

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA, PSICOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE PSICOLOGIA



Trabalho de Conclusão de Curso

**A POTÊNCIA DA ESCUTA PSICOLÓGICA NO ATENDIMENTO DE MULHERES
NA ATENÇÃO BÁSICA EM PELOTAS-RS**

Sabrina Dummer Vaz

Pelotas, 2019

Sabrina Dummer Vaz

**A POTÊNCIA DA ESCUTA PSICOLÓGICA NO ATENDIMENTO DE MULHERES
NA ATENÇÃO BÁSICA EM PELOTAS-RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^a Dr^a Giovana Fagundes Luczinski

Coorientadora: Prof^a Dr^a Károl Veiga Cabral

Pelotas, 2019

Sabrina Dummer Vaz

A POTÊNCIA DA ESCUTA PSICOLÓGICA NO ATENDIMENTO DE MULHERES NA
ATENÇÃO BÁSICA EM PELOTAS-RS

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia, Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pelotas.

Data da defesa: 08 de julho de 2019

Banca examinadora:

.....
Prof^a. Dr^a. Giovana Fagundes Luczinski (Orientadora)

Doutora em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

.....
Prof^a. Dr^a. Karol Veiga Cabral (Coorientadora)

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

.....
Prof^a. Dr^a. Miriam Cristiane Alves

Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

.....
Prof^a. Me. Karine Shamash Szuchman

Mestra em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Agradecimentos

Primeiramente, agradeço ao curso de Psicologia da Universidade Federal de Pelotas, por me possibilitar experiências únicas e transformadoras ao longo destes cinco anos.

Às protagonistas deste Trabalho de Conclusão de Curso, que fizeram toda a diferença na minha formação e no meu entendimento do que é uma psicologia crítica e atuante no SUS.

Ao meu namorado Carlos, também quase psicólogo, por se fazer ouvidos neste processo, dialogando comigo as possibilidades da psicologia e compreendendo meu momento, até nos dias mais difíceis. À minha família, minha mãe Nilma e meu pai João, e aos meus irmãos Adriano, Dionei e Karina pelo amor, apoio e compreensão.

Aos professores que me acompanharam nesta trajetória, em especial a Prof^a Giovana Luczinski, por topar o desafio de orientar-me neste trabalho e me inspirar a seguir a psicologia existencial fenomenológica para além da graduação. À Prof^a Miriam Alves por despertar meu amor pela psicologia no contexto do SUS com sua paixão e experiência na área.

À minha banca Prof^a Karol Cabral, minha coorientadora, e à Prof^a Karine Szuchman pelas trocas e ensinamentos.

Às minhas amigas e colegas de curso, Joice, Luiza, Marina e Monique pelos encontros potentes e pelos laços de amizade que construímos nesse caminho. Aos colegas que de alguma forma tiveram sua participação em minha formação, em especial à Tatiane, por ter sido de fundamental importância enquanto dupla, na facilitação do grupo de saúde mental na UBS, do qual saíram os depoimentos que embasaram este trabalho.

Aos professores e funcionários, do curso de Psicologia e da UBS na qual estagiei, que ao longo desses cinco anos contribuíram de alguma forma na minha formação.

“Viver é plural.”

João Guimarães Rosa

Resumo

VAZ, Sabrina Dummer. **A potência da escuta psicológica no atendimento de mulheres na atenção básica em Pelotas-RS**. Orientadora: Giovana Fagundes Luczinski. 2019. 73f. Trabalho de Conclusão de Curso – Graduação em Psicologia, Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2019.

Esta pesquisa procurou compreender a experiência das mulheres que acessam o serviço de psicologia na Atenção Básica, na cidade de Pelotas-RS. Delimitou-se como campo de pesquisa o grupo de saúde mental constituído em uma Unidade Básica de Saúde da rede municipal de Pelotas, vinculada à Universidade Federal de Pelotas por meio de um projeto de extensão, que possibilitou as atividades da psicologia no local. Trata-se de um estudo qualitativo que utilizou o método fenomenológico para coleta e análise de dados. Participaram desta pesquisa, quatro mulheres que estão em atendimento pelo serviço de psicologia na UBS, a partir do grupo de saúde mental do local. Para a coleta de depoimentos foi utilizada a entrevista do tipo reflexiva, semi estruturada, que procurou entender a experiência e o caminho percorrido por estas mulheres no serviço de psicologia da UBS, a partir de uma pergunta disparadora: *“Como está sendo a experiência de estar em atendimento com a psicologia aqui na UBS?”* Além das entrevistas, a pesquisadora utilizou os registros de diário de campo sobre os acontecimentos do tempo em que foi facilitadora do grupo de saúde mental no local, assim como suas vivências enquanto estagiária. A análise dos depoimentos apontaram três unidades de sentido: o vínculo com a equipe da UBS, o próprio grupo de saúde mental e a escuta psicológica. Ao longo dos capítulos, os depoimentos foram triangulados com a abordagem existencial fenomenológica e com autores que tratam sobre o cuidado no SUS, de forma que os assuntos abordados foram: a longitudinalidade do cuidado, o cuidado em território e a rede de apoio, o conceito de normal e patológico, o silenciamento da mulher na sociedade, a experiência no espaço grupal, a escuta psicológica a partir do diálogo genuíno, a fala autêntica e os conceitos de autonomia e empoderamento. Os resultados apontam que a escuta psicológica e o espaço grupal na UBS possibilitaram a estas mulheres um local de escuta, de trocas de experiências e sustentação das angústias, onde puderam articular outras possibilidades de existência. Houve um reposicionamento frente aos acontecimentos da vida cotidiana e a inserção em outros espaços a partir do ganho de autoestima. A pesquisa também aponta a necessidade da inclusão do psicólogo na Equipe de Saúde da Família, de modo a ofertar o cuidado a partir da escuta psicológica na UBS, desestigmatizando a atuação dos profissionais de saúde mental, na medida em que ele aconteça no mesmo território.

Palavras-chave: Escuta psicológica. Atenção Básica. Psicologia existencial-fenomenológica.

Abstract

VAZ, Sabrina Dummer. **The potency of the psychological listening in the treating of women in basic attention in Pelotas-RS**. Advisor: Giovana Fagundes Luczinski. 2019. 73f. Term Paper (Bachelor of Psychology) – Graduation in Psychology, College of Medicine, Psychology and Occupational Therapy, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2019.

This research aimed to understand the experience of women who access the service of psychology in the public Basic Attention, in the city of Pelotas – RS. The delimited research field was the mental health group constituted in a basic health unit in Pelotas' municipal network, bound to the Federal University of Pelotas by means of an extension project, which allowed psychology to act on this place. It is a qualitative study which utilizes the phenomenological method to collect and analyse the data. The participants of this research were four women who are being attended by the Basic Health Unit psychology service, at the local mental health group. To collect the statements, a reflexive, semi structured interview was utilized, which aimed to understand the experience of these women at the Basic Health Unit psychology service, by means of a trigger question: *“How was the experience of being attended by the psychology here in the BHU?”* Besides the interviews, the researcher utilized the records from field diaries about the actions when she was facilitating the local mental health group, as well as her internship living experience. The analysis of the statements pointed three units of meaning: the bond with the BHU's staff, the mental health group itself and the psychological listening. Throughout the chapters, the statements were articulated with the existential phenomenological approach and authors who write about the Brazilian National Health System care, in which way the subjects approached were: the long term care, the territorial care and the support network, the concept of normal and pathological, the silencing of women in society, the experience in the groupal environment, the psychological listening from the genuine dialogue and the concepts of autonomy and empowerment. The results point that the psychological listening and the BHU's groupal environment allows these women to exchange of experiences and the sustenance of anguish, where they could articulate other possibilities of existence. There was a repositioning towards the happenings of everyday life and the insertion in other environments since the development of selfworth. The research also points to the need to include the psychologist in the Family's Health Team, in order to offer the care from a psychological listening point at the BHU, destigmatizing the work of mental health professionals.

Keywords: Psychological Listening. Basic Attention. Existential-phenomenological Psychology

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ESF	Estratégia de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas

SUMÁRIO

Introdução	9
Método	15
Criando Vínculos: O Cuidado na Atenção Básica	18
“Troca de Ouvidos”: O Grupo de Saúde Mental na UBS	33
A Busca pelo não-dito: A Escuta Psicológica	49
Considerações Finais	61
Referências	63
Apêndices	66
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	67
Apêndice B - Entrevista Semi-Estruturada	68
Anexos	69
Anexo A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa	70

Introdução

Esta pesquisa se insere no contexto da saúde pública, no qual profissões ligadas ao cuidado atuam a partir de políticas públicas específicas, dialogando entre si com vistas à promoção de saúde da população. Dentre estes saberes, está o núcleo¹ da Psicologia, cuja atuação neste campo² tem sido possível a partir da Constituição de 1988, que garante a universalização do direito à saúde a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), com ações e serviços organizados de forma regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 1988).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica (AB) é a ordenadora do cuidado e porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS), e suas ações são efetivadas também através de estabelecimentos denominados Unidades Básicas de Saúde (UBS), pela Equipe de Saúde da Família (ESF): uma estratégia que visa ampliar as práticas de saúde atuando próximo à população (BRASIL, 2017). A ESF tem uma equipe fixa de profissionais que a compõe, e o psicólogo não faz parte dela, mas ele pode atuar na UBS através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), de forma a ampliar as ações da equipe (BRASIL, 2008).

Apesar da Psicologia não fazer parte da equipe ESF, desde o início dos anos 2000, muitas experiências têm sido relatadas sobre a inserção deste núcleo de saberes nas UBS, principalmente através de parcerias com as Universidades. Assim constitui-se o local onde o estagiário pode pôr em prática os saberes teóricos e, ao mesmo tempo, devolver à população o investimento feito através de impostos que financiam a educação, e por conseguinte, as Universidades. Cardoso (2002) fala da experiência de inserção do estagiário de psicologia na Estratégia de Saúde da Família (ESF), através de um projeto de extensão, onde foram realizados grupos informativos e de psicoterapia, dinâmicas de grupo, teatro informativo sobre o papel do psicólogo no local, visitas domiciliares e atendimento individual. A partir desse período de atuação da psicologia no local, a autora refletiu sobre alguns pontos importantes a partir dos resultados obtidos, tais como: os grupos como um local de “expressão mais autêntica”, onde as pessoas compartilham suas vivências, que muitas vezes não são reveladas em uma

¹ Núcleo de saberes é um conceito trabalhado por Campos (2000).

² Campo de saberes é outro conceito trabalhado por Campos (2000).

consulta médica; a comunicação com a população ser mais flexível, e não apenas técnica, possibilitando o levantamento de demandas com a mesma; reconhecimento dos usuários da importância da troca de experiências e do acesso às emoções como fatores de saúde; maior abertura dos usuários no diálogo com familiares (CARDOSO, 2002).

A partir do exposto, entende-se a importância de integrar a dimensão psíquica às práticas de promoção de saúde no SUS, visando uma compreensão integral de ser humano. Assim, o Serviço de Psicologia em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Pelotas-RS, se constituiu no semestre 2017/1 a partir do projeto de extensão Saúde Mental na Atenção Básica: uma clínica ampliada em saúde coletiva, que está inserido no Projeto de Pesquisa “guarda chuva”: A VIOLÊNCIA DO INEXISTIR: A CONSTRUÇÃO DE UMA CLÍNICA POLÍTICA DECOLONIAL, ambos coordenados pela Prof^a. Dr^a. Míriam Alves. Este projeto de extensão possibilitou que os estágios curriculares do curso de Psicologia da Universidade Federal de Pelotas - UFPel acontecessem também na Atenção Básica de Pelotas, Rio Grande do Sul. O projeto de extensão referido busca integrar ensino, pesquisa e extensão, e tem como alguns de seus principais objetivos estabelecer grupos de saúde mental na AB e proporcionar o aprimoramento da escuta e do cuidado oferecido pela RAS, através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), à população pelotense, assim como a formação acadêmica de seus participantes.

Desde então, os estagiários do curso de Psicologia vem atuando junto à equipe multiprofissional, dentro do território que a UBS abrange e, em alguns casos, à pacientes que residem fora de área. A partir dos estágios curriculares *Psicologia e processos de prevenção e promoção da saúde* e *Psicologia de processos clínicos*, com diferentes propostas, oferta serviços como acolhimento, entrevistas iniciais, grupo de saúde mental, visitas domiciliares e psicoterapia individual. Neste contexto, foi possível atuar na UBS, enquanto estagiária, desde maio de 2017, onde essa atuação iniciou-se como uma observação participante e, nos semestres seguintes, caracterizando-se enquanto uma experiência clínica de intervenção: primeiramente enquanto facilitadora do grupo de saúde mental e, posteriormente, ofertando o serviço de psicoterapia individual no local.

Nestes semestres em atuação no local, foi possível perceber que um número significativo das pessoas que demandam por um cuidado em saúde mental na UBS em questão são as mulheres.

Neste sentido, essa pesquisa se desenvolveu no campo grupal constituído na UBS pela Psicologia. A pesquisa nesse espaço se deu após a minha experiência enquanto facilitadora neste grupo, podendo acompanhá-lo de junho de 2017 à agosto de 2018, juntamente com uma colega, também estagiária da Psicologia. O grupo de saúde mental nesta UBS, se caracteriza enquanto um grupo terapêutico aberto e não temático, e tem como objetivo promover saúde através da clínica ampliada, que

baseia-se na **escuta** e reconhece o saber, o desejo e o interesse das pessoas, questionando-as sobre os sentidos daquilo que estão vivendo. É uma prática menos prescritiva e mais negociada, que não desconsidera os avanços tecnológicos, nem a importância da qualificação técnica e das recomendações baseadas em evidências. Mas também assume que as doenças e os riscos, a despeito dos padrões e regularidades, e mesmo sendo influenciados pelos planos cultural e socioeconômico, em última instância, encarnam-se em sujeitos concretos. [...] O exercício da função apoio na relação clínica e nas ações de Saúde Coletiva é um recurso que pretende desenvolver, **junto aos sujeitos**, maiores graus de responsabilização e autonomia para o cuidado com a saúde. (CAMPOS, 2014, p. 991, grifo nosso)

A condição de entrada neste grupo terapêutico de saúde mental, era realizar as entrevistas iniciais e individuais, com as estagiárias da psicologia na UBS. Essas entrevistas semi estruturadas aconteciam após o primeiro acolhimento - primeira escuta psicológica, ofertada no momento da busca do usuário pelo serviço de psicologia. Após o acolhimento, agendava-se a data do início das entrevistas iniciais, como forma de ofertar a continuidade da escuta psicológica em um espaço de sigilo, estabelecendo o vínculo e procurando entender a demanda de quem procura o serviço. Ao final de 3 dias de entrevistas, agendadas semanalmente, e a partir de discussões em supervisão de estágio, caso a caso, era dialogado com o usuário sobre o melhor encaminhamento possível, de maneira a melhor contribuir em seu Projeto Terapêutico Singular (PTS).

O grupo de saúde mental iniciou em junho de 2017, com as primeiras mulheres que foram entrevistadas na época e, até a finalização desta pesquisa, o grupo estava ativo. Sua proposta é ser aberto, não temático, e sem tempo de

duração pré-definido. Mesmo caracterizado enquanto aberto, o grupo acabou sendo constituído apenas por mulheres. Ao longo dos encontros, essas mulheres organizaram-se e criaram um grupo no aplicativo de celular *Whatsapp*, com o propósito de manter o contato e o apoio entre si, fora do espaço grupal, caso fosse sentido como necessário por elas, adicionando as novas integrantes assim que adentram no grupo, caso seja de sua vontade. Cabe salientar que as estagiárias facilitadoras não participam do referido grupo em nenhum momento, como também não tem acesso ao que é conversado neste espaço, a menos que as integrantes relatem durante os encontros.

