIA

Ewellyn Patriota Lourenço

PRÁTICAS DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM ESTÁGIO
OBRIGATÓRIO

Maceió

2023

EWELLYN PATRIOTA LOURENÇO

Práticas da Psicologia na Atenção Primária em Saúde: Relato de
Experiência de um Estágio Obrigatório

Artigo produzido para a Universidade Federal de Alagoas como requisito para conclusão do curso de Psicologia, orientado por Profa. Dra. Maria Auxiliadora Teixeira Ribeiro.

Maceió

2023

PRÁTICAS DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM ESTÁGIO OBRIGATÓRIO

Ewellyn Patriota Lourenço

RESUMO: Este texto apresenta um relato de experiência das práticas realizadas durante o estágio obrigatório de psicologia em duas Unidades Básicas de Saúde do município de Santa Luzia do Norte do estado de Alagoas. Desde a inserção da psicologia nas Políticas Públicas de Saúde existem debates acerca de sua atuação neste cenário. É esperado destes profissionais o que está proposto na política pública, dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), as quais dizem respeito à descentralização da direção, atendimento integral e a participação da comunidade. Ao considerar que a postura psicologizante e individualista diverge dos princípios do SUS, a proposta do presente relato de experiência é dialogar sobre as possibilidades de atuação da psicologia na Atenção Primária em Saúde. Partimos de uma abordagem construcionista social, tendo como referencial teórico as Práticas Colaborativo Dialógicas. Para analisar a experiência, baseamo-nos nos diários de campo construídos durante o desenvolvimento do estágio, na interlocução com outros estagiários durante a supervisão, selecionando episódios que possibilitam identificar formas de atuação da psicologia na UBS, para além dos atendimentos individuais. São utilizadas algumas ferramentas trazidas pelo referencial teórico, tais como: Manter o Ceticismos, Evitar Generalizações e Privilegiar o Conhecimento Local, para a construção de ações no âmbito da prevenção e promoção em saúde junto à comunidade usuária. É esperado que as discussões possam contribuir com a formação acadêmica e profissional de psicólogas(os).

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária; Construcionismo social; Diálogo; Práticas psicológicas

ABSTRACT: This text presents an experience report of the practices carried out during the compulsory psychology internship in two Basic Health Units (BHU) in the municipality of Santa Luzia do Norte in the state of Alagoas. Since the inclusion of psychology in Public Health Policies, there have been debates about its performance in this scenario. It is expected of these professionals what is proposed in public policy, the principles and guidelines of the

Unified Health System in Brazil, which concern the decentralization of management, comprehensive care and community participation. Considering that the psychologizing and individualistic

posture differs from the principles of the SUS, the purpose of this experience report is to discuss the possibilities of psychology in Primary Health Care. We start from a social constructionist approach, having Collaborative-Dialogic Practices as a theoretical framework. In order to analyze the experience, we based ourselves on field diaries constructed during the internship, on dialogue with other interns during supervision, selecting episodes that make it possible to identify forms of psychology acting at the BHU, in addition to individual assistance. Some resources brought by the theoretical framework are used, such as: Maintain Skepticism, Avoid abstract and Privilege Local Knowledge, for the construction of actions in the field of prevention and health promotion with the user community. It is expected that the discussions can contribute to the academic and professional training of psychologists.

KEYWORDS: Primary Care; Social constructionism; Dialogue; psychological practices

INTRODUÇÃO

A práxis profissional da(o) psicóloga(o) na Atenção Primária em Saúde (AP) é vinculada aos pilares do SUS e à Reforma Psiquiátrica (CFP, 2019). São ações interdisciplinares, endereçadas e contextualizadas às pessoas em situações e realidades singulares, com comprometimento ético-político e o diálogo com a comunidade que podem se tornar instrumentos potentes para a produção de saúde (CFP, 2019; ALEXANDRE; ROMAGNOLI, 2017).

É esperado destes profissionais o que está proposto nos princípios e diretrizes da política pública do Sistema Único de Saúde (SUS), os quais dizem respeito à descentralização da direção, atendimento integral e a participação da comunidade. Os princípios referem-se à universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2023). A Universalidade refere-se ao dever do Estado assegurar o direito e acesso à saúde para todas as pessoas, independente do sexo, etnia, ocupação ou características sociais e pessoais. A Integralidade é o princípio que compreende a pessoa como um todo, para atender todas as suas necessidades. Para isso, o serviço do SUS integra ações nos âmbitos da prevenção, promoção, tratamento e reabilitação.

A Equidade trata das questões e necessidades individuais, pois cada pessoa possui demandas diferentes, ou seja, investem mais onde existe mais carência.

No entanto, há grande divergência das práticas profissionais na AP, quanto aos pilares citados anteriormente. Existem inúmeros problemas destacados na literatura, tais como: as práticas psicológicas divergentes aos pressupostos do SUS, a priorização da clínica tradicional, o distanciamento entre as população usuária e as(o)s profissionais, a falta de trabalho em equipe e de aceitação das pessoas usuárias aos programas propostos (DIMENSTEIN, 1998; OLIVEIRA, 2004; JIMENES, 2011; CFP, 2017).

Um dos problemas citados por Dimenstein (1998) refere-se à divergência entre a práxis psicológica em setores públicos de saúde e as diretrizes do SUS. O documento - Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) na Atenção Básica à Saúde - publicado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019) apresenta como justificativa para tal, a deficiência acadêmica, que descontextualiza os aspectos sociais e econômicos da população usuárias das políticas públicas:

A Formação está voltada para as necessidades e problemas vividos por alunos e professores nas universidades, pessoas em geral brancas e de classe média que não consideram que a grande massa dos grupos atendidos no sistema público de saúde escapa a esse perfil (CFP, 2019, p. 10).