Enquanto estagiária, foi possível perceber que os temas mais frequentes trazidos por elas, tanto nos espaços individuais de entrevista inicial quanto nos encontros grupais, eram sobre perdas, luto, culpa, e o não poder falar certos assuntos em outros espaços, como aos familiares. Muitos destes temas eram atravessados por falas que demonstravam um cuidado dado a outras pessoas, ao mesmo tempo que abdicavam do seu autocuidado. E isso era presente na fala de todas as mulheres deste grupo, assim como na fala de outras mulheres que demandam pelo atendimento do serviço de psicologia na UBS. Essa observação me fez refletir acerca da questão dos papéis destinados à mulher na nossa sociedade.³

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), a mulher tem maior risco de desenvolver transtornos mentais, devido a sobrecarga de responsabilidades atribuídas a ela, como por exemplo, no desempenho do papel de

esposas, mães, educadoras e provedoras de atenção para outros, ao mesmo tempo que se estão transformando numa parte cada vez mais essencial da mão-de-obra, constituindo, em um quarto a um terço das famílias, a principal fonte de renda. (Ibid, p.14)

Ao mesmo tempo, esses papéis precisam ser realizados, muitas vezes, em meio à discriminações de gênero e de raça, à fome, ao excesso de trabalho, além da violência doméstica e sexual (Ibidem). Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), foi constatado que as mulheres dispensaram, em 2017, 20,9h por semana nos afazeres domésticos ou cuidado de pessoas, ao passo que os homens somam 10,8h por semana no

³ Por fugir ao escopo deste trabalho, este tema não será tratado em profundidade. Para tal, ver BIASOLI-ALVES (2000).

mesmo período (IBGE, 2018). A mesma pesquisa investigou outras formas de trabalho, e o subitem “cuidado de pessoas”, moradores ou não do domicílio, demonstrou que 25,6% dos homens realizou esse cuidado, sendo que a proporção para mulheres foi de 37% no mesmo período. No mesmo levantamento, a partir do recorte raça/cor se evidenciou que:

39,9% das mulheres pardas e 38,3% das mulheres pretas tinham realizado tais atividades, ao passo que, entre as mulheres brancas, a taxa de realização foi de 33,8%. Entre os homens, a diferença entre as taxas, por cor ou raça, teve menor intensidade: 26,1% para pardos, 25,8% para pretos, e 25,0% para brancos (IBGE, 2018, p. 6).

Isto posto, ser mulher e facilitadora deste grupo de saúde mental, me motivou a pesquisar sobre a escuta psicológica no atendimento de mulheres na UBS. A UBS, como parte da AB, se constitui em um espaço de promoção de saúde, onde cerca de 85% das demandas de saúde da população devem ser sanadas (BRASIL, 2007). Portanto, ela é um local de potente intervenção, capaz “de criar dispositivos voltados para a autonomia e o exercício coletivo de uma cidadania crítica e transformadora” (SUNDFELD, 2010, p. 1086), entendendo a clínica psicológica como sendo mais que um espaço físico, compreendendo-a como um “plano de produção do coletivo, como sustentação da alteridade” (MOREIRA; ROMAGNOLIS, 2007, p. 618). Dessa forma, essa pesquisa foi pensada a partir da necessidade de entendimento de como está sendo a experiência, para estas mulheres do grupo de saúde mental, de escuta psicológica no espaço da UBS.

Com esse questionamento em mente, foi desenvolvida uma pesquisa de cunho fenomenológico para entender a experiência das mulheres que participam de um grupo terapêutico. Essa proposta foi considerada oportuna, pois prioriza a experiência no momento da coleta de depoimentos, garantindo que a percepção da usuária prevaleça na elaboração da pesquisa. Além disso, ao longo da graduação me aproximei da abordagem existencial fenomenológica e pude testemunhar como o contato com a experiência pode ser transformador e como é possível uma atuação contextualizada da psicologia na saúde pública. Assim, foram convidadas a participar da pesquisa as mulheres integrantes do grupo de saúde mental da UBS, as quais falaram sobre sua experiência a partir de entrevistas individuais e roteiro aberto, guiadas por uma pergunta disparadora, sendo ela: *“Como está sendo a experiência de estar em atendimento com a*

psicologia aqui na UBS?”, no modelo de entrevista reflexiva, sendo a Psicologia Existencial Fenomenológica a base teórico-epistemológica de coleta e análise de depoimentos. Antes de detalhar o método, considero importante apresentar, brevemente, as quatro mulheres entrevistadas, com nomes fictícios, na ordem pela qual as entrevistei.

Vitória é uma mulher com 57 anos, se autodeclara parda, tem cabelos curtos, lisos e escuros. Fala rápido e tem o olhar curioso, está sempre atenta ao que acontece ao seu redor. É separada, tem 3 filhos e está aposentada. Foi encaminhada para o serviço de psicologia após passar pelo setor de saúde mental do Centro de Especialidades e ser encaminhada ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e deste, foi encaminhada para retornar à UBS, tendo entrado recentemente no grupo, há cerca de três meses. Nas entrevistas iniciais e individuais, Vitória relatava um luto por um familiar recém falecido, como também algumas outras questões familiares e de relacionamentos. Após as entrevistas iniciais foi encaminhada ao grupo de saúde mental, do qual faz parte há três meses.

Lola é uma mulher com 52 anos, se autodeclara parda e tem cabelos escuros e longos, nos contatos iniciais sua expressão facial é de desconfiança, mas ao longo de uma conversa mostra-se receptiva. Ela trabalha de forma autônoma, é casada com um homem e tem 3 filhos. Tem uma relação com a UBS há muitos anos, é uma pessoa comunicativa e conhece toda equipe. Lola narrava, nos atendimentos iniciais individuais, um luto por familiares falecidos há muitos anos. Foi encaminhada para a Psicologia pois, após viver uma situação traumática, estava em isolamento, não saía de casa. Após as entrevistas iniciais, foi encaminhada ao grupo de saúde mental da psicologia. Dentro do grupo é a pessoa que tomou para si a responsabilidade de recepcionar as novas integrantes apresentando o grupo e seu funcionamento, integrando-as às conversas, sempre muito falante. Participa do Grupo há cerca de dois anos.

Liziane é uma mulher com a idade de 69 anos, autodeclarada branca, está sempre sorrindo, se considera tímida, fala pouco e fica envergonhada com facilidade. Tem cabelos curtos e claros, é aposentada e está sempre em alguma atividade durante o dia. É viúva e tem 2 filhos. Foi encaminhada à Psicologia pois estava isolando-se do convívio com as demais pessoas após a morte de uma pessoa importante em sua vida, além de desentendimentos familiares. Chegou à

psicologia de forma tímida, sem saber muito como reagir frente ao olhar e questionamentos da estagiária, e ficou contente com o encaminhamento para o grupo. É a pessoa que participa muito mais pela escuta do que pela fala, está no grupo há cerca de dois anos.

Tânia é uma mulher de 38 anos, autodeclarada parda, cabelos escuros na altura do ombro e olhar inicialmente tímido. No momento não está trabalhando, mas se capacitando através do estudo. É solteira e sem filhos. Durante o primeiros atendimentos, nas entrevistas iniciais, falou que grande parte de sua vida foi destinada aos cuidados de um familiar e que, após seu falecimento, começou a apresentar uma série de sintomas que acabaram por dificultar seu convívio e mobilidade, como também, sua atuação no mercado de trabalho. No grupo é a mulher que chegou tímida, questionando muito sua capacidade de realização, e no momento é uma das integrantes que mais contribui com a fala no espaço grupal, é empática com as histórias de vida do outro, além de ter estabelecido uma boa relação com todas as integrantes. Está no grupo há cerca de dois anos.

Método

Uma vez que esta pesquisa envolve seres humanos, a mesma foi submetida às exigências éticas e científicas básicas, segundo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa definidas pelo Conselho Nacional de Saúde, através das Resoluções 466/2012, 510/2016 e 580/2018, e foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa através do parecer nº 3.165.979, em anexo. Para tal pesquisa, foi concedida a autorização, pelas usuárias, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido⁴, assinado em duas vias, para gravação de áudio da entrevista, garantindo o anonimato das usuárias. Neste também foi explícito que a participante pode, a qualquer momento, desistir de participar da pesquisa, e que isso não lhe acarreta quaisquer alterações na participação do grupo.

Ao todo, foram entrevistadas quatro mulheres, integrantes do grupo de saúde mental da UBS, que aceitaram o convite para falar de sua experiência com a Psicologia na UBS. Este convite foi realizado à todas, ao final de um dos

⁴ ver apêndice A

encontros do grupo. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas posteriormente. Os encontros aconteceram na própria UBS, de acordo com a disponibilidade das usuárias, em março de 2019. Ao final de cada entrevista foi solicitado que as mesmas escolhessem para si nomes fictícios, sendo eles: Vitória, Lola, Liziane e Tânia.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, caracterizando assim, uma busca voltada aos processos complexos, aos fenômenos não mensuráveis matematicamente, tais como as relações, significados, valores, motivos, atitudes (MINAYO, 2004). E para entender a experiência destas mulheres, busquei na perspectiva existencial fenomenológica o fundamento para a coleta e análise de dados. Assim, essa pesquisa caracteriza-se enquanto fenomenológica pois possibilita o entendimento das experiências a partir de dois movimentos: o envolvimento existencial e o distanciamento reflexivo, ora se deixando entrar na vivência do entrevistado, ora se distanciando e refletindo sobre os depoimentos dados (FORGHIERI, 2002).

Este processo começa na entrevista, no qual o pesquisador realiza a redução fenomenológica, com o objetivo de chegar ao fenômeno como tal, tornando consciente para si e colocando entre parênteses seu saber científico, seus valores, preconceitos, julgamentos ou informações dadas por terceiros sobre o sujeito a ser entrevistado. Assim, ele pode entrar em contato com a existência do outro, em uma relação de sujeito-sujeito, e não de sujeito-objeto. Para Forghieri (2002), a redução é realizada através da saída da atitude natural para a atitude fenomenológica, ou seja, sair da atitude que acredita que o mundo existe por si mesmo, que ignora a consciência como àquela que atribui sentidos ao mundo e que toma falas e acontecimentos como fatos objetivos, naturalizados. Assim, ir ao encontro da atitude fenomenológica permite visualizar o sujeito e o mundo como fenômenos em movimento e historicamente situados, como partes de um todo, no qual “o mundo e o sujeito revelam-se, reciprocamente, como significações” (FORGHIERI, 2002, p.15).

A investigação do vivido possibilita ao pesquisador o acesso à dimensão existencial do ser humano, apreendendo os fenômenos tal como se mostram. Caracteriza-se enquanto intervenção, na medida em que faz um convite ao entrevistado a refletir sobre a própria experiência, onde o entrevistador explicita sua compreensão da narrativa do entrevistado, dando voz às ideias expressas por

ele, podendo ser um momento de reavaliação, ou de produção de novos sentidos, desvelando “novas possibilidades na compreensão dos fenômenos que se quer investigar” (SZYMANSKI; ALMEIDA; PRANDINI, 2002, p.57). O modelo de entrevista reflexiva é o que mais contemplou a busca pela experiência nesta pesquisa. Este modelo de entrevista coloca em interação a subjetividade do entrevistador e do entrevistado, buscando maior horizontalidade, possibilitada a partir da abertura de ambos ao processo.

A entrevista reflexiva semi estruturada⁵ possibilitou a narrativa destas mulheres a partir de uma pergunta disparadora: *Como está sendo a experiência de estar em atendimento com a psicologia aqui na UBS?* Ao longo do relato foi investigado o caminho que a usuária percorreu na busca pelo atendimento psicológico, seus posicionamentos perante alguns acontecimentos, bem como demais questionamentos cabíveis acerca de sua experiência como usuária do serviço de Psicologia. Também foi utilizado como norte o diário de campo do estágio em que facilitei o grupo, assim como as vivências enquanto estagiária na UBS.

A análise dos depoimentos, a partir das transcrições, busca encontrar unidades de sentido, se caracterizando “como uma atividade de interpretação que consiste no desvelamento do oculto, do “não-aparente, o potencial de inédito (do não dito), retido por qualquer mensagem” (BARDIN, 1995, p.9 apud SZYMANSKI; ALMEIDA; PRANDINI, 2002, p.63). Esse processo viabiliza a produção de uma síntese, pós-análise, que indica o sentido do todo. Ao longo da pesquisa, os depoimentos das entrevistadas foram triangulados com conceitos da saúde coletiva e com a proposta existencial fenomenológica. Os temas encontrados durante a análise foram trabalhados em três capítulos: o vínculo, o próprio grupo de saúde mental e a escuta psicológica.

O primeiro capítulo trata do vínculo da entrevistadas com a equipe da UBS, a partir do caminho percorrido por elas neste espaço, inclusive nos atendimentos com a Psicologia. Neste capítulo serão discutidos alguns conceitos da saúde coletiva, tais como a longitudinalidade do cuidado, a corresponsabilização, o cuidado em território e a Estratégia de Saúde da Família, dialogando com a abordagem existencial fenomenológica. No segundo capítulo, o tema será o

⁵ ver apêndice B

próprio grupo, que foi o foco de grande interesse pelas entrevistadas, e seu papel no processo terapêutico das mesmas desdobrando-se, teoricamente, em cima das questões grupais, dentro do referencial da fenomenologia. No terceiro capítulo, a discussão será sobre a especificidade da escuta psicológica a partir da abordagem existencial fenomenológica, relacionando essa escuta à possibilidade do ganho de autonomia e empoderamento, trabalhando também estes conceitos.

Criando Vínculos: O Cuidado na Atenção Básica

O Sistema Único de Saúde (SUS), através da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB, defende algumas diretrizes que devem ser operacionalizadas na Atenção Básica, dentre elas a Longitudinalidade do cuidado, que

pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de **vínculo e responsabilização** entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo **permanente e consistente**, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia⁶ que são decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da falta de coordenação do cuidado. (BRASIL, 2017, grifo nosso)

A partir desta diretriz, pode-se refletir sobre a atuação da UBS na qual essa pesquisa se desenvolveu, que é uma UBS de Estratégia de Saúde da Família vinculada à UFPel, e que opera majoritariamente a partir de estagiários, orientados por professores da Universidade que trabalham na UBS há alguns anos, e de uma equipe fixa, sem estagiários, que inclui enfermeiras, técnicas de enfermagem e agentes comunitárias de saúde⁷. Os cursos que atuam na UBS, a partir de estagiários, são a medicina, a nutrição, a psicologia, a veterinária e a terapia ocupacional, mas somente a medicina e a nutrição tem professores orientadores que atuam de forma fixa no local. O residente em Medicina da Família e Comunidade permanece na UBS durante sua especialização, ou seja, dois anos; as estagiárias da psicologia durante um ano, e os estagiários da medicina atuam por três meses, somente. Ou seja, há uma longitudinalidade do

⁶ Iatrogenia significa “um resultado negativo da prática médica [...] consiste num dano, material ou psíquico, causado ao paciente pelo médico” (DE MEDEIROS TAVARES, 2007, p. 181)

⁷ Apesar de não ser caracterizada enquanto parte da equipe ESF determinada pela PNAB (BRASIL, 2017), há uma assistente social atuante no local. Também cabe salientar que o serviço de recepção, higienização e portaria não fazem parte da equipe fixa da ESF, segundo a PNAB. São funcionários terceirizados que desempenham uma atividade fundamental na operacionalização e funcionamento adequados de uma UBS.

cuidado parcial, já que as professoras e o restante da equipe contratada do local tem atuação fixa na UBS e conhecem muitos dos usuários que acessam os serviços, podendo melhor orientar os estagiários quanto às intervenções possíveis mas, na maioria das vezes, quem faz o contato direto com o usuário, não consegue desenvolver essa diretriz no longo prazo, já que sua passagem na UBS é rápida. A longitudinalidade do cuidado faz com que a equipe conheça a história do usuário, e a troca de estagiários faz com que esse usuário necessite falar de sua história novamente, ainda que de forma parcial, mesmo se houver um prontuário a ser consultado. Portanto, observa-se uma contradição na atuação desta UBS, pois somente uma parte da equipe desenvolve seu trabalho ao longo prazo no local, contrariando a longitudinalidade do cuidado, indicado pela portaria nº 2.436 que institui a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Por um lado, a impermanência tem um ponto positivo, pois na medida que o estagiário necessita realizar o primeiro atendimento, a primeira escuta, o usuário sente a necessidade de re-contar a sua história. Segundo Amatuzzi, "falando, digo algo a alguém, me digo, mas também e basicamente recrio um mundo" (1989, p.23), atentando a possibilidade de que a fala sobre si seja terapêutica pois, nesse movimento, o usuário faz uma reflexão em voz alta, podendo organizar seus pensamentos, e algumas vezes verbalizando pela primeira vez sua condição à alguém. Assim, mesmo a medicina, campo em que há ciclagem mais rápida de estagiários nesta UBS, está indo em direção ao cuidado integral do usuário, saindo do seu lugar de saber para escutar o que aquela pessoa tem a dizer sobre si, indo ao encontro da proposta da integralidade do cuidado do SUS, desacomodando as práticas naturalizadas e oxigenando o serviço, na medida em que novos olhares e novas práticas são incluídas no local.