Ao considerar que a postura psicologizante e individualista diverge dos princípios do SUS, a proposta do presente relato de experiência é dialogar sobre as possibilidades de atuação da Psicologia na Atenção Primária, a partir das práticas supervisionadas do estágio obrigatório em psicologia realizadas em duas Unidades Básicas de Saúde, do município de Santa Luzia do Norte do estado de Alagoas. As discussões produzidas são baseadas na abordagem construcionista social, tendo como referencial teórico as Práticas Colaborativo-Dialógicas. Esse referencial possibilita-nos algumas ferramentas para a construção de ações no âmbito da prevenção e promoção em saúde junto à comunidade usuária, que podem contribuir com a formação acadêmica e profissional de psicólogos(os).

PSICOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

A reforma Sanitária trouxe em sua maior conquista a definição da Constituição Federal de 1988 o art. 196 que diz que a Saúde é dever do Estado. O Sistema Único de Saúde,

regulamentado em 1990, pelas Leis n. 8.080/90 e n. 8.142/90, visa a promoção, a proteção e a recuperação em saúde, através de princípios como a universalidade, a gratuidade, a integralidade e a descentralização (CINTRA; BERNARDO, 2017). Os avanços produzidos pela lei possibilitaram mudanças de discursos e de práticas na saúde pública brasileira (CFP, 2019).

O SUS é articulado em três níveis de complexidade, de ordem decrescente: a atenção terciária refere-se aos hospitais que oferecem atendimentos de alto custo e tecnologia. A Atenção Secundária representa os atendimentos especializados e Unidades de Pronto atendimento a(o)s usuária(o)s, que acessam esses espaços encaminhadas(os) a partir da Atenção Primária, que é conhecida como a porta de entrada do SUS (BRASIL, 2022).

A Atenção Primária é organizada e articulada baseada na produção de saúde interdisciplinar, integrando diferentes categorias, saberes e práticas na perspectiva de uma atenção integral e resolutiva. Utiliza-se a ferramenta chamada Territorialização, processo social e político (FARIA, 2020), que consiste em desenhar as demandas da população, para a construção de estratégias específicas, dialogando com os princípios do Sistema Único de Saúde.

De forma ampliada a AP é mais do que as estruturas das Unidades Básicas de Saúde, elas são articuladas aos programas e estratégias, como por exemplo: Academia da Saúde, Consultório na Rua, Programa Saúde na Escola e Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2012). Na Estratégia Saúde da Família (ESF), as(os) profissionais de referências são médica(o) da família, enfermeira(o) e agentes comunitária(os) de saúde, as(os) demais seriam profissionais de apoio. Além da equipe multiprofissional da ESF, a AP conta também com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que é composto por equipe especializada que dá suporte às ações generalistas.

A partir de 2008, a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) na Atenção Primária (CINTRA, BERNARDO, 2017), deu-se pela inserção da psicologia no seu quadro de profissionais. De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP), em as Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) na atenção básica à saúde (2019): no processo em que o SUS vai se consolidando, a Psicologia vem adentrando nos espaços da AP, o que possibilita o conhecimento da popularização sobre sua importância.

Existem várias atividades atribuídas aos profissionais da psicologia na Atenção

Primária, como atividades em grupo, visitas domiciliares, oficinas, roda de conversa, sala de espera, por exemplo. “Deixando de ser uma intervenção apenas no nível da assistência e passando a estruturar práticas nos campos da prevenção e promoção da saúde” (CFP, 2019, p. 75). No entanto, a prática desses profissionais ainda é, em sua maioria, baseada no atendimento individual, seguindo o modelo dos consultórios particulares.

O modelo clínico de atuação privada hegemônico entre os psicólogos - a psicoterapia individual de base psicanalítica - é geralmente transposto para o setor público, tanto para postos, centros e ambulatorios de saúde, independentemente dos objetivos dos mesmos e da população neles atendidas (...). (DIMENSTEIN, 2000, p. 107)

Isso ocorre, segundo Ronzani e Rodrigues (2006), pois a formação em psicologia é, em sua maioria, norteadada por teorias e práticas que têm como objetivo ações terapêuticas e curativistas, com predominância da psicologia clínica. Essa bagagem resulta em um fazer psi na AP restrito à concepção saúde-doença, na busca da “cura” e “correção” e da psicologização dos aspectos sociais (DIMENSTEIN, 2000).

Além da formação descontextualizada existem outros fatores, como as expectativas baseadas no senso comum, fundamentadas numa lógica curativista, do que é o fazer psi, tanto pelos gestores como pelas pessoas usuárias:

A lógica curativo-individualista ainda deixa psicólogas(os) impotentes frente às expectativas de gestores, equipes multiprofissionais e usuários de receberem uma escuta feita dentro de um consultório protegido não só dos ruídos externos como também do contexto que o cerca (...) (CFP, 2019, p.55)

Não concerne reduzir a clínica e o atendimento individual ao irrelevante, porém, restringir o papel da(o) psicóloga(o) aos atendimentos psicoterapêuticos pode acarretar na incongruência aos princípios do SUS (OLIVEIRA, 2022), como a proposta de clínica ampliada e compartilhada que articula diferentes abordagens para enxergar diferentes facetas de uma demanda (BRASIL, 2009). O que resulta na imposição aos usuários(as) — com individualidades e formas de viver totalmente diferentes — uma única forma de acesso à saúde mental e integral.

Ademais, a postura psicologizante e individualista de psicólogos na AP diverge do SUS, que inclui em seus cuidados os aspectos sociais e culturais (CINTRA; BERNARDO, 2017), dos princípios da universalidade e integralidade. Na medida em que as questões culturais, sociais, financeiras, entre outras questões estruturais do público usuário são distintas das(os) psicólogas(os) dos ambientes da saúde pública, podem ocasionar em

intervenções terapêuticas fora do contexto e sem significados para a comunidade usuária (DIMENSTEIN, 2000).

A experiência de estágio não foi muito diferente do que denunciam as produções acadêmicas, especialmente essa monopolização das práticas de atendimento individual disponibilizadas nas UBS. No decorrer do estágio, me fez sentir um grande incômodo, ao perceber esse distanciamento entre a comunidade e eu, uma vez que só nos encontrávamos no ambiente controlado da sala de atendimento da Unidade. Esse incômodo levou-me a planejar formas para aproximar-me da comunidade usuária da saúde, para que pudéssemos juntas dialogar e construir alternativas aos atendimentos individuais. O movimento construcionista emergiu para mim como uma outra forma de compreender os processos relacionais, dando possibilidades de construir novos diálogos e sentidos.

O CONSTRUCIONISMO SOCIAL E AS PRÁTICAS COLABORATIVO DIALÓGICAS

De acordo com autores como Rasera e Japur (2005) e Castanon (2004) existe uma dificuldade de delimitar os princípios que regem o movimento pós-moderno, que surgiu em alternativa às críticas do pensamento empirista e racionalista. Apesar disso, eles apontam algumas de suas questões centrais do Construcionismo Social:

O anti-realismo configura-se na concepção de que o conhecimento científico não apreende a realidade, ou seja, a descrição objetiva da natureza é impossível de ser apreendida e descrita como ela “realmente” é. Pois as palavras e termos que utilizamos são variantes e determinadas sócio-historicamente. O significado das palavras é resultado do seu uso social.

Assim, as descrições sobre o mundo não são o resultado da observação objetiva da natureza, mas a construção de uma comunidade linguística que, a partir de processos sociais - negociação, comunicação, conflito e consenso -, pode produzir significados locais duráveis no tempo (RASERA e JAPUR, 2005, p. 23).

Compreendemos que tudo é construído e compartilhado por meio da interação social: o conhecimento científico, o popular e hegemônico. O conhecimento está intrinsecamente ligado à ação, visto que os discursos hegemônicos podem ser sustentados ou contrariados, a partir do processo de construção de sentidos, afirmam Rasera e Japur (2005).

O Construcionismo Social é um movimento que propõe questionar o conceito de

verdade universal, pois esta é resultado de negociações de sentidos utilizados para descrever o mundo, as ações e as próprias pessoas (RIBEIRO, 2011). Existe a crítica aos conhecimentos essencialistas, como determinações biológicas, sociais e culturais (Rasera e Japur, 2005). O conceito de antiessencialismo faz sentido quando compreendemos que o conhecimento é construído, pois aponta que não existe a essência intrínseca das coisas para que seja apreendida e descrita.

Sendo também uma maneira de investigação social, focando nos meios em que as pessoas argumentam e descrevem sobre o mundo e sobre si mesmas, entende-se que a pessoa pesquisador(a) possui papel ativo no processo de construção do conhecimento (RASERA; JAPUR, 2018) e que a relação do sujeito-objeto não é imparcial ou afastada. Ou seja, é válido questionar-se também para quem e por quem a produção de conhecimento é favorável (RIBEIRO, 2011). Assim, podemos como pessoas-profissionais sentir-nos convidadas(os) a estar atentas(os) aos discursos hegemônicos e aos efeitos produzidos nas nossas falas e atitudes.

Harlene Anderson (2011) ao escrever o texto “A postura filosófica: o coração e a alma da prática colaborativa”, inicia com a questão: “Como nossas práticas podem ter relevância para o dia a dia das pessoas de um mundo em constante mudança, o que é essa relevância e o que a determina?” (ANDERSON, 2011, p. 21). Esse questionamento nos convida a estar alerta sobre os efeitos das nossas práticas, pois o trabalho da(o) profissional psicóloga(o) sempre é direcionado a alguém, contribui para uma realidade específica situada no espaço geográfico e em um contexto sócio-econômico específico.

Harlene Anderson, psicóloga criadora das práticas colaborativas dialógicas (em parceria com Harold Goolishian) e terapeuta familiar, descreve os pilares dessa abordagem — preferencialmente conhecido como uma postura — que são muito interessantes para além do fazer psi. São eles: Manter o Ceticismos, Evitar Generalizações e Privilegiar o Conhecimento Local (ANDERSON, 2017).

Quanto a manter o ceticismo, o próprio movimento de questionar-se sobre os saberes universais, conhecimentos tidos como verdade e discursos dominantes é o motor propulsor da produção de ciência. Anderson (2017) nos convida a refletir e questionar sobre qualquer discurso que tomamos como certo, incluindo o próprio discurso pós-moderno.

Aliás esse pressuposto dialoga diretamente com evitar generalizações, pois o ato de generalizar parece facilitar nossa forma de ver o mundo, entretanto produz um movimento contrário, pois nos afasta da pessoa em si. Acreditar que o conhecimento ou as teorias dominantes podem ser aplicados para diferentes indivíduos, culturas, situações ou problemas é um tanto reducionista (ANDERSON, 2017). Se não considerarmos que narrativas são singulares, podemos cair na armadilha de querer construir teorias ou deduzir questões, exclusivamente a partir do nosso próprio conhecimento.

Para que isso não aconteça, o terceiro pressuposto privilegiando o conhecimento local, como já diz, nos convida a valorizar o conhecimento, narrativas, verdades, hábitos e sabedorias que são construídas na comunidade de pessoas “comuns”. Pois sabem sobre si mesmas e sua realidade (ANDERSON, 2017).

Essas premissas distinguem-se de fórmulas prontas de como agir em detrimento da lógica saúde-doença. De acordo com Lenzi (2021), desapegamos da certeza e acolhemos a incerteza. Renunciando ao planejamento antecipado e teorias sobre as pessoas, utilizando a curiosidade como ferramenta para aprender sobre as suas vivências e conhecimentos.