Por outro lado, a diretriz da longitudinalidade do cuidado, entendida como a continuidade da relação de cuidado, foi pensada pois o usuário se vincula de tal forma ao profissional, que na impossibilidade da atuação deste, esse usuário pode se afastar da proposta de seu PTS, pois ali um laço afetivo foi desfeito. Devido à algumas práticas da medicina tradicional, que prioriza investigar sintomas e medicar como sua principal intervenção, muitos usuários buscam a UBS nesse intuito, de "resolver" alguma enfermidade. Mas com as práticas de cuidado integral e humanizado que o SUS vem priorizando ao longo dos anos, principalmente no que diz respeito a atuação nas UBS, que são próximas a comunidade, isso vem se

modificando. Na Portaria nº 687/2006 entende-se que a Promoção de Saúde

[...] realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, Estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem. (BRASIL, 2006b)

Pela articulação sujeito/coletivo, citada anteriormente, compreende-se que as relações fazem parte do que é promover saúde. O SUS prioriza a longitudinalidade do cuidado na AB como forma de que esse usuário se relacione com o profissional de saúde, com sua comunidade, mantendo-se vinculado, também ao seu PTS, através dessas relações.

A importância do vínculo com a equipe da UBS foi um depoimento unânime entre as entrevistadas. A primeira entrevistada, Vitória, exemplifica o que foi dito de forma teórica no parágrafo anterior, quando questiono sobre sua experiência de ser atendida na UBS:

[...] eu gosto de estar sendo atendida aqui por vocês e estar no grupo, eu gosto dos médicos, só não gosto quando muda, vão embora sabe? Dá vontade de não vir mais, porque a gente acostuma com aquele doutor né. [...] eu digo pra minha guria “depois que a gente pega amizade com eles”...eu sou muito carente, muito de me apegar sabe, depois eu estranho..aí eu não vou mais, não vou mais. Tinha um doutor bom [...] que estava me atendendo [...] ele me atendeu sentada, se agachou perto de mim ali na sala de espera e me atendeu ali mesmo, falou comigo, conversou e eu tava chorando, chorando, chorando...[...] ele tava no estágio e depois do estágio ele tinha ido embora, e bem no dia que eu tava precisando dele ele apareceu, tu viu? Chamei, chamei por ele e ele veio. Tenho até foto dele [...] chegou no bebedouro, me beijou [...] eu gosto das pessoas assim, umas pessoas simples também, tem uns que são mais fechadão e às vezes nem olham pra gente, pra atender né? (Vitória)

O vínculo a que Vitória se refere se estende também às estagiárias da Psicologia, como relata neste outro trecho da entrevista:

[...] Adoro elas as duas ali [estagiárias facilitadoras do grupo], e na hora que a gente começa a gostar elas já vão embora. (Vitória)

Ao falar sobre o término do estágio das facilitadoras da psicologia e dos estagiários da medicina, Vitória expressa um tom de pesar em sua voz, que transparece também em sua face, pois é difícil se despedir de pessoas com as quais se criou laços afetivos. Já Lola, que está no grupo de saúde mental desde seu início, e que iniciou os atendimentos após uma situação traumática, quando

pergunto como chegou até o serviço de Psicologia, responde:

Aí ela [assistente social] foi lá em casa perguntou se eu queria fazer parte do grupo, desse da psicóloga. “Lola vai ter psicóloga, quer fazer parte do grupo?”, porque eu vinha na psiquiatra. Aí eu disse pra ela “ah, vou ver” [...] Aí depois eu vim aqui, e aí conversei com a doutora [...] Tá e se eu venho e começo a vim e gosto e depois não tem mais? “não, mas a gente vai procurar ter sempre elas aqui” [fala da médica] [...] aí aquela coisa assim, sabe...eu sou muito apegada com as pessoas, quando eu gosto das pessoas é porque eu gosto mesmo [...] e aí depois fica aquela coisa “ah, vai embora”, “ah, vai deixar a gente”. (Lola)

Lola também fala da incerteza da permanência e da partida das estagiárias de psicologia com certa tristeza em sua voz; essas falas sobre a saída das facilitadoras eram comuns e aconteciam constantemente nos encontros do grupo, após a comunicação de término do estágio e troca de estagiárias.

Esses laços aos quais Vitória e Lola se referem estão sempre vinculados à prática de promover saúde que, assim como supracitado, acontece através das relações, na articulação entre sujeito e coletivo. Sendo compreensível, portanto, que ao se desfazer os laços os usuários repensem seu trajeto na própria UBS, assim como seu tratamento. Assim, a PNAB orienta a prática da longitudinalidade do cuidado como forma de vincular permanentemente esse usuário à UBS, através da permanência dos profissionais, de forma com que se crie uma corresponsabilização, onde esse usuário também se responsabilize por sua saúde.

Esses pontos trazidos pelas entrevistadas acima, fazem parte de um tema mais amplo, e podem ser discutidos do ponto de vista teórico e filosófico. A abordagem existencial fenomenológica se interessa particularmente pela forma como as pessoas lidam com a impermanência da vida, dos vínculos, da angústia que isso gera. Forghieri (2002), ao elaborar uma teoria da personalidade fenomenológica, pensando o ser-doente e o ser-saudável existencialmente, levanta alguns pontos teóricos sobre a forma de existir no mundo, que alternam-se entre si ora um, ora outro, no nosso cotidiano. A autora discorre sobre a impermanência das situações e dos modos de existir, e que diante da possibilidade de fazer escolhas enfrentamos a angústia frente às alternativas que nos são apresentadas. Essas considerações teóricas dialogam com a situação concreta dessa pesquisa, pois não há como controlar o que acontece no mundo circundante, ou seja, não pode-se garantir a permanência de profissionais que

atuam em uma UBS, como se este fato fosse uma condição inextirpável para a promoção de saúde. O estagiário sai ao término do seu estágio, mas enquanto atua, o faz de forma presente e atenta, construindo um modo de se relacionar que pode se tornar referência de escuta e cuidado para quem o vivencia. Ao mesmo tempo, uma profissional concursada pode engravidar, ou necessitar de uma licença, ou mudar-se, ou até morrer, não sendo possível garantir a permanência de pessoas e de situações. “O nosso existir é realmente cheio de incertezas, pois decorre num fluxo crivado de paradoxos e de riscos que nos dificultam ter segurança para agir” (FORGHIERI, 2002, p.52). Assim, a autora pontua que o ser-saudável existencialmente é capaz tanto de “se abrir as próprias possibilidades, como em aceitar e enfrentar os paradoxos e restrições da existência” (Idem, p.53), articulando-se entre as possibilidades apresentadas; diferente do ser-doente existencialmente, que tem a relação consigo e com o mundo restringida, onde as limitações não são reconhecidas pela própria pessoa.

Frente ao exposto, é compreensível que diante da saída das estagiárias, assim como de outros profissionais que, porventura, necessitem encerrar suas atividades na UBS, as entrevistadas demonstrem um receio frente à mudança. A incerteza de como será a nova configuração gera angústia. E essa angústia pode estar associada à própria corresponsabilização por sua saúde, que foi desenvolvida em relação-com aquele estagiário/profissional e que, com sua saída, pode se desfazer frente à sensação de desamparo; assim, cabe à usuária escolher, frente às possibilidades, o que fazer após essa mudança. O papel da psicologia, nesses casos, não é eliminar a angústia como se fosse algo patológico, mas sim sustentá-la e trabalhá-la durante os encontros, de modo que essas usuárias possam compartilhar o que vêm experienciando, com o intuito de que elas se mantenham abertas às possibilidades apresentadas: de permanecer, ou não, em atendimento após a saída das estagiárias de acordo com suas necessidades existenciais, do momento presente.

Ao falar em corresponsabilização do cuidado, lembro ainda que Vitória, que chegou à UBS após ser encaminhada pelo CAPS, viu na UBS a possibilidade de um cuidado não institucionalizado, o que ficou explícito quando me relatou:

Se eu não melhorasse, depois dali do CAPS era só no Centro Espírita, no sanatório ali, no Centro Espírita né? [...] Eu disse “não, pra lá eu não vou”. Aí a minha guria [filha] disse “então vamos dá um jeito de melhorar

*né mãe”. Ela me ajudou muito, no início foi ela que olhou pra mim.
(Vitória)*

Vitória, que chegou à UBS após passar por um episódio difícil em sua vida pessoal, o qual a levou até mesmo a cogitar por fim à sua própria existência, demonstra um receio acerca da possibilidade de internação no hospital psiquiátrico, algo que não pôde ser explorado devidamente no momento da entrevista. Mesmo sem saber sua experiência ou opinião sobre a possibilidade de internação, essa usuária claramente demonstra sua preferência pelo cuidado em liberdade, mantendo sua mobilidade, em sua residência e próxima à sua rede de apoio que, como exposto no relato, é sua filha. Ao optar pelos atendimentos na UBS, frente à possibilidade da internação, ela não se absteve da decisão de escolha diante do que foi apresentado como opção naquele momento, e optou pelo cuidado em território, que traz como uma das condições a necessidade dela corresponsabilizar-se por sua saúde, comparecendo às consultas na UBS, tanto da psicologia quanto dos outros núcleos de saberes, como também fazendo a gestão de sua medicação, por exemplo. O trecho acima exemplifica o que foi trabalhado no parágrafo anterior, demonstrando que o ser-saudável e o ser-doente existencialmente coexistem na mesma pessoa, e se mostram, dependendo da situação, da história, do momento atual da vida da pessoa, como ressalta Forghieri (2002) ao pensar os modos de existir, quando diz que o “ser-no-mundo é uma estrutura originária e sempre total, não podendo ser decomposta em elementos isolados. Entretanto, tal estrutura primordial pode ser visualizada e descrita em seus momentos constitutivos, mantendo sua unidade” (p.28). Portanto, é necessário entender o ser humano como um todo. Não a “usuária depressiva”, mas sim a usuária que está com depressão ou com sintomas depressivos, pois sua condição atual é apenas uma faceta de seu ser, além de ser transitória, como todo o nosso existir.

A corresponsabilização pelo cuidado com a saúde deve ser co-construída, não se efetivando em relações verticalizadas e impositivas, a partir de um saber entendido como único e superior, mas sim a partir de relações dialogadas e negociadas. A proposta do cuidado em território, que corresponsabiliza o usuário por seu tratamento, vai ao encontro do que propõe a Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216 (BRASIL, 2001). Essa lei defende a desinstitucionalização do sujeito, como também um conjunto de ações que o mantenha inserido na sua família e

comunidade, a partir do cuidado em território, da articulação de uma rede de apoio entre usuário, família e equipe multiprofissional na sua comunidade, com vistas à promover sua recuperação.

Eu já fiz exame agora há pouco tempo e a doutora disse que eu tenho que fazer daqui três meses de novo. Da tireóide e do açúcar, que deu um pouquinho alto. Tenho que cuidar da alimentação, até vou agendar pra nutricionista que eu já tô fazendo tratamento com ela. (Vitória)

No relato acima nota-se o envolvimento de Vitória com o cuidado da sua saúde física, que é ampliado à outras dimensões, como quando peço que ela fale sobre o que mudou desde que iniciou os atendimentos na UBS:

É, da revolta que eu tinha assim, a depressão que eu tava mesmo depois que eu perdi a [familiar], a ponto de me matar e tudo...tô bem melhor [...] com a ajuda de vocês né, melhorei muito, muito, muito mesmo. Sim agora eu tô procurando fazer a minha dieta direitinho, emagrecer mais. (Vitória)

Vitória chegou ao serviço de psicologia na UBS após ser encaminhada pelo CAPS, pois estava bastante deprimida, após o falecimento recente de um familiar. Ao longo das entrevistas iniciais, algumas questões de um passado distante ainda estavam atuais na memória de Vitória, se mostrando frente ao olhar investigativo da estagiária. Hoje Vitória participa do grupo de saúde mental há cerca de três meses, pouco tempo se comparado às outras entrevistadas, e também de outro grupo fora da UBS, onde faz atividades físicas e manuais, além de realizar consultas na UBS para acompanhamento multiprofissional. Me relatou que ainda não sente-se a vontade de compartilhar no grupo algumas experiências que havia me falado no período que a entrevistei, antes de adentrar no mesmo.

Os vínculos criados com a equipe multiprofissional da UBS, com o grupo de saúde mental, com seus filhos, com o grupo fora da UBS está cercando Vitória de novas possibilidades de existência. A Fenomenologia acredita que o ser humano é um ser de relação, um ser-com os outros. Vitória sai de seu isolamento, da vivência de um luto, para se relacionar com outras pessoas de sua comunidade, seja em grupos como o da UBS, ou aquele fora deste local, seja dividir seu pátio com novos vizinhos com quem conversa, e hoje, apesar de permanecer nos grupos devido à insistência de sua filha, reconhece uma mudança.

Eu hoje mesmo disse “ah, que vontade de ficar deitada”, aí era oito e meia, nove horas tem que levantar. Se é pra mim ir eu vou, se é pro meu bem, como diz a minha guria[filha]: “mãe é pro teu bem”. Eu vou porque tem que melhorar né. [...] E depois ela também, ela dá muito em cima, sabe, ela cobra assim se eu não venho, na ginástica tudo, ela acha que é bom pra mim. (Vitória)

A partir do exposto, e da fala de Vitória que menciona sua filha como sua rede de apoio, é preciso pensar alguns conceitos citados. A proposta do cuidado em liberdade, e de corresponsabilização do usuário por sua saúde, são conceitos que precisam ser pensados e materializados de forma cuidadosa, a partir do entendimento do ser humano como integral. Ao realizar atendimentos com pessoas que estão deprimidas, há uma linha tênue que se situa entre a invasão do profissional neste momento de fragilidade da pessoa, e o abandono da mesma, e é neste ‘entre’ que deve-se caminhar. O profissional precisa manter-se atento às suas práticas, para não desconsiderar o momento de vulnerabilidade do ser à sua frente, já que na sociedade ela já vivencia esse descaso. Ao não conseguir sustentar a angústia que se manifesta ali, o profissional, comumente, apela à racionalidade da pessoa, prescrevendo comportamentos que ela “precisa” exercer “se quiser” melhorar, a responsabilizando totalmente por sua condição, mas Forghieri (2002) já nos demonstra, do ponto de vista teórico, que o ser-no-mundo engloba outros modos de existir, além do racional. Apelar para a racionalidade de uma pessoa em sofrimento profundo, como durante uma depressão, é isolá-la ainda mais, confirmando a sua impotência frente à angústia percebida, pois a angústia nesse modo de existir preocupado “não tem um objeto definido em relação ao qual possamos nos envolver e agir, para superar. [...] seu único objeto é a própria ameaça cuja fonte é o ‘nada’” (FORGHIERI, 2002, p.37). É preciso manter-se no entre, ou seja, respeitar o tempo da pessoa sem abandoná-la, mantendo-se disposto a sustentar essa angústia sem querer “resolver”, procurando entender, com quem a vive, como vem experienciando as situações do seu cotidiano, sua história de vida, enfim, o que se mostra nesse espaço de escuta. Assim, é preciso retomar a fala de Vitória quando ela diz:

“Se é pra ir eu vou, se é pro meu bem, como diz a minha guria[filha]: “mãe é pro teu bem”.” (Vitória)

Quando ela, de forma insistente, retoma a figura de sua filha como a pessoa que a incentiva a permanecer nos grupos, é preciso entender que seu tratamento na UBS, e no grupo fora da UBS, não foi apenas pelo esforço individual de Vitória, nem apenas pela liberdade de não estar internada em um hospital psiquiátrico, mas consiste em parte de um cuidado que foi ofertado entre sua rede de apoio que é sua filha, os atendimentos na UBS com a medicina, a nutrição, a psicologia, como também ela própria. Sendo a psicologia este espaço onde a estagiária utiliza seu saber teórico para sustentar a angústia, o que difere muitas vezes de outros núcleos de saberes, e a UBS o local que cuida de Vitória de forma multiprofissional, com o apoio do familiar, neste caso, sua filha. Quando ela me relata a frase acima eu sinto que preciso questionar se quando ela pensa em ir no grupo ela pensa na filha, eis que ela responde:

É..digo eu vou...penso em mim, não, primeiro eu penso em mim. Tenho que ir né? Eu vou ir né? Porque se é pra mim melhorar né? E depois ela também, ela dá muito em cima, sabe, ela cobra assim se eu não venho, na ginástica tudo, ela acha que é bom pra mim.[...] depois eu fico analisando...aí eu continuo vindo, às vezes eu não quero vir mais, mas eu venho. Conversar com as gurias, ao menos é um grupo de amizade né, que a gente faz, se torna tudo amigo, amiga. (Vitória)

A partir do questionamento sobre o papel de sua filha no seu momento atual, Vitória se reposiciona durante sua fala, retomando o protagonismo no seu processo terapêutico, me questionando e se questionando, ao mesmo tempo, algo possível na investigação fenomenológica. Demonstra que, apesar de sua filha insistir que ela permaneça nos grupos aos quais frequenta, quem tem a última decisão de ir, ou não, é ela.