O relacionamento colaborativo trata-se da maneira que nós nos colocamos para a outra pessoa, valorizando a atividade social, participação e responsabilidade compartilhada. A conversação dialógica refere-se tanto às conversas com as outras pessoas, quanto com nós mesmos (em silêncio). Assim o diálogo não é um processo passivo, pois é por ele que expressamos, investigamos, conectamos e aprendemos. É ferramenta para mudanças e portanto, é um processo que nunca termina, ele está sempre se tornando (ANDERSON, 2009).

Em síntese, aquela sensação de estar distante das pessoas usuárias e o encontro das práticas colaborativo-dialógicas e a postura filosófica, fez-me visualizar a relação com os outros e comigo mesma de uma nova maneira. A Responsabilidade Relacional é um conceito e uma ferramenta de intervenção para pensar sobre a responsabilidade que temos no processo de se relacionar (CAMARGO-BORGES; MISHIMA; MCNAMEE, 2008). O que resulta nas possibilidades de construir os diálogos de forma colaborativa e intrinsecamente ligada à responsividade surgida nessa experiência de estar genuinamente com a outra pessoa e comigo mesma.

METODOLOGIA

Para produzir este relato de experiência foram utilizados os diários de campo, construídos durante o desenvolvimento do estágio e as discussões sobre as atividades realizadas na disciplina de supervisão fundamentadas na abordagem construcionista e no referencial teórico mencionado. Foram selecionadas as experiências, que possibilitam identificar possibilidades de atuação da psicologia na AP, para além dos atendimentos individuais — já que estes acontecem majoritariamente — atentando às demandas da comunidade usuária.

Trata-se de um estágio obrigatório do curso de psicologia da Universidade Federal de Alagoas, de acordo com o projeto político pedagógico (2013), que se encontra no eixo de práticas profissionais. A(O) estudante deve obter 600 horas, 300 horas em cada semestre — perfazendo de 20 horas a 30 horas semanais — e o estágio deve estar articulado a uma das ênfases do curso: Psicologia e Saúde, e Psicologia e Processos Socioculturais.

Realizado em Santa Luzia do Norte, município alagoano, situado próximo à capital Maceió, rodeado pelos municípios de Satuba, Coqueiro Seco e Pilar, com a estimativa de 7344 habitantes, baseado no último censo de 2010, que contabilizou 6.891 pessoas. A população é ribeirinha da Lagoa Mundaú, que apesar de muito tempo ser a fonte de renda da comunidade, hoje a economia local é gerada por setores públicos, comércio local e fábricas de alimentos e fertilizantes. Por crescer nesta cidade, sou usuária do Sistema Único de Saúde do município, um dos motivos que me incentivou a estagiar neste cenário.

O estágio inicialmente aconteceu na Unidade Básica de Saúde (UBS) nº1¹ que fica mais próxima do centro da cidade, posteriormente de forma simultânea, nessa e em outra unidade, até finalizar exclusivamente na UBS nº2, localizada em um bairro distante, aproximadamente, um quilômetro e meio do centro da cidade. Em ambas as unidades funciona o programa da Estratégia de Saúde da Família (ESF), nas quais são disponibilizados atendimentos para as áreas de Clínica Geral, Odontologia, Enfermagem e Psicologia.

A supervisão do estágio é realizada pelas preceptoras de campo e supervisora acadêmica, docente do Instituto de Psicologia. No decorrer, fui construindo um diário de campo, em que relatei experiências, sentimentos e questionamentos das práticas realizadas.

Durante os encontros semanais com a orientadora acadêmica de estágio e outros estudantes que compartilharam também suas experiências em outros cenários e que possibilitaram a interlocução sobre os estágios. A partir dessas discussões foram discutidos textos que contribuíram para reflexões sobre os temas abordados.

Foram selecionados episódios que possibilitam identificar formas de atuação da psicologia na UBS baseadas nos pilares do SUS, para além dos atendimentos individuais, junto das pessoas usuárias. Houve eventos e práticas voltadas à prevenção e promoção de saúde mental. Alguns deles foram oficinas de cartazes, visitas domiciliares, eventos comemorativos, sala de espera, atendimentos familiares e em grupo, roda de conversa. Além dos atendimentos individuais, que eram os mais procurados e frequentes. Os episódios descritos a seguir são atividades grupais e individuais, focalizados nos diálogos e as possibilidades surgidas de atuação em prevenção e promoção em saúde.

¹ As Unidades de Saúde serão referenciadas por numeração (nº1 e nº2) para que sejam resguardadas as identidades dos profissionais e das pessoas usuárias.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Quando iniciei o estágio estava repleta de expectativas alimentadas pelas leituras que descreviam e levantavam discussões acerca das atividades desenvolvidas pelo profissional da psicologia na Atenção Primária em Saúde, tais como: sala de espera, visitas domiciliares, matriciamento, grupos e atendimento individual.

Ao iniciar o estágio, as atividades a serem desenvolvidas foram delimitadas pela psicóloga (preceptora) da UBS nº1, que me convidou para participar de atendimentos individuais. Antes de realizar os atendimentos, perguntava à pessoa que seria atendida, se permitia a minha participação e caso a resposta fosse sim, permanecia na sala ouvindo e contribuindo de alguma forma, quando possível.

Os atendimentos aconteciam em três dias da semana: às terças-feiras eram recebidas crianças; às quintas-feiras jovens e adolescentes e; às sextas-feiras adultos e idosos, em sua maioria usuárias do sexo feminino. Quando não me era permitida a participação do atendimento, ficava na sala de espera conversando e conhecendo as pessoas que ali

frequentavam, o que para mim era um momento para aproximar da comunidade e construir vínculos.