Se para Vitória a UBS foi o local onde o cuidado em território foi possibilitado, para Tânia, que frequenta a UBS há muitos anos, desde quando começou a apresentar uma série de sintomas após a morte de um familiar, a UBS é muito mais que um local onde se busca alívio de alguma enfermidade, para ela é um lugar no qual as pessoas a enxergam de outra forma.

Às vezes, como eu tava doente, que eu tinha muita crise de ansiedade, aí eu vinha pra cá...um dia desses eu me senti muito mal. Aí eu cheguei aqui e a doutora me atendeu...aí começou a marcar as consultas. Ela sempre dizia "Taninha, se precisar de alguma coisa que tá sentindo vem aqui, conversa aqui com a gente". Porque na verdade todos doutor me acolheram muito bem [...] Que é o que eu digo assim, como é que eu vou dizer? É que aqui não parece ser só um posto onde tu vai e tu consulta. É

uma extensão da gente aqui. [...] É uma visão diferente que eles [equipe] tem de mim [...] apesar das minhas diferenças me tratam como pessoa normal. Isso faz a gente ter vontade de melhorar. (Tânia)

Nesse momento eu questiono como é ser tratado como uma pessoa normal, eis que ela me responde:

As pessoas não ficam botando defeito na gente toda hora. (Tânia)

Tânia, ao longo da entrevista, ressalta como a equipe da UBS a enxerga de forma diferente das pessoas fora desse espaço, o que nos faz levantar a discussão do que é ser normal em nossa sociedade, e a partir de que parâmetro é medida essa normalidade. Para Canguilhem, “o normal não é um conceito estático ou pacífico, e sim um conceito dinâmico e polêmico” (2009, p.109), que ora pode significar uma média estatística, ora pode ser um conceito ligado à valores sociais desejáveis, situados num dado momento e local; o que é normal no presente pode tornar-se patológico se permanecer inalterado, em outro contexto. O autor ainda pontua que a pessoa normal é aquela normativa, ou seja, não é a que apenas se adapta ao meio e às suas exigências, mas que institui novas normas de vida possíveis. É possível refletir, ainda, que as normas que ditam comportamentos saudáveis e doentes, normais e patológicos se modificam, tal qual o contexto histórico, e a que vivemos hoje está intrinsecamente ligada ao sistema capitalista pois, a partir do século XIX, surgiram

[...] novos padrões de normalidade no âmbito da medicina geral e psiquiátrica, bem como no âmbito da sociologia e psicologia. Tratava-se de intervir sobre o indivíduo humano, seu corpo, sua mente, e não apenas sobre o ambiente físico. Buscava-se, com isso, normalizá-lo para a produção. Nessa perspectiva, o homem, tal como a máquina, poderia ser consertado e programado. Listar as possibilidades normais de rendimento do homem, as suas capacidades, bem como os parâmetros do funcionamento social normal passaram a ser tarefas da psiquiatria, psicologia e sociologia. (COELHO, ALMEIDA FILHO, 2003, p.105)

O que Tânia traz, ao longo da entrevista, é o conceito de normal referindo-se aos comportamentos ditos desejáveis pela sociedade capitalista, e que em determinado momento ela ouviu de outras pessoas, como níveis considerados normais de produtividade, do tempo necessário à realização de determinada tarefa, de adequação ao que é esperado dela pela sociedade, devido ao seu modo diferenciado de viver. Enfim, normas ditadas pelo capitalismo, que objetivam homogeneizar as subjetividades, excluindo as diferenças, e por conseguinte, as

peessoas que não se adequam a este modo de viver, deixando-as à margem. Ela ainda exemplifica a operacionalização do princípio do SUS, a equidade, quando diz que na UBS a equipe a trata como “pessoa normal”, que respeitam suas diferenças, ela fala de um modo de atendimento que entende que cada sujeito necessita de cuidados diferenciados, pois “cada homem será a medida de sua própria normalidade” (Goldstein, 1951, p.347 apud Augras, 1993, p.12). Transmutando o conceito de homem aqui para ser humano, podemos retomar Canguilhem (2009), o qual define a normatividade como a capacidade do ser de instaurar novas normas. Nas palavras de Tânia:

A gente carrega muitas coisas que os adultos diziam pra gente quando a gente é criança. Quando eu era criança era tudo assim “não atravessa a rua que tu é boca aberta! Não pega copo porque você é desastrada, vai quebrar. Fica quieta porque você fala alto, não fale! Você fala demais, cala a boca. Tá errado o que tu tá fazendo, tu não sabe amarrar um tênis direito...”. Então eu acho que, antes de fazer as coisas eu já ia com medo de fazer porque eu ia fazer errado, antes de falar eu já desistia porque eu ia falar errado e as pessoas iam me xingar. Entende? [...] Antes eu ficava muito excluída das coisas. Não sei se é porque sempre me excluíram das coisas...eu sempre fui muito excluída. Sempre foi “ah não pode brincar com os pequenos porque eles são muito pequenos e você é desastrada”, “isso é brincadeira pra criança pequena, não é pra você que é barbada velha”. Ou então era o contrário, diziam “não te mete que isso é assunto de adulto, não é de criança” (Tânia)

As falas que marcaram a infância de Tânia perpassam toda a entrevista, e algumas situações ela ainda vivencia hoje, principalmente no seu núcleo familiar. São memórias que ela usa como contraponto para evidenciar seu vínculo com a UBS. Quando questiono como sente-se ao ouvir, ainda hoje, algumas opiniões sobre seu modo de existir, ela relata:

Mal. Mas eu tô preferindo fazer de conta que eu não ouço. Prefiro fazer de conta que eu tô escutando só o que tem pra dizer de bom. [...] [Aqui] é uma visão diferente que eles tem de mim. Apesar deles saberem que eu continuo desastrada, continuo derrubando copo se eu não cuido, continuo derrubando os lápis no chão se eu não prestar atenção, continuo sendo muito lenta, mas apesar das minhas diferenças me tratam como pessoa normal. Isso faz a gente ter vontade de melhorar. [...] A doutora sempre conversava muito comigo, sempre dizia “Tânia, eu vou embora daqui e você pode consultar comigo em qualquer outro lugar, mas nunca abandona o vínculo da UBS, eu acho que aqui tu vai te sentir muito melhor”, e é verdade... É minha casa! (Tânia)

Em seu depoimento, Tânia ainda fala de suas conquistas e desempenho, que surpreenderam tanto a equipe quanto ela mesma. A entrevistada Lola, uma das primeiras integrantes do grupo, também traz na sua fala algo sobre um ideal do que é considerado normal e patológico:

Eu até podia chegar e conversar mas eu não me sentia a vontade de conversar. (silêncio) Porque sempre tinha aquela coisa assim de eu ir conversar com alguém “ah, mas tu tá louca! Ah, vai te tratar!” [...] tinha umas pessoas que me diziam “ah, mas tu é louca mesmo!”, “não vai conseguir isso, não vai conseguir aquilo, por causa das tuas loucura”. (Lola)

No caso de Lola, é perceptível que a “loucura” por ela descrita é bastante associada aos papéis de gênero destinados à mulher, à sobrecarga física e mental, à abdicação de suas necessidades, ao seu corpo, desde sempre disciplinado e normatizado. Quando ela diz que ouvia “ah, mas tu tá louca! Ah, vai te tratar!”, falas comumente ditas à mulheres que se posicionam, ela referia-se aos momentos nos quais ela procurava estabelecer um diálogo, opinar, até mesmo chorar, e nesses momentos defrontava-se com estas falas que, novamente, silenciavam sua dor, invalidavam seu sofrimento. Ela me relata que, antes da entrada no grupo, relacionava-se de um modo agressivo com as pessoas, que foi sua estratégia de enfrentamento frente aos anos de silenciamento, como é possível verificar nesta fala:

Bem seguido, quando eu tava no primeiro casamento era assim. Falavam as coisas pra mim e eu me encerrava no quarto e chorava...só chorava. Aí depois eu comecei a revidar. Me diziam uma coisa e eu já dizia duas, três, quatro, dez. Aí foi indo, foi indo, foi indo e eu comecei a me estressar mesmo, bem estressada, aí eu vim começar as consultas. Aí já quase ninguém conversava comigo, eu já não puxava assunto com ninguém. (Lola)

Hoje ela modificou o entendimento que tinha de si, como também do serviço de psiquiatria e psicologia da UBS:

Pelo menos assim ó com meu marido, com meus filhos, com a minha irmã eu converso. O meu filho mais novo mexe comigo, ele diz assim “ah, agora a minha mãe é uma nova mulher, agora ela conversa com nós” (risos) [...] dentro de casa, na rua, na conversa com as pessoas, ele diz que eu tô bem melhor, que eu tô conversando direito, que eu não tô atropelando ninguém. As minhas conversas eram assim: tava conversando muito bem contigo, daqui a pouco tu me dizia uma coisa e eu entendia errado, pronto, eu já começava a discutir. Agora se eu entender errado eu te pergunto de novo “não entendi direito o que tu me falou”, aí tu fala de novo e eu procuro a entender. [...] Eu digo pras pessoas também, que estão assim como eu tava, “procura o posto, fala

com as gurias, que as gurias conversam, a gente fala as coisa e elas entendem a gente...e faz bem”[...] “é Psicologia, é Psiquiatria, é uma ajuda pra gente”, agora eu entendo que é uma ajuda, que antes diziam “ah, tá indo no psiquiatra? vai lá pro médico dos louco”, “vai na psicóloga? vai pro médico dos louco”. E aí eu vi que não era. (Lola)

Lola muda de ideia frente à possibilidade de atendimento com profissionais da área de saúde mental, inclusive recomendando o serviço de psicologia da UBS à comunidade. Diferentemente de Lola e Vitória, Tânia fala dos profissionais da equipe, pelos quais foi atendida, enquanto pessoas que possibilitaram sua entrada e permanência na UBS, não relatando possível desfazimento de vínculos com o local após a saída destes profissionais, mas de como foi importante o acolhimento destes para que ela prosseguisse em seu PTS, mantendo o vínculo com a UBS, mesmo após a eventual saída de profissionais. Ao final da entrevista, Tânia faz uma profunda reflexão sobre como sente que o atendimento é realizado pela equipe da UBS:

É porque o posto tem um diferencial aqui né. Seja na área médica, clínica, na Psiquiatria, na Assistência Social...é o que eu sempre digo, aqui vocês enxergam o ser humano. Então vocês cuidam da parte social, da parte psicológica, vocês não olham pra gente como um simples paciente que tá doente como nos outros lugares, que é um paciente que eu vou receitar esse remédio aqui pra curar, mas só o físico né, porque o resto não se importam. Aqui não, aqui vocês...eu enxergo pelo menos desta forma, vocês se preocupam com o físico, com o material, com o mental. Acho que é a associação que falta nos outros lugares, muitas vezes. É essa parte humanizada né. [...] Vocês tratam a gente como um todo e não só como um pedaço do rim, do fígado, do coração, da cabeça, como nos outros lugares [...] É que na verdade eu acho que os médicos...a ciência já se deu conta que essa história de tratar a gente por especialidades não deu muito certo né? Eu acho que estão tentando resgatar. Acho que o posto de vocês é o exemplo do resgate daquela coisa humanizada médico de família, lá de mil novecentos e eu não era nascida, sabe? [...] ele tratava a família, ele era o médico do pai, da mãe, dos filhos, do filho daqueles filhos...e eu acho que essa é a diferença. (Tânia)

Esta profunda reflexão no depoimento de Tânia reflete todo o objetivo da Estratégia de Saúde da Família, operacionalizado na UBS como uma “estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica” (BRASIL, 2017). Através do cuidado em território, a UBS torna-se o local onde acontece o primeiro contato do usuário com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), a partir do acolhimento. Além disso, a estratégia de Saúde da Família favorece a UBS como um lugar potente de intervenções com vistas à promover saúde da população, se efetivando através de uma escuta qualificada, da clínica ampliada e do

acompanhamento contínuo (BRASIL, 2006a). Tânia relata a materialização do princípio da integralidade no SUS quando fala do cuidado ofertado de forma a entender o sujeito como biopsicossocial, compreendendo-o como um ser integral, e não como um órgão que funciona isolado, modo no qual se reflete nossa era da técnica, superespecializada, moldada à gosto e necessidade do sistema capitalista. Logo após, Tânia reitera, especificamente, sobre o serviço de Psicologia e Psiquiatria da UBS:

Principalmente as pessoas que trabalham na área humana, como vocês da Psicologia, Psiquiatria, a maior parte só vê o paciente, mas não o que tá na volta dele. E vocês não, vocês já tem a visão de ver o paciente e tudo que está em volta. [...] Porque nós não somos só um pedaço né...uma cabeça, nós somos um todo.[...] O doutor quando foi embora da Psiquiatria, ele falou pra mim que “você foi uma grande superação, pra todos nós do posto. Porque da forma que tu chegou aqui, quem te acompanhou sabe que tu melhorou bastante. Tu saiu de um momento que era só tu e os teus sentimentos dentro de você, tu saiu pra um todo, pra uma vida...na sociedade” ele disse [...] Ele disse “pode ter certeza que nós estando aqui no posto, ou não estando aqui no posto, cada um é um novo amigo seu, e tu pode contar com a gente Tânia”, e eu disse “tá bom”. (Tânia)

O depoimento de Tânia faz um contraponto às falas de Vitória e Lola sobre a saída de profissionais após a criação de vínculo, e exemplifica a potencialidade da impermanência no curso da vida. Ela fala de profissionais que atenderam a longo prazo e ficaram marcados em sua memória, como médicos e psiquiatras que já não atuam mais na UBS, assim como as estagiárias da psicologia que permanecem durante um ano, semanalmente no grupo, o que gerou um cuidado de longo prazo, se considerarmos a potencialidade dos encontros. O lado positivo da impermanência da qual tratamos aqui, é aquela a partir da atuação do profissional que consegue intervir tempo suficiente de forma a estabelecer o vínculo com o usuário, possibilitando que cada encontro possa ser transformador. No entanto, se a UBS fosse composta somente por estagiários, sem a equipe fixa que conhece a comunidade e aquele usuário a longo prazo, sua atuação não seria tão capaz, e perderia-se o propósito da Equipe de Saúde da Família, tal qual foi concebida. A singularidade dessa UBS se dá pela forma mista de atuação. O usuário reconta sua história aos estagiários, que oxigenam o serviço, mas sabe que há profissionais de referência no local que o conhece, que sabem onde e com quem ele reside, muitas vezes possibilitado pela agente comunitária de saúde que, estrategicamente, reside na área.

Esse modo de cuidado, complementado pelo depoimento de Tânia, é entendido pela Fenomenologia como um seguimento da necessidade ontológica do ser humano de estar em relação, de buscar no olhar do outro a confirmação de sua existência, de coexistir nos espaços, também confirmado pelo psiquiatra, segundo ela, que falou de quando Tânia saiu “de um momento que era só tu e os teus sentimentos dentro de você, tu saiu pra um todo, pra uma vida...na sociedade”. A partir do cuidado da equipe, incluindo o serviço de Psicologia, Tânia sente-se amparada, convidada a falar, podendo acessar suas experiências e refletir sobre sua existência, percebendo outras possibilidades de vida neste processo, como relata a seguir:

Hoje eu tô melhor, eu faço mais amizade, eu me comunico com todos. Na verdade, eu sou mais sociável agora. Antes eu ficava muito excluída das coisas. Não sei se é porque sempre me excluíram das coisas...eu sempre fui muito excluída. Hoje eu consigo falar o que eu penso na sala de aula, coisa que antigamente eu não fazia, eu não tinha amigos. Vou dizer uma coisa muito séria, eu fiz mais amigos em um mês de aula do que em todos anos de escola. Na minha turma todo mundo quer fazer trabalho comigo, todo mundo...quando o professor fala a palavra trabalho todo mundo: “Tânia, vem pra cá!”[...] Se tá todo mundo se indo, eu sou lenta, mas ninguém briga comigo porque eu sou lenta e sou a última a sair. Todo mundo diz “tô te esperando”. (Tânia)

O processo terapêutico consiste, também, na transposição da forma de se relacionar e dialogar no espaço terapêutico para outros espaços, fora da UBS, o que é possível perceber no relato Tânia acerca de como suas relações no espaço escolar se modificaram. Além do grupo de saúde mental, Tânia participa de outro grupo fora da UBS onde realiza trabalhos manuais, também está prosseguindo os estudos, e continua a ser atendida pela equipe multiprofissional na UBS, onde seu tempo é respeitado pela equipe. Neste local, assegura-se um espaço no qual as suas falas, opiniões, queixas e posicionamentos podem se manifestar e são validados como seu modo de ser-no-mundo, que é único, não por seu suposto diagnóstico, mas porque cada ser humano é singular. Liziane, outra integrante, chegou na UBS vivendo um luto, isolando-se dos demais e hoje, após dois anos no grupo, fala dos bailes que frequenta com as amigas - outro espaço de convivência.