Com algumas ideias e pretendendo expandir a minha atuação para além dos atendimentos individuais, levei alguns projetos de atividade em grupos como rodas de conversa, com o objetivo de promover vínculos afetivos, diminuição da fila de espera e a prevenção em saúde, entre alguns públicos de maior incidência na unidade, como os adolescentes e mulheres adultas. No início, os projetos foram negados pois “saíam da lógica de produção” e acreditavam que não seriam aceitos pela comunidade usuária, no entanto com insistência, foram permitidas algumas atividades.

Mas por que propor atividades em grupo no espaço da AP? À princípio, a expansão dos atendimentos, ou seja, atender um número maior de pessoas com o intuito de prevenção e promoção em saúde baseado nos pilares do SUS. Além disso, o grupo pode proporcionar a construção de rede de apoio (FAQUINELLO; CARREIRA; MARCON, 2010) negociação, construção e desconstrução de sentido e compartilhamento de experiências (RASERA; JAPUR, 2007).

Em grupos, os problemas são descritos de formas diferentes, demonstrando sua construção social, destituindo a concepção de que eles são inevitáveis e naturais. Esses encontros promovem contatos de pessoas situadas em experiências parecidas e diferenciadas. As semelhanças demonstram que esses problemas não são individuais e as diferenças demonstram as inúmeras possibilidades de resignificação e construção da experiência (RASERA; JAPUR, 2007).

Uma dessas atividades aconteceu quando, no início do mês de agosto de 2022, organizei encontros semanais sobre o Agosto Lilás², para mulheres da UBS nº1, planejados da seguinte maneira: primeiro encontro, uma roda de conversa sobre violência contra a mulher: formas de violência, onde buscar ajuda e rede de apoio; segundo encontro, dinâmica dos sentimentos, expressar sentimentos a partir de pinturas e desenhos para que utilizássemos os resultados na sala de espera como informativos para a comunidade; o último encontro, uma oficina de artesanato com a facilitadora do município, a fim de produzir espaços de lazer e vínculos na unidade.

No dia do primeiro encontro, estive presente uma mulher que já era atendida individualmente, como também uma das mulheres que estava na sala de espera, quando todas

ali presentes e que não sabiam do evento, foram convidadas. Ela juntou-se a nós e mais três profissionais da unidade. Foi apresentado um slide como abertura dos encontros, informando o cronograma das atividades e sobre o que se tratava o “Agosto Lilás”, com o intuito de fomentar a conversa.

A partir da descrição das formas de violências e maneiras de denunciar a violência contra a mulher, as participantes seguiram comentando sobre suas experiências pessoais e de pessoas conhecidas. Algumas delas afirmaram que só conheciam a agressão física como a única forma de violência.

As mulheres presentes narraram um caso de uma amiga em comum, que de acordo com elas, estava presa em um relacionamento abusivo, que não existia violência física, mas violência patrimonial e moral. Elas só identificaram esses outros tipos de violência, após a apresentação da lei nº 11.340, conhecida como Maria da Penha. Apesar de identificar o caso de violência na

² Agosto Lilás é uma campanha com o objetivo de informar e enfrentar a violência doméstica no Brasil, referente à Lei Maria da Penha (nº 11.340), criada em 07 de agosto de 2006. comunidade, as participantes e as profissionais que conheciam essa pessoa, afirmaram que “faz tempo que ela está nessa situação e que parecia que ela gostava disso”.

Neste encontro, o grupo presente pôde compartilhar e negociar questões que antes eram comuns e aceitáveis. Quando questionei a narrativa de que “as mulheres realmente permanecem em relacionamentos abusivos por escolha própria?” Ainda propus considerarem que “algumas mulheres dependem financeiramente dos companheiros”. Provocaram alterações no rumo do diálogo e emergiram algumas questões, entre elas: "deveríamos ajudá-la e como ajudar”. Finalizamos o encontro com esses questionamentos em aberto.

É importante atentar aos questionamentos e diálogos internos para construir “uma resposta apropriada a um relacionamento terapêutico” (LENZI, 2020, p. 24). O efeito de levantar questionamentos, apresentando outros pontos de vistas sobre os casos de violências demonstraram que podem existir fatores sociais, econômicos e emocionais envolvidos, o que produziu uma resposta diferente daquelas fortalecidas historicamente.

As reflexões produzidas a partir dessa experiência estão fundamentadas pela postura filosófica de Anderson (2017). A primeira, quando considera que temos duas posições no processo colaborativo-dialógico: somos a observadora participante e a facilitadora participante. A posição observadora é colocar-se em uma posição igualitária em relação aos participantes. Não concerne julgar os posicionamentos das mulheres sobre a naturalização da violência contra a mulher. No entanto, a posição de facilitadora participante, corresponde à concepção da multiparcialidade, ou seja, trabalhar com todas as nuances e versões presentes no grupo, como o meu próprio ponto de vista.

A segunda reflexão refere-se às múltiplas versões sobre o tema, que vão se transformando de acordo com o que nós vamos compartilhando nas narrativas, as experiências de vida e os conhecimentos diferenciados. O que corresponde não só às transformações de narrativas externas, mas também as internas sobre si mesmas, abrangendo as percepções sobre a capacidade de agir socialmente (RASERA; JAPUR, 2007).

Algumas das usuárias que participavam do atendimento semanal individual justificaram que não compareceram aos encontros por não se sentirem confortáveis em falar seus sentimentos em público. Os outros encontros planejados não ocorreram. Tanto por falta de apoio profissional, quanto pela participação da comunidade. Logo, ficou inviável organizar outros encontros nesta UBS. No decorrer do estágio fui atuando em duas Unidades de Saúde, na UBS nº2 o “grupo de mulheres” já existia antes de iniciar meu estágio, apesar de não ser um grupo de pessoas fixas. Todas as quartas-feiras acontecem encontros com as mulheres, que são convidadas a participar e que estão na sala de espera. A proposta é dialogar sobre temas e problemáticas da ação do mês em questão.