Nessa [semana] nós já fomos terça e ontem a gente foi de novo. E é bom! Ontem mesmo se eu parei duas [músicas] foi muito. A gente dança a tarde inteira. É muito bom! E aí não deixa a depressão pegar. (Liziane)

No grupo, foi possível sustentar assuntos como a perda, ao lado de outras pessoas que também experienciaram o mesmo sentimento, sem que as estagiárias prescrevessem comportamentos, mas sim escutando, devolvendo para o grupo, mantendo o local acolhedor às angústias das integrantes. Possibilitou visualizar outras formas de viver, na medida em que compartilharam suas experiências, ao articular ações em território, ampliando as formas de se relacionar com familiares e comunidade.

“Troca de Ouvidos”: O Grupo de Saúde Mental na UBS

O próprio espaço grupal foi uma das unidades de sentido que emergiu da análise dos depoimentos das entrevistadas. O método fenomenológico de pesquisa, utilizado durante a entrevista, possibilitou que as mesmas pudessem transitar entre suas experiências passadas e seu momento presente, refletindo sobre o caminho percorrido dentro do serviço de psicologia na UBS. Este incluiu principalmente as atividades em grupo, juntamente com as outras integrantes do mesmo.

O Grupo terapêutico de saúde mental se constituiu na UBS em junho de 2017, a partir de entrevistas iniciais realizadas anteriormente, pelas estagiárias da psicologia, como condição de entrada das usuárias neste espaço. As atividades iniciaram-se de forma tímida, com duas facilitadoras e três usuárias. Hoje, o grupo conta com oito usuárias, algumas delas permanecem desde a fundação do grupo, inclusive auxiliando na criação coletiva do nome do mesmo. Os encontros grupais são espacialmente pensados para proporcionarem diálogos da forma mais horizontal possível. Assim, mesmo a sala da UBS sendo relativamente pequena, as cadeiras são dispostas em roda, fazendo com que todas possam olhar diretamente umas às outras, sentindo-se convidadas a compartilhar experiências.

Seminotti (2016) define grupo a partir do Pensamento Complexo de Edgar Morin, contrapondo teorias tradicionais, pensando o grupo na contemporaneidade enquanto um sistema complexo, que se organiza através das intersubjetividades. Nesta teoria, a organização e desorganização das ideias e da própria vida ocorre no grupo de forma simultânea e sucessiva, onde o facilitador está com sua subjetividade e conhecimento inseridos no processo, transformando o grupo e se

transformando nele. Assim, o autor argumenta que, em vista de promover saúde, o grupo, em um contexto de saúde coletiva, atua através de uma horizontalidade de saberes, no qual os conhecimentos acadêmicos e dos seus membros são colocado em diálogo. Deste modo, os saberes do usuário ganham protagonismo no processo, a partir da facilitação que garanta a conversação legítima entre todos, configurando o grupo como um espaço de promoção de saúde, na medida que articula sujeito e coletivo através da coexperiência e cocriação.

O grupo enquanto sistema complexo conversa, teoricamente, com a Psicologia Existencial Fenomenológica . A relativização dos saberes acadêmicos em prol do protagonismo do usuário no processo terapêutico se assemelha à redução fenomenológica necessária para que se possa vivenciar com a pessoa o acesso às suas experiências. A potencialidade dos encontros se dá através do compartilhamento destas experiências, sendo os saberes técnicos e acadêmicos base para atuação das facilitadoras, no entanto, a presença e o testemunho são fatores muito mais potentes, que convidam à reflexão.

Para a Fenomenologia, o ser humano se dá na relação, ele é um ser necessariamente em coexistência, que percebe o mundo e o significa. Sendo assim, outro ponto em comum na compreensão dos grupos é o entendimento de que os processos são relacionais, a partir das intersubjetividades que são produzidas naquele espaço de escuta. O processo terapêutico se dá no espaço fértil do entre, na intersubjetividade.

O grupo terapêutico é o local que pressupõe o compartilhamento de experiências que, para a psicologia existencial fenomenológica, é possibilitado pelo movimento de acesso ao vivido. Segundo AmatuZZi (1989), tal acesso traz a possibilidade da fala autêntica, do pensamento se fazendo no ato de falar. Para este autor, “ao falar sempre falo algo. Mas também falo a alguém, com uma intenção, e o defino nesse ato em relação a mim. E ainda, ao falar eu me falo” (1989, p.19), esse movimento acontece através de uma conversação genuína, da possibilidade de entrar em contato com a existência do outro, viabilizada entre as pessoas que dialogam, através do encontro de subjetividades. Tânia, que questionava seu potencial de realização quando chegou ao serviço de psicologia na UBS, me relata:

Acho que foi muito bom porque eu falava muito pouco. E aqui eu desenvolvi mais a fala. Porque eu quase não falava. Eu não sei explicar o porquê mas eu quase não falava. [...] [falo sobre] tudo que acontece, que já aconteceu. Antes eu não conseguia falar [...] Não sei se tu lembra quando eu comecei a psicóloga individual que eu respondia basicamente só o que ela perguntava [...] [agora] eu consigo expor o que eu tô sentindo, o que eu tô pensando, e antes não. (Tânia)

A fala de Tânia exemplifica o parágrafo anterior quando discorre sobre como é estar em atendimento com o serviço de psicologia na UBS. A possibilidade de desenvolvimento de sua fala sobre os acontecimentos passados e presentes, sobre seus sentimentos e pensamentos, apontam para o processo terapêutico de resgate da fala autêntica.

Irvin Yalom (2006) discorre sobre a experiência terapêutica no contexto grupal, e formula um inventário onde divide essa experiência em 11 fatores primários, todos interdependentes. São eles: a *instilação de esperança*, a *universalidade*, o *compartilhamento de informações*, o *altruísmo*, a *recapitulação corretiva do grupo familiar primário*, o *desenvolvimento de técnicas de socialização*, o *comportamento imitativo*, a *aprendizagem interpessoal*, a *coesão grupal*, a *catarse* e os *fatores existenciais*.

O autor traz exemplos dos 11 fatores terapêuticos dos grupos de terapia e, em sua maioria, cita grupos heterogêneos, ou seja, pessoas com diferentes diagnósticos e modos de existir, que buscam a psicoterapia por motivos diferentes umas das outras. Diferente do grupo desta pesquisa que, apesar de se configurar aberto, com a possibilidade de ser heterogêneo, sem a condição de entrada a partir de diagnósticos, acabou caracterizando-se enquanto um grupo de mulheres cuidadoras, com modos de existir parecidos, ainda que singulares. Cabe retomar, que este grupo é terapêutico, não um grupo de terapia propriamente dito, ou seja, o modo de operacionalização do grupo é distinto. No grupo de psicoterapia, há uma investigação sistemática do vivido e *feedbacks* diretos dos outros participantes sobre o modo de viver da pessoa que se manifesta. Diferente do modo de atuação no grupo terapêutico, onde as facilitadoras não investigam as vivências das integrantes individualmente, na profundidade que acontece nos atendimentos individuais. O grupo se propõe como um espaço de compartilhamento de experiências, de escuta e de sigilo, então elas dividem suas experiências na medida que sentem-se à vontade em contribuir, e as facilitadoras trabalham a partir do que aparece no grupo. Isto posto, alguns dos 11 fatores não

são explicitamente evidenciados no grupo de saúde mental, apesar de entendermos que eles estão atuando neste espaço. A seguir, associarei estes fatores com as falas das entrevistadas sobre sua experiência no grupo, assim como a minha percepção enquanto ex-facilitadora, e atual pesquisadora, a partir do diário de campo e da análise dos depoimentos.

O primeiro fator que chama atenção é a *coesão grupal*. Assim como na psicoterapia individual, onde o vínculo entre usuário e psicólogo precisa ser construído com vias de possibilitar o processo terapêutico, no espaço grupal não é diferente. Segundo Yalom (2006), no grupo, esse vínculo é chamado de *coesão grupal*, sendo pré condição para o desenrolar dos outros fatores terapêuticos. A *coesão* é caracterizada pelo autor como “o resultado de todas as forças que agem sobre todos os membros, de maneira que permaneçam no grupo” (YALOM, 2006, p. 62). Em um grupo coeso os membros sentem que são valorizados, aceitos, amparados uns pelos outros. Vários depoimentos demonstram que a coesão foi fundamental no processo terapêutico das entrevistadas, entrelaçado com outros fatores.

Tá bom assim, a convivência de estar com as pessoas também ali junto né, ouvindo elas conversar. Eu falo, elas falam mais que eu na real, mas tá bom, tá muito bom. Melhorei muito, muito, muito. (Vitória)

Vitória explicita em sua fala, que a convivência com as outras integrantes é um fator que contribuiu em sua melhora, em seu processo terapêutico. Yalom (2006) discorre sobre a tarefa do facilitador de ajudar o grupo a se tornar coeso, o que muitas vezes é um obstáculo, principalmente em grupos heterogêneos. No grupo da UBS, essa coesão se deu sem maiores dificuldades e, a partir do compartilhamento de experiências, ficou evidente uma identificação muito grande entre as integrantes, o que acabou unindo estas mulheres em torno de experiências em comum de sofrimento, silenciamento, perdas, culpa e dores da infância. Algumas delas chegaram a falar, durante os encontros, que aquela era a primeira vez que falavam sobre aquilo com alguém, demonstrando como nesse espaço é possível criar laços fortes o suficientes para sustentar a angústia, e até compartilhar a maior dor que a pessoa já viveu.

Cabe retomar a fala de Lola para exemplificar o fator *coesão*, quando ela explica como é estar em atendimento com a Psicologia na UBS:

Muita coisa que eu não, não conseguia conversar sabe? No começo assim, não sei se tu te lembra, quando eu queria falar sobre [familiar falecido] já me privavam de eu começar a falar [em casa] porque eu já começava a chorar (Lola)

No depoimento de Lola, é possível perceber como o grupo lhe possibilitou o espaço de escuta, pois houve o acolhimento de sua fala e o amparo ao seu sofrimento: um cuidado possibilitado entre essas mulheres. Tânia também relata esse amparo e o respeito mútuo no grupo quando diz:

Eu sei que se eu falar alguma coisa, concordando ou não concordando, elas [integrantes do grupo] não vão gritar comigo, elas não vão brigar comigo. Cada uma vai expôr o que pensa, e cada uma vai colher aquilo que mais se assemelha a pessoa dela, né. (Tânia)

Também há de se ressaltar uma similaridade de histórias de vida no grupo, composto por mulheres que cuidam dos outros, facilitado por mulheres que, de uma forma diferente, também estão ofertando um cuidado neste espaço. Lembremo-nos de um episódio, que aconteceu ao final de um encontro do grupo. Lola, ao despedir-se, chegou a falar que nós, facilitadoras, éramos suas mães, mães das integrantes do grupo, sendo que somos cerca de trinta anos mais jovens que a maioria delas. Fica nítido como o fato de ofertar um cuidado é relacionado à maternidade pelas integrantes. Durante a entrevista Lola, ao falar da troca das estagiárias, relata:

É que a gente aprendeu, tipo assim, saiu das fraldas com vocês...nos momentos mais difíceis a gente estava com vocês..aí as gurias [facilitadoras atuais], entraram no mesmo processo que vocês. Elas tão nos tirando mais ainda das fraldas (Lola)

Nesta fala, Lola complementa o episódio o qual relatei anteriormente, fazendo uma relação de cuidado de uma mãe com seu bebê. Ela complementa sua visão das facilitadoras e do grupo:

[As pessoas] diziam assim às vezes “ah, o assunto de vocês é trocar remédio” e eu digo “não, não é trocar remédio, são trocar de ouvidos”[...] É uma troca de ouvidos, não de remédios. Que ela me escuta e eu escuto ela. (Lola)

Nesta fala de Lola ela traz a relação com as facilitadoras e com o grupo como um “trocar de ouvidos”, um cuidado a partir da escuta, trecho o qual achei apropriado para nomear este capítulo. Nas falas de Lola fica nítido o aspecto do cuidado e da maternidade que se reflete no grupo, composto por mulheres que cuidam e, em sua grande maioria, são mães. E para entender a importância destes espaços comunitários que promovem encontros de mulheres, é importante salientar como o sistema capitalista e patriarcal opera sistematicamente através do isolamento e domesticidade das mesmas. Um dos papéis de gênero esperados da mulher é a maternidade e, dentro desta expectativa, são viabilizadas desde a infância, para as meninas, brincadeiras específicas. São incentivadas a “brincar de casinha”, cuidar das bonecas e, quando necessário, cuidar dos irmãos, da manutenção da casa, limpar e cozinhar, principalmente na ausência das mães que trabalham fora, ou em seu auxílio. Diferentemente dos meninos que, desde sempre, são ensinados a jogar futebol, brincar de lutar, promover brincadeiras em grupo, sem falar na desresponsabilização pelo cuidado da casa, pois isso é considerado “coisa de menina”. Todas essas brincadeiras e tarefas destinadas às mulheres promovem o isolamento, a tarefa de cuidar se torna sinônimo de estar sozinha. Assim, a mulher é ensinada desde muito cedo qual o seu lugar, em casa, sozinha, cuidando dos filhos e das tarefas domésticas. Além disso, a ideia de que é inato uma mulher querer cuidar e ser uma “heroína”, dando conta de tudo, é tão difundida que, muitas delas, realizam tarefas sistematicamente sem pedir nenhum tipo de ajuda. Isso acaba sendo um fator de sofrimento em um mundo onde a mulher está cada vez mais inserida no mercado de trabalho e precisando “dar conta” de mais tarefas (OMS, 2001). Como as mulheres do grupo, em sua maioria, são aposentadas ou donas de casa, não abordarei a fundo o fator “trabalhar fora” nesta pesquisa. Mas é importante salientar como é cômodo ao sistema capitalista e patriarcal que a mulher realize a tarefa de cuidado, sem ganhar nada em troca, e que tome para si essa função como nobre, desresponsabilizando o Estado deste gasto.

Isto exposto, o grupo de saúde mental na UBS é uma força contrária ao isolamento proposto pela era da técnica e pelo capitalismo, pois viabiliza a retomada de relações com o outro, a reconexão entre mulheres que isolaram-se nas tarefas destinadas a elas e que foram ensinadas a esquecer de cuidar de si.

Consiste em um espaço que se tornou coeso a partir da percepção de que elas não estavam sozinhas. A partir do fator *coesão grupal*, as integrantes sentem-se amparadas, aceitas, valorizadas e dispostas a ouvir as outras e aceitá-las também. Trata-se de um fator que se auto-alimenta e que aumenta a autoestima das integrantes, sendo a autoestima elevada um fator determinante para a permanência no grupo. Quanto maior a coesão sentida no grupo, maior a possibilidade de mudança que, segundo Yalom (2006) está ligada à “participação ativa, auto-revelação, autoexploração, expressão emocional, ausência de posturas defensivas, liderança, interesse nos outros e apoio do grupo” (p.72). Tanto que duas das entrevistadas, as que mais falaram sobre sua mudança, estão no grupo desde seu início, permanecendo mesmo na troca de estagiárias, demonstrando como a coesão foi sentida e vivida. Vitória, que chegou na UBS encaminhada pelo CAPS, foi a única entrevistada que me relatou ainda não se sentir à vontade para compartilhar suas experiências no grupo quando lhe questionei como foi a primeira consulta com a psicologia:

Ah, eu gostei, foi bom. Porque ali, assim, sendo individual parece que a gente se abre mais né? E no grupo tem muitas coisas que eu não gosto de falar. No individual eu contei de quando eu tive o meu esposo, te lembra? A minha separação, meus filhos, tudo isso. Aí no grupo eu não sou muito de contar essas coisas mais particulares [...] Até pode, fica só entre nós né, mas eu não consigo me abrir (Vitória)

Pelo tempo de permanência de Vitória no grupo, é perceptível que ela está vivendo a coesão de uma forma diferente das outras integrantes, pois está em processo de criação de vínculos e ainda não se sente confortável o suficiente para compartilhar suas experiências. Seja pela natureza das mesmas, que pode diferir do que geralmente é trabalhado no grupo, seja porque está neste espaço somente há três meses, pouco tempo, se comparado às outras entrevistadas.

Lola relata o seu processo de experimentação do grupo até entendê-lo como confiável:

Eu fiquei muito assim de “será que vão mesmo ficar com assunto aqui dentro?”, fiquei meio desconfiada. Então aí eu escutava um pouco mais os outros, de vez em quando eu falava alguma coisa. Mas era assim, primeiro eu analisei como é que tava as outras no grupo, se elas iam comentar fora ou não, aí depois eu vi que não iam comentar e eu comecei a falar algumas partes também. (Lola)

Lola precisou de um tempo até sentir as integrantes e o espaço do grupo como confiáveis, o que é compreensível se lembrarmos que o mesmo é composto pela população atendida pela UBS, residindo na mesma área, com exceção de poucas pessoas atendidas fora do território adscrito.

Outro fator importante é a *instilação de esperança* que é um dos fatores cruciais no processo terapêutico, e pode estimular a permanência enquanto a coesão não acontece. A confiança que move a usuária na busca pelo atendimento psicológico se mostra de forma singular no formato de grupo. A usuária inicia o processo motivada pela crença de que vai sentir-se melhor nesse espaço, e se modifica a cada encontro a partir das falas e experiências semelhantes compartilhadas pelas integrantes. Estas a inspiram à medida que percebem como aquela mulher que hoje se encontra de tal forma, outrora já esteve pior, o que acontece em formatos terapêuticos grupais.

A *Universalidade* é outro fator, que acontece quando uma integrante vê a outra com um problema semelhante ao seu, o que traz alívio de que ela não é a única a experienciar tal situação. Tânia exemplifica o fator da *universalidade* quando relata como o grupo fez parte do seu processo terapêutico:

Acho que a experiência de cada uma das meninas [...] observando o que as colegas falavam. Porque eu acredito que toda experiência é válida. E que a experiência dos outros também faz parte da experiência da gente. Porque a gente sempre carrega um pouquinho de todos que a gente convive. (Tânia)

Como disse anteriormente, os fatores são interdependentes, em maior ou menor grau. Nas falas seguintes, a *universalidade* e a *instilação de esperança* aparecem relacionadas. Ao questionar Liziane sobre como o grupo contribuiu, dentro de sua história, ela responde:

Olha, nem sei te dizer...é que uma fala uma coisa, outra fala outra, cada uma fala dos seus problemas e...e eu acho bom isso aí. (Liziane)

O fato de as integrantes falarem sobre as suas questões foi um fator terapêutico para Liziane. No relato de Lola ficou mais explícito o fator da *universalidade*.

O grupo me ajudou bastante por que a gente vê o problema das outras...e aí eu concordo com o que eu sinto e o que elas têm. Aí eu vejo que tem mais gente também que tem problemas pior que eu, e estão tentando se ajudar, e que eu também tenho que me ajudar,

porque...como é que as outras estão se ajudando e eu não vou querer me ajudar? (Lola)

Lola identifica em si sentimentos e vivências, através do compartilhamento de experiências das outras integrantes no grupo, percebendo situações semelhantes a partir destes relatos. É possível perceber que, a partir do entendimento de que suas questões eram semelhantes, elas se inspiraram umas nas outras, vislumbrando a possibilidade de mudança. Lola relata, mais amplamente, a influência de outra integrante em seu processo terapêutico:

Aí eu fui pra casa o dia que a outra falou que fazia anos que o filho não estava [...] e fiquei pensando “ela é forte, porque ela consegue se manter assim...inteira”, como a gente diz né. E longe do filho todo esse tempo, ela tenta ser feliz né, então eu também posso. [...] Aí às vezes eu vejo que, a outra mesmo que tava só chorava quando tava no grupo, e falava na [familiar] dela ela só chorava, aí eu [...] pô ela faz pouco tempo né, e eu faz tantos anos... [...] Claro a gente não deixa de sentir né, às vezes eu choro ainda em casa, mas não é como era antes. [...] Aí eu comecei a fazer as minhas oração, os meus estudos do Alan Kardec, comecei a botar na cabeça nessas outras coisas. (Lola)

No trecho acima, Lola traz um outro fator associado, além da *universalidade* e *instilação de esperança*: o *comportamento imitativo*, que acontece quando uma pessoa do grupo de certa forma “imita” o caminho que outra pessoa percorreu, o que acontece principalmente em grupos com modos de existir semelhantes como este. A partir deste fator, Lola observou as ações da outra integrante frente ao problema semelhante e se inspirou nela. Ela não chega a explicitar o caminho que a outra integrante fez, mas essa pessoa, da qual Lola fala, também é da religião espírita. Os estudos de Alan Kardec em sua fala, podem se referir ao caminho percorrido pela outra usuária, caracterizando um comportamento imitativo de Lola. É um fator que indica uma aprendizagem ativa, pois ao perceber a atitude da outra integrante, Lola compreendeu que aquele caminho fazia sentido para ela, escolhendo percorrê-lo também.

O fator de *Compartilhamento de informações* refere-se à Psicoeducação, papel do facilitador do grupo, mas também se refere ao processo de aconselhamento feito entre as integrantes. Poucas foram as vezes em que as facilitadoras fizeram uma psicoeducação, como técnicas de respiração, falar sobre o luto, ou mesmo partir de algum dispositivo disparador, como vídeos. Na maioria dos encontros, as falas foram instigadas a serem vivenciais, por entender que a

fala intelectualizada e racionalizada não acessa a dimensão existencial dos seres. Em geral, o grupo realiza o aconselhamento através do relato de suas experiências semelhantes, sendo poucas as vezes em que foram realizadas sugestões diretas do que a outra integrante deveria fazer em determinada situação.

O *Altruísmo* é outro fator essencial, que se baseia no entendimento de que as pessoas contribuem no processo umas das outras. Muitas usuárias entram no processo terapêutico desmoralizadas, com baixa autoestima, acreditando que nada tem a contribuir no grupo e, na medida que sua experiência pode ser ouvida por aquelas que necessitam ouvir, ela sente que pode contribuir. Além disso, há o entendimento que há alternância nos papéis, ora ela dá ajuda, ora ela recebe ajuda, sendo um aprendizado valioso para além do espaço de grupo terapêutico. Principalmente às usuárias integrantes deste grupo, que tem nas suas falas a dedicação ao outro e abdicação de si como um pano de fundo que perpassa vários temas, e acreditavam, inicialmente, que pedir ajuda é um sinal de fraqueza. No capítulo anterior, Lola exemplifica o fator *altruísmo* fora do espaço terapêutico, quando divulga o serviço de psicologia para a comunidade, como forma de ajudar quem ela percebe que necessite, a trilhar o caminho que ela percorreu em busca de sentir-se melhor, esclarecendo o modo de funcionamento do serviço de psicologia e psiquiatria.

[...] Aí como eu me senti bem com vocês eu procurei animar ela [outra integrante], ajudar ela também, agora ela faz parte do grupo [...] Ah, eu comecei assim, quando a gente tava conversando com os outros e ela ficava só parada assim, olhando pra baixo, aí a gente falava num assunto e eu chegava e dizia pra ela "né Cecília⁸? O que que tu acha?" pegava ela de surpresa, aí ela começava a falar. Mas ela falava só comigo. Ela foi duas vezes na minha casa de tarde, aí eu convidei ela pra nós tomar um café, que ela se sentia sozinha...e eu também passei por isso e não tinha ninguém pra conversar. O que fizeram de bom pra mim eu gosto de fazer pros outros. (Lola)

Além do fator *altruísmo*, citado anteriormente, o fato de Lola convidar outra integrante para o diálogo, de forma a incluí-la, pode demonstrar um outro fator chamado *técnicas de socialização*. Mas a partir do modo de operacionalização do grupo, entendo se caracterizar enquanto o fator de *aprendizagem interpessoal*. Yalom (2006) traz a *técnica de socialização* como um método que visa o

⁸ Todos os nomes utilizados nesta pesquisa são fictícios, e alguns detalhes foram omitidos com o objetivo de preservar a identidade das pessoas envolvidas.

desenvolvimento de habilidades sociais. Ele explicita que, em alguns grupos, o desenvolvimento de técnicas de socialização são o principal foco, como em grupos de adolescente, mas que muitas vezes ela acontece de forma indireta em outros grupos, e a associa ao fator de aprendizagem interpessoal neste caso, por ser mais amplo. O grupo terapêutico desta pesquisa não é um grupo que se operacionaliza através de técnicas. Neste espaço, prioriza-se a relação, o protagonismo das integrantes a partir dos relatos de suas experiências.

Sendo assim, o relato de Lola pode ser melhor caracterizado pelo fator *aprendizagem interpessoal*, que acontece quando há a transposição da forma de relacionar-se no grupo para outros espaços e é algo fundamental de todo processo terapêutico, não sendo exclusivo de espaços grupais. Este fator é baseado no entendimento de que o ser humano é relacional, um ser em coexistência, que necessita de interação, de fazer parte e ser notado. As pessoas que buscam terapia trazem uma queixa inicial mas, a partir de uma investigação mais detalhada, essas queixas desdobram-se, muitas vezes, em distorções da percepção sobre si ou sobre os outros, que afetam as relações interpessoais através de uma rigidez dessa percepção, de um extremismo e da sensação de que não há possibilidade de mudança (YALOM, 2006). Assim, o autor traz algumas condições para que essa transposição se projete para outros espaços, além do grupo, para que a pessoa possa ampliar seu repertório de possibilidades de relações.

Para Yalom (2006), deve haver o *feedback* dos outros integrantes do grupo sobre a forma com a qual aquele integrante vem vivenciando suas relações, para que ele consiga visualizar seus padrões ao se relacionar, e entender sua parcela de responsabilidade nesta. Este *feedback* será aceito mais facilmente se o grupo já estiver coeso, se já houver confiança suficiente para tal compartilhamento. Como já dito anteriormente, o autor desenvolve os fatores com base em grupos de terapia, o que difere em alguns pontos da forma de intervenção no grupo de saúde mental na UBS. Apesar dos fatores operarem no grupo da UBS, alguns deles não ficam nítidos, tal qual relata o autor. Ao compartilhar experiências, as reações são muito mais de identificação e empatia com o que é colocado, bem como de acolhimento, pois faz parte do perfil do grupo o “cuidar” do outro. Muito raramente há o confronto com ideias colocadas. No entanto, no início da constituição do grupo, quando ainda não havia uma integração maior entre as usuárias (uma

coesão grupal), uma das integrantes proferiu falas homofóbicas e racistas, em tom agressivo, e todas as outras três integrantes expuseram sua opinião contrária. Nessa época, recém havíamos iniciado o grupo, e também o estágio enquanto facilitadoras, então ficamos sem reação, perdendo a oportunidade de intervir. Depois disso, ela não apareceu mais. Provavelmente, se sentiu rejeitada pelo grupo, que ainda não estava coeso para tal *feedback*. Lola e Tânia resgatam esse episódio nas entrevistas para esta pesquisa:

Não sei se tu te lembra da dona Mara, aquela época eu ainda tava assim meio que, sabe? Falavam eu já saía espalhando o veneno, como diz os meus filhos. Mas agora eu já sou tranquila. [...] Aí eu tento falar, mas não do jeito que eu falei com a dona Mara, que aí depois que eu me dei de conta né. Ela até outra vez tava aí na frente, a gente encontrou ela aqui, mas é assim ó, se eu digo alguma coisa que depois eu me dou de conta que eu te magoei ou né... aí passa o tempo que eu consigo refletir, agora eu já tô segurando antes, já não tô magoando as pessoas. Mas aí eu refleti o que eu tinha dito, aí eu tentava conversar com a pessoa [...] Aí ela foi e disse assim pra mim: "ah não nada, isso aí já passou". Não deu bola. (Lola)

Ao longo da entrevista, Lola ressalta o quanto mudou sua forma de relacionar-se com as outras pessoas, pois antes de buscar o serviço de psicologia, não dialogava e havia criado uma estratégia de relacionar-se de forma agressiva, para dar conta dos anos que sofrera um silenciamento. No grupo, experienciou um novo modo de relacionar-se, a partir de um espaço que lhe proporcionou escuta e diálogo quando necessitou. A discussão no grupo com a dona Mara foi retomada em vários encontros por Lola, que depois de alguns dias da discussão, ficou ressentida com sua própria reação, argumentando que por sua culpa dona Mara não voltou, e então foi conversar com ela no dia que a encontrou na UBS. Além da reflexão sobre o seu modo de se relacionar com as pessoas, percebo que Lola trazia novamente a culpa por algo que aconteceu. Como relatei na introdução da pesquisa, a culpa comumente perpassava os temas levantados nos encontros grupais, principalmente se fosse a partir da defesa de alguma opinião ou de priorizar o bem estar pessoal. Contudo, a partir da saída da integrante Mara, e do movimento de reflexão de Lola, ela obteve um *insight* sobre seu modo de se relacionar e então houve uma transformação, tanto que, sem ser questionada sobre esse episódio em específico, ela o trouxe justamente para falar de sua mudança de atitude, caracterizando o fator da *aprendizagem interpessoal*.

Tânia, que ao adentrar o grupo questionava muito seu potencial, tinha receio de magoar as pessoas, falar algo errado, demonstrando uma baixa autoestima, traz a mesma situação para exemplificar sua reação quando discorda de algo que foi dito no grupo:

Uma senhora que nem veio mais. Ela era muito preconceituosa [...] Eu falei pra ela que ela não poderia ser assim porque às vezes ofende as pessoas sem saber né.[...] aí eu me calei porque eu vi que não valia a pena. Embora eu ficasse muito aborrecida com as coisas que ela falou, procurei ignorar, pra não entrar em atrito e não me angustiar. [...] E as gurias [atuais integrantes do grupo] são mais...aceitam mais assim né, então eu sei que se eu falar alguma coisa, concordando ou não concordando, elas não vão gritar comigo, elas não vão brigar comigo. Cada uma vai expôr o que pensa, e cada uma vai colher aquilo que mais se assemelha a pessoa dela né. (Tânia)

Anteriormente, outra fala de Tânia foi descrita, na qual ela relata como está mais sociável hoje em dia, como as amigadas na sala de aula, em seu curso de capacitação, diferem de como era na época da escola, relacionando sua sociabilidade ao fato de estar em atendimento com o serviço de psicologia. Ela se torna outro exemplo de como, a partir do sentimento de coesão do grupo, conseguiu posicionar-se, colocar suas opiniões neste espaço e ser ouvida. Assim, conseguiu transpor essa confiança em si para outros espaços, ampliando suas possibilidades de vida, demonstrando o fator da *aprendizagem interpessoal*.

Outro fator que Yalom (2006) destaca é a *catarse*: uma descarga emocional a partir do acesso à emoções reprimidas, que é seguida pela autocompreensão, o *insight*. Ressalta que a recuperação de lembranças passadas pode ser útil, mas a chave da mudança é a compreensão dos modos de se relacionar atuais. É necessário vivenciá-los no grupo, não apenas a partir da racionalidade na compreensão de experiências passadas, mas também a partir de uma aprendizagem cognitiva. O processo gerador de *insights* acontece a partir de uma reflexão sobre a memória acessada e sobre a forma de relacionar-se no agora. Como quando Lola diz que refletiu sobre sua fala com dona Mara no grupo, ou quando me relatou o que fez após a discussão com um familiar:

Na hora assim eu parei e troquei de assunto, aí depois que eu fiquei sozinha aí eu comecei a tipo assim retroceder como é que ela tinha me falado e o porquê que eu falei daquele jeito [...] e como que eu podia reagir que não fosse daquela forma outra hora que falassem assim comigo. (Lola)

Lola acessou as experiências e refletiu sobre o que havia acontecido, tanto no grupo, como sozinha em casa. Assim, o grupo se configura como um microcosmo social e bidirecional, na medida que “o comportamento exterior não apenas se manifesta no grupo, mas o comportamento aprendido no grupo acaba sendo levado ao ambiente social do paciente” (YALOM, 2006, p. 58).

No grupo, excetuando este caso com dona Mara, acontecido no início do mesmo, não são verbalizados descontentamentos nos encontros, mas sim fora deles, como uma das entrevistadas que demonstrou certa indignação frente ao atraso das outras, sendo que no grupo isso não foi verbalizado. Esse fato pode dizer muito das questões que trouxeram essas mulheres ao serviço de psicologia. O silenciamento que elas sofreram ao longo da vida ainda é muito presente na sua forma de se relacionar, principalmente frente ao descontentamento com as atitudes de outras pessoas. Como facilitadora, refletindo teoricamente sobre este comportamento, entendo que o próprio silêncio no grupo, frente ao descontentamento, diz algo sobre suas atitudes de subordinação. No entanto, a angústia, o luto, o vazio, as falas ouvidas quando eram crianças, a maternidade, enfim, as experiências compartilhadas são acolhidas neste espaço, representando um local seguro no qual se pode falar o que ninguém quer ouvir em outros espaços, como disse Lola anteriormente.