Outro episódio interessante que aconteceu em agosto, foi na UBS nº2, onde foram quatro mulheres e uma criança para o mini auditório da Unidade. A psicóloga e eu apresentamos o mesmo slide sobre a lei (nº 11.340) e questões relacionadas às violências contra a mulher. Cada mulher trouxe suas narrativas, suas próprias experiências ou experiências de amigas, vizinhas, conhecidas. Uma das usuárias relatou sobre seu marido não permitir trabalhar. Outra disse que: “deus falou que a mulher deve ser submissa ao marido sim”, justificando a violência por meio de argumentos religiosos. Houve um silêncio após essa fala, no qual possibilitou tempo para diálogos internos sobre aquela afirmação.

Apesar de inicialmente naturalizarem ou justificarem os eventos de violência, elas também identificaram experiências que poderiam ser nomeadas como violentas ou abusivas e as outras ouviam e se posicionavam com um certo incômodo. Outra mulher compartilhou sua experiência no casamento, sobre seu marido ser muito ciumento e acrescentou que conseguiu ajudá-lo a ter menos ciúmes com o diálogo. Mas que ainda não era permitido ter seu próprio emprego.

A psicóloga apontou como as mulheres em relações conjugais em situação de violência, podem ser controladas pelo financeiro, pois ter o próprio emprego pode ocasionar emancipação financeira. Acrescentei mais características de relacionamentos abusivos, como aqueles em que as mulheres não possuem espaço para o diálogo e que muitas delas nem percebem estarem se relacionando com alguém opressor.

Fomos questionando a naturalização das possíveis formas de compreender aqueles eventos citados. Novamente surgiram falas divergentes sobre o mesmo tema: questionamento sobre ser ou não aceitável a mulher ser submissa ao seu marido. Essa foi a questão em comum daquele encontro. E são nesses momentos que podemos negociar os sentidos. De acordo com Rases e Japur (2007) os conflitos e pensamentos divergentes, podem ser entendidos como oportunidade de modificação, de negociação, pois cada uma implica e transforma os sentidos produzidos.

Trazer outras possibilidades não significa criar verdades universais ou discutir dualidade entre o certo ou errado, o que se buscava ali era informar os direitos daquelas mulheres, posicionando-nos ética e politicamente frente às violências sofridas para produzir respostas que desafiam a naturalização desses eventos. Como também convidamos ao “(...) movimento de pensar em si, de conversar consigo mesmo, sair do automático e entrar em reflexividade para entender aquilo que expressa sem pensar” (LENZI, 2020, p. 24). Finalizamos

novamente, o encontro com essas questões.

O grupo foi se moldando às demandas da comunidade usuárias. Primordialmente, na UBS nº2 às quartas-feiras eram reservadas ao grupo de mulheres. Reafirmo que esses grupos de mulheres não eram formados por público fixo, convidamos aquelas mulheres que estão na sala de espera aguardando atendimentos com o médico, a enfermeira ou o dentista. Por isso, em todos os encontros conhecemos pessoas diferentes e fazíamos destes momentos

possibilidades para aproximarmos da comunidade, como também de construir redes de apoio entre a comunidade usuária.

Durante a campanha de setembro amarelo, preparamos a temática sobre formas de produção em saúde. As temáticas selecionadas estavam relacionadas à campanha do mês de setembro, que eram utilizadas apenas para estimular as conversas que iriam surgir com as usuárias. Em uma das quartas-feiras, após o convite às pessoas usuárias que estavam na sala de espera para irem ao miniauditório, tivemos uma surpresa, havia mais homens interessados em participar. O grupo foi composto por três homens e uma mulher que aguardavam seus atendimentos, eles com o médico e ela com a psicóloga mais tarde. Os assuntos que surgiram foram: machismo, racismo e questões emocionais.

Os encontros não seguiam um padrão ou um *script*, eles eram construídos a partir das demandas das pessoas ali presentes, os momentos terapêuticos ou de promoção de saúde não necessariamente precisam seguir a forma tradicional, como a clínica. A interação, como na vida cotidiana, produz efeitos que podem ser terapêuticos. Com a postura filosófica, do agir de forma espontânea, manter a curiosidade e valorizar o conhecimento local, encorajar conversas e relações que possibilitem colaboração, conexão e construção a partir dos participantes (ANDERSON, 2017).

O primeiro a falar se identificou como professor e compartilhou seus saberes sobre o setembro amarelo³, pois havia aplicado na escola em que leciona, falando sobre a saúde mental e como o machismo dificulta o homem a pedir ajuda profissional, como situações diversas da vida humana afetam diretamente a saúde mental, como a questão racial.

Em seguida, um outro usuário compartilhou conosco suas experiências em que sofreu racismo, enquanto homem preto, que o fizeram sentir-se mal consigo mesmo. Ele pareceu estar interessado nas conversas quando falou que era algo novo para ele, observar que o racismo afeta a saúde mental. Possibilitou assim, que ele relatasse a situação vivenciada em uma loja do município, quando um seu conhecido o confundiu com um assaltante, justificando depois de reconhecê-lo, que foi motivado pelas suas vestimentas. Ele narra que isso afetou muito sua auto estima e que ficou muito triste por dias.