Outro fator, a *recapitulação corretiva do grupo familiar*, refere-se ao fato de que a maioria das pessoas que buscam o serviço de psicologia, com uma ou outra exceção, tem um histórico de insatisfação com o seu primeiro grupo, a família (Yalom, 2006). O autor ainda pontua que, no espaço grupal, podem existir figuras que recriam o ambiente semelhante ao familiar, onde podem se manifestar sentimentos como competitividade, hostilidade, fortes emoções e revelações pessoais profundas. Assim, as integrantes revivem alguns modos de relação de sua família primária no grupo, tornando este um potente espaço de intervenção de forma a recapitular corretivamente, ou seja, transformar esses modos de relação. Não foi possível constatar, de forma nítida, a relação entre os comportamentos manifestados no espaço grupal e o modo pelo qual as integrantes experienciaram sua infância, como já abordamos anteriormente, ao diferenciar grupos de terapia do grupo terapêutico na forma de investigar o vivido.

O último fator a que Yalom se refere são os *fatores existenciais* que, assim como a coesão grupal, são fundamentais na operacionalização de grupos terapêuticos. A demanda para a área de saúde mental nesta UBS, em sua maioria, são de mulheres que apresentam sintomas depressivos, de ansiedade ou com diagnóstico de depressão, muitas delas fazendo uso de medicamentos como antidepressivos e/ou benzodiazepínicos. Como já dito no fator de *instilação de esperança* e *altruísmo*, essas mulheres chegam com uma sensação de impotência, de não ver saída, de não saber explicar o que vem sentindo, relatando uma angústia no peito, mas que não se resolve com a medicação. “Na medida em que as experiências de angústia parecem sempre refratárias às respostas que o planejamento técnico da vida oferece, amplia-se a necessidade de desvio e controle dessas experiências” (DE GOIS SANTOS, DE SÁ, 2013, p.54). Assim, elas relatam que não sabem mais o que fazer, querendo voltar a “ser fortes”, dizendo que não dão mais conta de realizar as tarefas como antes, muitas delas buscando o serviço de psicologia como último recurso na ânsia de resolver o problema. Algumas questionam a própria existência, tamanho o sofrimento, conforme a fala de Vitória no capítulo anterior, quando vivenciava um luto por um familiar e chegou a cogitar pôr fim à sua vida.

Nas entrevistas que precedem o grupo, questões por trás das queixas iniciais emergem, como a sobrecarga física e mental, a autoestima após a modificação do corpo com o envelhecimento ou após os filhos, a traição, maus tratos sofridos, abusos, chorar sem motivo aparente, crises de pânico, não ver mais sentido em permanecer vivendo. Nestas entrevistas, cria-se o primeiro vínculo com a estagiária, e a partir dele se realiza o convite a participar de um grupo terapêutico que está curso. Esse formato, é inicialmente aterrorizante pra maioria destas mulheres, frente a sensação de vulnerabilidade, mas pela confiança construída no vínculo com a estagiária elas se permitem tentar o modelo grupal. Vitória, que foi encaminhada do CAPS à UBS, relata como foi o seu primeiro dia no grupo:

Só chorei, não falei nada. Eu me lembro que eu tava nervosa, angustiada e abafada, com vontade de sair dali ligeiro, correndo, parecia que eu tava encerrada assim, presa, eu me sentia presa. E olhava pra um lado e olhava pro outro e aí uma amiga minha disse assim “ela tá com vontade de falar”, e aí a menina, a [estagiária], mandou eu falar e aí eu chorei, chorei, chorei, chorei, chorei. (Vitória)

Vitória relata que, na sua primeira participação no grupo, sentiu-se “presa”. O assunto abordado naquele dia era o luto, sendo que, recentemente, a perda de um familiar já a levou a cogitar pôr fim a sua vida. Um assunto doloroso, mas que a partir do olhar de outra integrante pôde se iluminar e vir à tona como conseguiu: em forma de choro. Assim, o medo de se mostrar vulnerável perante outras pessoas, e de não ser aceita como realmente é, vai diminuindo na medida que o grupo torna-se mais coeso, e na manifestação dos outros fatores já citados, como relata Lola sobre o grupo:

[...] o que eu não consigo falar em casa eu falo com vocês aqui, com as guria, sei que não vai sair aquele esparramo, os tititi pela rua, e aí eu me sinto melhor. (Lola)

Lola ressalta a confiança no grupo, o contrato verbal de sigilo que a possibilita sentir-se melhor neste espaço. No grupo é possível a criação de laços, retomando as relações com o outro a partir de uma conversação genuína, que é transposta para outros ambientes, como o familiar, transformando as relações. O modelo de grupo não visa “resolver” as questões das integrantes, pois não há como remover a angústia, mas sim sustentá-la.

As práticas psicoterápicas podem acolher tal angústia e as reflexões que ela suscita, não em virtude dos conhecimentos teóricos e das técnicas que as legitimam enquanto lugar institucionalizado de saber especialista, mas, sim, enquanto espaço de suspensão da atitude natural, tanto científica quanto do senso comum, e de **correspondência** às perplexidades e questionamentos legitimamente provocados por nossa condição existencial. (DE GOIS SANTOS, DE SÁ, 2013, p.58, grifo nosso)

Sustentar a angústia e testemunhar a dor e perplexidade são, portanto, fatores terapêuticos potentes, ofertando um espaço no qual as incertezas da existência podem ser colocadas no entre, ser verbalizadas, sem que haja o silenciamento, havendo inclusive o acolhimento e identificação com estas. Essa mobilização em direção à mudança acontece através, também, da fala autêntica, a qual abordarei com mais detalhes no próximo capítulo sobre a escuta psicológica, como também a partir de características exclusivas do modelo grupal, como a possibilidade do encontro de realidades existenciais e de condições facilitadoras das estagiárias da psicologia.

A Busca pelo não-dito: A Escuta Psicológica

A escuta psicológica foi outra unidade de sentido encontrada a partir da análise dos depoimentos. Neste capítulo, serão abordadas as falas das entrevistadas e a discussão teórica acerca da especificidade da escuta psicológica, a partir da abordagem existencial fenomenológica.

Entende-se por escuta psicológica aquela exclusivamente realizada pelo profissional psicólogo, ou estagiário de psicologia, na qual há particularidades as quais outros núcleos de saberes⁹ não desenvolvem. Como já foi citado, o psicólogo não está inserido na Equipe de Saúde da Família (ESF), mas sim no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), de modo a ampliar as ações da equipe, no território adscrito (BRASIL, 2008). No entanto, a partir do Projeto de Extensão Saúde Mental na Atenção Básica: uma clínica ampliada em saúde coletiva, foi possível a inserção de estagiários de Psicologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em três UBS da rede municipal de Pelotas, ampliando as ações de saúde mental no local, junto a equipe ESF. Nestes locais, foi possível realizar acolhimentos, atendimentos individuais, facilitar grupos de saúde mental, realizando visitas domiciliares e reuniões de equipe. A escuta psicológica foi uma das unidades de sentido que emergiu nas entrevistas devido aos depoimentos que mencionavam especificamente a escuta realizada pelo serviço de psicologia.

A escuta à qual me refiro aqui tem um viés clínico, no sentido de se voltar para a singularidade de quem vive a experiência, debruçando-se sobre a mesma. Ao pensar teoricamente sobre a escuta psicológica e o contexto do encontro na clínica, utilizo Buber (2009), que conceitua os modos de apreensão do mundo pelo ser humano como a atitude eu-tu e a atitude eu-isso. Para o autor, a atitude eu-tu acontece no encontro entre as pessoas, onde há confirmação mútua e reciprocidade no diálogo. A atitude eu-isso é a atitude objetivante, reflexiva sobre a experiência. Na atitude eu-tu a pessoa entra em relação, deixando-se afetar pela presença do outro, seja ele uma pessoa, ou não; a atitude eu-isso é o modo de experienciar objetivamente as situações, ordenando o real, tornando-o habitável (LUCZINSKI; ANCONA-LOPEZ, 2010). Assim, na perspectiva de Buber, quando há a presença viva dos interlocutores e o impacto mútuo pela existência do outro,

⁹ Campos (2000).

o diálogo genuíno acontece. E para que ele aconteça, o autor elenca três pressupostos.

O primeiro pressuposto é a autenticidade dos interlocutores, “que cada um veja seu parceiro como este homem, como precisamente este homem é” (BUBER, 1982, p. 146). Assim, os seres devem se deixar guiar pelo que são, sem o desejo de criar uma imagem de si a fim de se proteger. O segundo pressuposto é perceber o outro na sua singularidade, “experienciá-lo como uma totalidade [...] sem abstrações que o reduzam, experienciá-lo em toda a sua concretude” (Idem, p. 147); tornar-se presente para a pessoa. O terceiro pressuposto da conversação genuína é que os parceiros não queiram se impor um ao outro. Há uma confirmação do ser humano como interlocutor de mesmo nível, pois acredita-se “na ação das forças atualizadoras, isto é, crê que, em todo homem, o certo está instalado de uma maneira singular, de uma maneira única, própria da sua pessoa” (Idem, p.151). Quando o autor fala que o “certo está instalado”, ele diz que o psicólogo precisa crer que a pessoa já tem o necessário em si para agir, e ela fará o possível, aquilo que estiver nas suas possibilidades naquele momento. Isso é crer na força atualizadora do ser, confiar sem se impôr, ser um facilitador no processo de desvelamento daquilo que não foi dito.

Assim, para desenvolver um diálogo genuíno com o outro, uma psicoterapia dialógica (HYCNER, 1995), o psicólogo deve potencializar estas atitudes, mesmo que neste tipo de relação o eu-tu não possa realizar-se em plena mutualidade, pois a relação psicoterápica deve conservar a sua característica própria, que é voltar-se às questões da pessoa que busca o serviço. Isso, por si só, traz assimetria e questões éticas a serem cuidadas para assegurar o campo científico ao qual a psicologia pertence.

A partir do pressuposto da autenticidade, o psicólogo lança-se ao desconhecido, assume uma posição do “não-saber”, obtida através da redução fenomenológica. A redução fenomenológica é a ação do psicólogo de tornar conscientes para si as suas questões e dificuldades, colocando em suspensão os saberes técnicos, acadêmicos, os pré julgamentos acerca do mundo, para então poder entrar em contato com a existência da outra pessoa. A redução é parte fundamental neste processo, que é feito através da mudança da atitude natural para a atitude fenomenológica. Quando saímos do lugar do senso comum, que considera que o mundo existe por si mesmo, podemos visualizar o sujeito e o

mundo como fenômenos em movimento, que mutuamente se significam (FORGHIERI, 2002). Portanto, o “não-saber” é a posição adotada pelo psicólogo na investigação do vivido, na busca pela experiência daquela pessoa à sua frente, compreendendo que somente ela poderá trazer os fenômenos à tona, e que o seu papel neste momento é de facilitar esse desvelamento, percebendo o outro na sua singularidade.

Neste processo, o psicólogo estranha conceitos e situações trazidas, no entendimento de que as palavras não assumem o mesmo significado para todas as pessoas. Assumir essa posição de quem não sabe a priori, auxilia o profissional em outra característica da escuta psicológica que é a sustentação da angústia. Lola, que havia passado por uma situação traumática, pouco tempo antes de buscar o serviço de psicologia, relata seu primeiro contato com a estagiária:

Ah, eu não sei explicar...Sabe, é como se tivesse me levantado o astral, tivesse me sentindo protegida porque tinha alguém que me escutava...e não contradizia o que eu tava falando. Porque em casa mesmo, às vezes, começavam a falar isso e aquilo, daí eu começava a falar e chorar, e eles me diziam “ah, deixa de ser boba, pra quê chorar?” Aí vinha outros assuntos, sabe? Não deixavam eu chorar, não deixavam eu desabafar. (Lola)

A partir do relato de Lola, pode-se perceber a materialização do diálogo genuíno no contexto da clínica. Quando ela diz que nesse espaço ninguém contradizia o que ela falava, ela indiretamente diz que sentiu-se confirmada como pessoa, que alguém a escutava e buscava entender como ela experienciava determinado momento, sem contradizer, ou seja, sem tentar resolver para ela ou aconselhá-la. Intrinsecamente vinculada à investigação do vivido, está o ato de sustentar a angústia, que ela também, de forma indireta, relata quando diz que em casa ela não podia chorar, e que ali podia, sentindo-se protegida. Durante o estágio na UBS, neste espaço de escuta individual, algumas mulheres, no final dos atendimentos, verbalizaram que era a primeira vez que elas estavam falando isso para alguém, algumas vezes completavam como saíam aliviadas deste espaço. Ao poder compartilhar suas angústias com alguém que as escuta efetivamente, é possível experienciar a sua confirmação enquanto pessoa.

A angústia é o sentimento mais profundo do “modo de existir preocupado”, como afirma Forghieri (2002), pois ela não tem um objeto definido, pelo qual pode-se agir no sentido de eliminá-la, o que deixa a pessoa com a sensação de

impotência frente às incertezas da vida. A angústia e o vazio trazido pela falta de um objeto no qual materializá-la, são comumente relatados por pessoas diagnosticadas com depressão, ou com sintomas depressivos. Liziane, que chegou na UBS em meio um luto, relata

Eu só esperava que chegasse a noite pra me deitar e no outro dia eu não tinha vontade de levantar [...] não conseguia falar, eu só tinha vontade de chorar [...] Eu tava numa depressão que eu não queria nem sair da cama, aí eu procurei vocês aqui e graças a vocês eu estou bem. (Liziane)

Liziane, na fala acima, relata a depressão como essa tristeza profunda pela morte de seu familiar, contando que não tinha ânimo para sair da cama e só queria chorar. Quando fala “graças a vocês”, ela se refere ao serviço de psicologia como um todo, tanto a escuta individual quanto no grupo. E afirma que ao buscar o serviço de psicologia e permanecer no espaço grupal de compartilhamento de experiências, de escuta mútua, ela relata estar bem. Inclusive, no primeiro capítulo, ela fala que vai com as amigas para os bailes vários dias na semana. Lola, que no espaço individual também relatou não ter superado a morte de familiares após anos, relatou

Claro a gente não deixa de sentir né. Às vezes eu choro ainda em casa, mas não é como era antes [...] É tipo uma ferida aberta que a gente vai curando né, mas a gente aprende a conviver com ela (Lola)

Lola, no espaço de escuta individual, conseguiu verbalizar a dor que sentia frente à perda dos seus familiares, o que não conseguia fazer em casa. Conseguiu chorar, e ao longo dos encontros no grupo, no compartilhamento de experiências pôde transformar a forma como lida com a perda, com a morte. Portanto, sustentar a angústia é estar-com a pessoa a sua frente, ser presença, sem sentir-se convidado a respondê-la no sentido de “resolver” para ela aquela situação com o seu saber técnico, acreditando na pessoa, na sua força atualizadora. “A presença do terapeuta, então, torna-se a primeira e talvez a sua principal intervenção ao longo de todo o processo” (LUCZINSKI; ANCONA-LOPEZ, 2010, p. 78). Ou seja, a presença e a perplexidade do psicólogo diante dos acontecimentos da vida podem ser as únicas ações terapêuticas possíveis em determinados momentos, nem por isso se tornam menos efetivas e transformadoras. O local do não-saber, inicialmente desconfortável ao psicólogo, torna-se então seu principal aliado. Quando ele compreende que nada pode fazer, senão permanecer na “estreita

aresta” (BUBER apud VON ZUBEN, 2009), ou seja, estar aberto ao novo, ao encontro, e ser presença diante daquele ser, ele pode então ser autêntico, confiando no fluxo do diálogo, auxiliando o outro no desvelamento dos fenômenos e na produção de sentidos; um dos paradoxos da proposta cunhada pela fenomenologia.

Buber, assim como a perspectiva fenomenológica, considera o ser humano como um ser-no-mundo, um ser necessariamente em coexistência. Assim, o diálogo se manifesta na dimensão do inter-humano, “não é algo que ocorre *dentro* de uma pessoa, mas sim uma experiência “misteriosa” que ocorre na esfera *entre* uma pessoa e outra - contanto que ambas estejam abertas para isso” (HYCNER, 1995, p. 68, grifos do autor). Buber sugere que o psicólogo mantenha uma presença distanciada: estar presente e, simultaneamente, refletir sobre o que está sendo experienciado, mesclando as dimensões objetivas e subjetivas (HYCNER, 1995). A psicoterapia dialógica, através da confirmação, do reconhecimento da existência, mesmo o seu comportamento não sendo visto como aceitável, possibilita o estabelecimento de uma relação genuína com a pessoa que busca o serviço de psicologia na UBS. À medida que a pessoa percebe o espaço terapêutico como seguro, ela se sente convidada a mergulhar na sua existência, nas experiências vividas, pois ela percebe a disposição do psicólogo para percorrer este caminho com ela. Liziane, com sua timidez, não soube muito bem como reagir frente ao silêncio da estagiária de psicologia, nas entrevistas anteriores à sua entrada no grupo.