A conversa seguiu com a afirmação do primeiro homem dizendo que apesar de levar muito a sério a saúde, ele reconhece que o machismo os afeta e faz com que eles deixem de pedir ajuda para não parecerem frágeis. Essa fala possibilitou que o segundo homem

considerasse que ele mesmo não teria ido à unidade de saúde e que só o fez, pois sua companheira insistiu. Novamente podemos considerar que o processo de identificação e divergências acontecem entre aqueles participantes, cujas experiências e crenças acerca da masculinidade narradas de formas diferenciadas mostram como as relações são construídas e podem ser ressignificadas (RASERA, JAPUR. 2007). Esse encontro terminou pois os participantes saíram do miniauditório, por conta da chamada das consultas com o médico, dentista e enfermeira da unidade.

Ainda sim, a aprendizagem resultante desses encontros são os efeitos do processo relacional. Enquanto cada um narra suas histórias, os outros usuários e usuárias estão observando e escutando aquela experiência e adiante percebem algumas discordâncias ou aproximações. E nossa ação nesse espaço não é de normalizar ou patologizar os discursos, mas possibilitar que eles falem sobre suas experiências e suas crenças e as compartilhem. Essa troca dinâmica das experiências possibilita que os significados e compreensões sejam moldados, interpretados, reinterpretados e expandidos, como afirma Anderson (2016). Pode-se considerar que esses momentos são terapêuticos, pois existe espaço para fala, escuta e ressignificações da experiências vividas pelos participantes.

³ Sendo dia 10 de setembro o dia Mundial de Prevenção ao Suicídio. Desde 2015, Setembro Amarelo é uma campanha brasileira de prevenção ao suicídio.

Essa atividade levou-nos a refletir e reavaliar nossa configuração do “grupo de mulheres” e a psicóloga renomeou para grupo de “saúde mental”, pois como o grupo não tem participantes fixos, sempre é organizado pelo convite a quem se encontra na sala de espera, assim deixamos aberto para quem tivesse interesse em participar, colaborar e compartilhar seus conhecimentos em nossos encontros. O foco deixou de ser um grupo só para mulheres, para se tornar um grupo que tem interesses comuns, de falar sobre saúde mental e suas múltiplas formas.

Posteriormente, ocorreram mudanças que inviabilizaram o grupo de saúde mental, pois aumentou a demanda dos atendimentos individuais, tanto em decorrência dos feriados que acumularam os atendimentos, quanto pelo contexto social. Houve um aumento significativo de mulheres solicitando atendimento individual que traziam como problema suas dificuldades financeiras, o que inviabilizou o tempo para a realização do grupo.

Em razão do contexto socioeconômico resultante das consequências da pandemia,

houve um aumento de pessoas em situação de vulnerabilidade. De acordo com o Ministério da Cidadania (2022), existem um total de 20,2 bilhões de beneficiários, só em Alagoas são mais de 519 mil famílias cadastradas no Auxílio Brasil. Quando as usuárias procuravam atendimento psicológico individual, relataram depender do Auxílio Brasil programa de transferência de renda ou de Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que garante um salário-mínimo por mês.

Nos atendimentos individuais, estavam presentes as usuárias, a psicóloga da UBS nº2 e eu. Em um deles, uma das mulheres, que dependia do auxílio Brasil, disse ter receio de seu marido conseguir um trabalho com a carteira assinada e perder esse benefício, apesar do salário ser maior comparado com o auxílio. Outra também relata que apenas o benefício de prestação continuada não era suficiente para viver com seu filho de dez anos e que seria necessário receber cesta básica, no entanto recebeu informação de que corria o risco de perder esse benefício caso solicitasse cesta básica.

Nesses casos específicos, em função de observarmos uma série de suposições apresentadas nos relatos, encaminhamos para o serviço social, que pode orientar sobre os direitos de auxílios e benefícios. Resulta desses atendimentos a observação da repercussão dos problemas socioeconômicos na saúde das pessoas.

O que buscamos nesses atendimentos individuais é apontar possibilidades para além das narrativas dominantes, que tiram a possibilidade de agir. Sem o conhecimento de seus direitos ou sem ajuda de pessoas próximas, torna-se inviável qualquer possibilidade de mudança. Discutir a concepção de que a pessoa não é culpada de estar naquela situação, pois uma visão focada no indivíduo, sem considerar o seu entorno, acaba por ignorar as questões sociais concretas que as perpassam (RASERA; JAPUR, 2007).

Deste modo, manter o pilar de integralidade do SUS é sobretudo compreender que as pessoas são multifacetadas e o que funciona para um, pode não funcionar para outros. Para que não corramos o risco de cair na armadilha de padronizar os atendimentos e esquecermos que trabalhamos com pessoas, ou seja, Evitar Generalizações, o diálogo é aqui primordial. A partir da premissa de que não podemos criar teorias sobre as outras pessoas e sobre Privilegiar o Conhecimento Local, resulta-se na construção de formas terapêuticas, de prevenção e promoção de saúde a partir do diálogo com o outro, do saber que tem sobre si mesma(o).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma prática fundamentada pelo construcionismo não trabalha de forma mecânica e com receitas prontas. Ela está na matéria fluida de criatividade e inovação (RASERA; JAPUR, 2007). As práticas colaborativo-dialógicas nos convidam a esse relacionamento entre iguais e do diálogo como produtor de mudanças. E por essa fluidez e responsabilidade, consideramos que essa abordagem pode produzir saúde no ambiente da Atenção Primária.

As relações produzidas no ambiente da Unidade Básica de Saúde também podem ser geradas num espaço de diálogo, de trocas, desnaturalização das experiências e construção para novas possibilidades. Cabe a nós, psicólogas e psicólogos, construirmos esses momentos e engajar-nos em diálogos. Sempre curiosos e sensíveis ao conhecimento das pessoas sobre elas mesmas, percebendo a si mesmo como participantes dos processos. Um ambiente no qual o outro possa falar e possa ser ouvido. As práticas colaborativo-dialógicas tratam de compreender que estamos sempre respondendo a uma resposta anterior, nada é do zero (LENZI, 2020).

A experiência do primeiro grupo que apresentou pouca aceitação dos profissionais e das usuárias, justificada pelas narrativas de que “é difícil falar sobre sentimentos em público” ou de que “as(os) usuárias não vão aderir às novas formas terapêuticas”, possibilita-nos reconhecer as dificuldades produzidas por um discurso hegemônico, que vincula o fazer psi à clínica tradicional, impedindo outras formas de produção de saúde. Ainda sim, houve outros momentos em grupo, nos quais a comunidade participou, gerando diálogos significativos, como também as oficinas de cartazes fizeram sucesso e sempre surgiram pessoas para participar e colaborar.

O desafio acontece quando nos encontramos face a cobranças de prescrições e atitudes, que estão submersas nas concepções da lógica biomédica ou mesmo de relações verticalizadas do Saber. Apesar dos desafios, defendo a importância da aproximação da comunidade usuária por meio dos espaços de diálogo e escutas, pois a partir da fala sobre si, produção trocas de sentidos e ressignificação podemos ter acesso às pessoas em suas singularidades, situadas em suas experiências com o mundo, interseccionados pelos aspectos sociais, econômicos, étnicos e afetivos.

Destarte, concerne-se que no espaço da saúde pública é interessante e necessário construir, junto àqueles que o acessam, formas de produção e promoção em saúde. Visto que não existem fórmulas universais de práticas em saúde mental a serem aplicadas, implicar-se em aproximação e diálogo com a comunidade usuária, acessando os valores e crenças que os rodeiam, são possibilidades para assumir as diretrizes (a descentralização da direção, atendimento integral e a participação da comunidade) e os pilares (universalidade, integralidade e equidade) do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

ANDERSON, Arlene. Algumas Considerações Sobre o Convite ao Diálogo. Nova Perspectiva Sistêmica, Rio de Janeiro, n. 56, p. 49-54. dez. 2016.

ANDERSON, Arlene. Práticas Colaborativa e Dialógicas em Distintos Contextos e Populações: um diálogo entre teoria e práticas. A POSTURA FILOSÓFICA: o coração e a alma da prática colaborativa. Editora CRV. 1ª. ed. pp 21-34 . 2017

BARBOSA, Fernanda Doretto et al. Significados do Estágio em Psicologia Clínica, percepções do aluno. Encontro: Revista de Psicologia, v. 16, n. 25, p. 31-35 dez. 2013.

BRASIL. 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 Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo. nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Estrutura, Princípios e Como Funciona. Brasília, 2023.

CAMARGO-BORGES, Celiane; MISHIMA, Silvana; MCNAMEE, Sheila. Da autonomia à responsabilidade relacional: explorando novas inteligibilidades para as práticas de saúde. Gerais, Rev. Interinst. Psicol., Juiz de fora, v. 1, n. 1, p. 08-19, jun. 2008.

CASTANON, Gustavo Arja. Construcionismo social: uma crítica epistemológica. Temas psicol., Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 67-81, jun. 2004

CINTRA, Marcela; BERNARDO, Marcia. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. Psicologia: Ciência e Profissão;v. 37 n°4; pp. 883-896. dez. 2017.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação dos profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 53-81. 1998

DIMENSTEIN, M. O Psicólogo e o Compromisso Social no Contexto da Saúde Coletiva. *Psicologia em Estudo*, v. 6, n. 2. Maringá, pp. 57-63. 2001.

FAQUINELLO, Paula; CARREIRA, Ligia; MARCON, Sonia. A Unidade Básica de Saúde e sua função na rede de apoio social ao Hipertenso. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 19(4): 736-44, dez. 2010.

FARIA, Rivaldo Mauro. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 25 (11), pp. 4521-4530, 2020.

JIMENEZ, Luciene. Psicologia na Atenção Básica à Saúde: Demanda, Território e Integralidade. *Psicologia & Sociedade*, 23(n. spe.), pp.129-139, 2011.

LENZI, Bruno. Responsabilidade Reflexiva: Um Conceito Para Meios Criativos de Transformação em Práticas Colaborativas-Dialógicas. *Nova Perspectiva Sistêmica*, v. 29, n. 66, p. 22-35, abril 2020.

MCNAMEE, Sheila. Profissionais como pessoas: encontros dialógicos para transformação. In M. Grandesso (Org.), *Colaboração e diálogo: aportes teóricos e possibilidades práticas*. pp. 75-95. 2001.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, p. 61-80, 2007.

MCNAMEE, Sheila. Profissionais como pessoas: encontros dialógicos para a transformação. In, M. A. Grandesso (Org.), *Colaboração e Diálogo: aportes teóricos e possibilidades práticas*. Curitiba, pp. 75-95, 2018.

OLIVEIRA, Isabel Fernandes de et al . O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. *Interações*, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 71-89, jun. 2004

RASERA, Emerson; JAPUR, Marisa. Grupo como Construção Social: aproximações entre o construcionismo social e a terapia de grupo. *Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda.*; 1ª edição. p. 248, jan. 2007

RASERA, Emerson; JAPUR, Marisa. Contribuições do Pensamento Construcionista para o Estudo da Prática Grupal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, pp. 201-209, 2001.

RASERA, Emerson; JAPUR, Marisa. Os sentidos da Construção Social: O Convite Construcionista para a Psicologia Social. *Paidéia*, pp. 21-29, 2005.

RIBEIRO, Maria Auxiliadora. Os sentidos da pesca e a pesca dos sentidos, um estudo psicossocial para compreensão do sumiço dos peixes da pesca de curral em Ipioca-Maceió AL, Maceió, ed. edufal, p. 206, 2011,

RONZANI, T. M., & RODRIGUES, M. C. O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 26(1), 132-143, 2006.