Eu sou envergonhada né, em certas parte, outras partes eu não sou (risos). Aí ela ficava me olhando e eu já não sabia mais nem o que dizia[...]a estagiária] ficava me olhando e nós ficava as duas mudas assim (risos) [...] Eu dizia “ai meu deus”, mas aí ia saindo e ia falando tudo que eu sentia né. (Liziane)

Liziane fala de seu desconforto inicial com a estagiária, mas no silêncio das duas, ela pôde acessar suas experiências e verbalizá-las. Sustentar a angústia, também é poder sustentar o silêncio diante da espera pela fala do outro.

Somente o silêncio diante do Tu, o silêncio de todas as línguas, a espera silenciosa da palavra não formulada, indiferenciada, pré-verbal, deixa ao Tu sua liberdade, estabelece-se com ele na retenção onde o espírito não se manifesta mas está presente. (BUBER, 2009, s/n)

Durante a entrevista de Liziane, ela diz como sentiu-se ao ser encaminhada para o grupo:

Adorei né...adorei porque aí não era só eu sozinha [...] umas falam bastante, outras falam menos. Eu mesma elas não me dão tempo de falar (risos) (Liziane)

Ela relata um desconforto inicial com o silêncio da estagiária, um silêncio que geralmente não lhe é permitido no espaço grupal, que não “permite” a sua fala, mas que não impede sua escuta reflexiva. Liziane é a entrevistada que menos desenvolve as suas respostas na entrevista para esta pesquisa e tem certa dificuldade de identificar o que sente e como sente. Mesmo assim, o conteúdo trazido por ela possibilitou essas reflexões teóricas, além de demonstrar a ampliação de suas experiências.

Algo comum na fala das entrevistadas, sobre como chegaram na UBS ou no grupo, remetem a um silenciamento, de como elas não conseguiam verbalizar seu sofrimento em outros espaços, como Lola no início deste capítulo ao falar que a contradiziam quando ela falava, ou quando complementa:

[...] Muita coisa eu não conseguia conversar sabe? [...] Eu já fixava na minha cabeça que não dá, porque isso, porque aquilo e aí que começava a me dar as isquemias. (Lola)

Lola associa as “isquemias” que vivenciou aos pensamentos que fixava em sua cabeça, o que não conseguia ser dito diante de alguém que confirmasse sua existência, que possibilitasse o acesso à sua experiência, onde pudesse ressignificar seu luto e sua dor. Tânia traz outro exemplo deste silenciamento, quando fala que não pedia ajuda em situações de enfermidade, antes de se vincular à UBS:

Antes, se eu tivesse doente eu não falava nada, eu ficava quieta. Até as pessoas perceberem que eu tava doente, que eu tava com dor. (Tânia)

Tânia passou muito anos de sua vida silenciada, vivendo para cuidar de um familiar, afastando-se de suas necessidades físicas e psíquicas a tal ponto que não verbalizar quando sentia dor. Outra coisa em comum à maioria das mulheres que acessam o serviço de Psicologia da UBS é a ingestão de medicamentos psiquiátricos, o que não se mostrou diferente na história das entrevistadas. Vitória,

que está somente há três meses no grupo me relatou as medicações que vem fazendo uso:

Só fluoxetina e o rivotril de noite...às vezes tomo até dois, esses dias eu tomei três [...] eu tenho um sono, sono, sono no outro dia, um sono uma boqueira, aí eu não digo pra guria, pra minha filha que eu tomo dois, três [...] Às vezes eu to meio aborrecida, meio triste assim aí eu pego e tomo. Às vezes tomo dois porque quero dormir e não durmo né, quando eu tô triste, com saudade de alguém, choro, choro...[...] eu queria um mais forte, mas não me dão [...] aí a doutora tentou me tirar porque a gente vai perdendo a memória né. E dito e feito...eu ando me esquecendo das coisas (Vitória)

Em seu relato, Vitória assume que se automedica, além do que é prescrito pelo médico, e que o faz quando não consegue dormir, quando está triste e com saudade de alguém. O relato de Vitória exemplifica o uso de medicações para contenção da angústia, retrato de nossa era moderna, onde não é permitido estar triste e viver sua angústia; onde não há tempo para relacionar-se genuinamente, para refletir sobre os modos de experienciar a existência.

Pagamos, pelo contínuo desvio da angústia, com algo que nos é essencial, nossa capacidade de ver, de corresponder à realidade em suas múltiplas e misteriosas possibilidades de sentido. Só é possível livrarmo-nos da angústia, livrando-nos igualmente da realidade. A solidão existencial e a angústia da morte **não são** meros estados mórbidos ou patológicos, que podem ser solucionados por intervenções dos técnicos da saúde.(DE GOIS SANTOS, DE SÁ, 2013, p.57, grifo nosso)

Assim, Lafèvre (1983 apud CARVALHO, DIMENSTEIN, 2004) considera que a medicação passou a simbolizar a saúde, sendo utilizada como “pedaços de vida orgânica (sono, tranquilidade, potência sexual, etc) comprimidos num comprimido, ou numa gota, ou num xarope” (p. 60), utilizados para dar conta dos acontecimentos da vida. Uma mordaza química para se manter “equilibrada”, perpetuando o silenciamento da mulher pela via medicamentosa, impossibilitando a descoberta de outras formas de lidar com as angústias e seus determinantes individuais e coletivos (CARVALHO, DIMENSTEIN, 2004).

É importante salientar que a crítica é à hipermedicalização da vida. A medicação prescrita corretamente é uma ótima aliada ao processo psicoterápico. Assim, medicações como benzodiazepínicos, com efeitos colaterais mais prejudiciais, devem ser utilizados de forma pontual, mas não é o que percebemos ao verificar as prescrições indiscriminadas destes medicamentos. Principalmente às mulheres (OMS, 2001), e em contextos de Atenção Básica, onde apesar de acolher demandas em saúde mental (BRASIL, 2008), não dispõe de um

profissional psicólogo na ESF para realizar a escuta especializada à quem necessita. E na impossibilidade de realizar uma escuta psicológica, muitas vezes se realiza uma prescrição medicamentosa, a partir de “uma crença de que, se existe um problema, ele deve ser abolido da forma mais rápida e o medicamento ocupa o lugar da concretização dessa possibilidade, passando a estar vinculado ao bem-estar, à saúde ou mesmo à felicidade” (CARVALHO, DIMENSTEIN, 2004, p.122).

Lola também relata sua relação com a medicação psiquiátrica:

Tem alguns remédio que eu tomava que eu também não tô tomando mais, não tô precisando tomar. [...] Como eu trabalhei dentro do sanatório, eu via no caso que as pessoas ficavam mais lentas. Aí eu me dava de conta assim “bá eu tô me achando igual” [...] quando eu via eu tava sentada, daqui um pouco dava aquela bobisse, eu chegava a cochilar sentada, vinha aquela babaceira na boca... Aí agora graças a deus não me dá mais isso, era alguns remédio que eu tomava. Ingressar a psicologia aqui diminuiu os remédio. (Lola)

Lola, a partir da percepção de seu processo terapêutico, faz a relação entre a diminuição de sua medicação psiquiátrica e a possibilidade de fala e escuta no serviço de psicologia. Comprovando que “o objetivo da psicoterapia é restituir a função da palavra, ou seja, é caminhar de falas secundárias para falas originais” (AMATUZZI, 1989, p. 37). A partir da fala original, que cria, possibilitada na relação eu-tu, é possível acessar as experiências e ressignificá-las, transformando as relações consigo e com os outros e, em alguns casos, diminuindo as medicações ao longo do processo.

Sendo a psicoterapia o local que objetiva o resgate da fala autêntica (AMATUZZI, 1989) através da relação eu-tu, do diálogo genuíno, do acesso às experiências e da possibilidade da fala original, é importante considerar uma observação que fiz nas entrevistas para esta pesquisa. Percebo, neste processo, que Lola e Tânia, que também estão no grupo desde seu início, explicitam como experienciaram as situações de forma distinta de Liziane. Lola e Tânia são as integrantes que mais compartilham experiências e reflexões no grupo, ao passo que Liziane participa muito mais pela escuta, como ela mesma relatou na entrevista. Fica perceptível como o processo de poder acessar a sua experiência e verbalizá-la ao outro aumenta o poder de identificação em si mesma, das emoções, de como se experiencia as vivências, de como se relaciona com as

peessoas. Lola e Tânia foram as únicas entrevistadas às quais não houve a necessidade de questionar “como era bom”, “o que era bom” sobre o serviço de psicologia na UBS, pois após responder que “está sendo bom”, elas mesmas já explicavam os motivos. A partir da facilitação no grupo, pude perceber esse movimento das entrevistadas pois as três citadas estão no espaço grupal desde seu início e, no começo, possuíam suas dificuldades no acesso às experiências e verbalização. Por isso, o que fica perceptível, é que poder falar ao outro possibilitou um aumento nos repertórios no que diz respeito à identificação de suas experiências, dos fatores determinantes de saúde, demonstrando o poder da palavra quando é autêntica, original. Quando a questiono à entrevistada Tânia o que mudou desde que chegou no serviço de psicologia, ela diz:

Eu acho que eu tenho mais autonomia de mim mesma. [...] de falar o que eu penso, e indiferente de estar certa ou não, eu posso manter a minha opinião. Entende? [...] Lembra que antes eu sempre perguntava se eu tava certa ou se eu tava errada? Porque eu tinha medo de errar as coisas, de magoar o outro, de errar naquilo que eu tava pensando. Hoje não. Hoje eu já penso que se eu penso assim, é porque eu trilhei um caminho e cheguei àquela conclusão. E que a outra pessoa pode ter chegado a outras conclusões, porque ela não trilhou aquele caminho, ela não colheu as experiências que eu tive, pode até parecer situações parecidas, mas não é igual. (Tânia)

Esse relato de Tânia, no qual ela diz ter mais “autonomia de si mesma”, podendo manter sua opinião estando certa, ou não, sem medo de errar, reflete um ganho de confiança. Ela foca no fato de conseguir verbalizar suas opiniões, de conseguir falar, refletindo o processo terapêutico de resgate da fala autêntica, o qual Amatuzzi (1989) define só poder se realizar “num *falar-com*, o que pressupõe um ouvir” (p.75, grifo do autor), o que se torna inseparável de um envolvimento da pessoa com o mundo. Assim, quando ela fala que tem “mais autonomia dela mesma”, essa autonomia foi co-construída com o outro.

A autonomia da pessoa e da coletividade, é um dos objetivos da PNAB (BRASIL, 2017), e de acordo com a mesma, é efetivado através do princípio da *Integralidade*: olhar e cuidado integral para o sujeito, que é biopsicossocial; e das diretrizes *Cuidado Centrado na Pessoa*, que prevêm:

ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. (BRASIL, 2017)

Outra diretriz que retoma este propósito é a *Resolutividade*, que objetiva maiores graus de autonomia do usuário, e da *Participação da comunidade* “como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território”, exercidas também através do controle social (Ibidem).

Para Campos e Campos (2006), a autonomia não significa a liberdade absoluta, algo conquistado pelo esforço individual, mas uma capacidade que o sujeito desenvolve, em relação, para “lidar com sua rede de dependências” (p. 670), obtendo maior compreensão para agir sobre si mesmo. Os autores citados complementam que essa capacidade só pode ser desenvolvida em um processo de co-construção, pois o sujeito é sempre co-responsável por sua constituição e pela constituição do mundo, ainda que os graus dessa autonomia também dependam da existência de leis mais ou menos democráticas, de políticas públicas, da economia, da cultura onde está imerso, de um maior acesso à informação, como também, da sua capacidade de realizar um exercício crítico, de interpretação da informação e de reflexão, de si mesmo e do mundo. Diversos grupos sociais não gozam das mesmas condições para exercer sua autonomia, ainda mais quando falamos do Brasil, um país colonizado e que ainda mantém relações e práticas colonizadoras. Os autores ainda citam como exemplo, que às pessoas negras, sequestradas e escravizadas, só cabia obedecer. Também citam alguns profissionais médicos que decidem sobre o processo de trabalho de alguns outros profissionais da saúde, como também as sociedades patriarcais onde os homens decidem sobre as mulheres. Ou seja, as relações de poder determinam quem pode exercer maiores graus de autonomia. Co-criar autonomia, junto a estes grupos sociais desfavorecidos dentro das relações de poder, é promover saúde também. De acordo com o Ministério da Saúde:

[...] a promoção da saúde é vivencial e colada ao sentido de viver e aos saberes acumulados tanto pela ciência quanto pelas tradições culturais locais e universais. A promoção da saúde trabalha a mobilização comunitária. Mobilização que tenta romper o individualismo que se tornou uma das principais características das sociedades modernas. (BRASIL, 2002, p. 13)

A medicina clínica tradicional, desenvolvida a partir do séc XIX, não tem colaborado na ampliação dos graus de autonomia do sujeito, visto que, ao paciente (termo que já coloca o sujeito em uma posição passiva), é destinado o local de não-saber, e que, não sabendo, deve obedecer à prescrições de “quem

sabe”, sem a possibilidade de negociação. Assim, além de manter relações verticais e abissalmente desiguais, esse modelo tradicional de atuação na área da saúde, ainda desresponsabiliza o sujeito de sua saúde, pois há alguém que detém todo o conhecimento, e que lhe diz o que deve, ou não fazer. Promover saúde não é, portanto, atuação unilateral e hipermedicalização de sofrimentos existenciais como via de garantir “adequação social, capacidade de produção e consumo” (DE GOIS SANTOS, DE SÁ, 2013, p.57). Essa ideia é fundada no entendimento utilitarista do trabalho como dignificador do ser humano, princípio do sistema capitalista de acumulação de capital, que ainda está no horizonte de sentido da sociedade, por interesses de uma minoria que detém o poder.

O pressuposto humanista da autonomia é diferente. Nele o ser humano não é visto como simples resultado de múltiplas influências, mas como o iniciador de coisas novas. A pessoa não é vista principalmente como efeito de causas anteriores modificáveis, mas como um ser desafiado pela vida e chamado a responder criativamente (AMATUZZI, 2009, p.98)

Assim, a psicoterapia dialógica deve oferecer um espaço onde o ser humano possa desabrochar, em uma relação eu-tu, a partir do diálogo genuíno, apostando na sua tendência atualizadora.

A partir do exposto ao longo desta pesquisa, entende-se que responsabilizar-se por sua saúde também é algo que só pode ser realizado a partir da co-criação de maiores graus de autonomia junto ao sujeito usuário do SUS, na relação. E isso quer dizer que o mesmo fará escolhas, assim como o profissional da saúde, e que ele pode, desta forma, se expôr a maiores ou menores riscos. Nesse sentido, a clínica não deve reproduzir práticas neocolonizadoras, prescrevendo comportamentos a partir do parâmetro cientificamente correto - ou ainda, do nosso parâmetro do que seja correto -, mas promover relações o mais horizontais possíveis, pois já disse AmatuZZi (1989): “o querer impor-se a alguém, portanto, só pode gerar, em virtude desse tipo de relação, a ilusão de autonomia” (p. 51). A partir das condições para o diálogo genuíno, sejamos, enquanto profissionais de saúde, agentes de mudança que também se modificam nessas relações, que o exercício de desenvolver maiores graus de autonomia aconteça nos outros e em nós mesmos, sendo portanto, co-criação.

Um outro conceito que dialoga com a autonomia é o empoderamento. AmatuZZi (1989) discute teoricamente o *dizer a sua própria palavra* de Paulo Freire, no contexto do resgate da fala autêntica. Paulo Freire cita o termo

empowerment em sua conversa com o professor Ira Shor, em *Medo e Ousadia* (1986), demonstrando uma preocupação muito grande com o uso do termo nas relações. Shor questiona Freire se não existe uma auto-emancipação pessoal, o que hoje chamaríamos de empoderamento, se houvesse tradução para o termo em 1986. Eis que Freire responde:

Não, não, não. Mesmo quando você se sente, individualmente, mais livre, se esse sentimento não é um sentimento *social*, se você não é capaz de usar sua liberdade recente para ajudar os outros a se libertarem através da transformação global da sociedade, então você só está exercitando uma atitude individualista no sentido do *empowerment* ou da liberdade. (FREIRE, SCHOR, 1986, p.135, grifos do autor)

Amatuzzi (1989), ao articular a teoria de Freire com o resgate da fala autêntica, defende que a psicoterapia, para ser efetiva, deve proporcionar a pessoa que busca este espaço a possibilidade de revisão das relações de poder. Paulo Freire não utiliza o termo empoderamento ou *empowerment*, mas sim *conscientização*. Ou seja, possibilitar às pessoas o entendimento de como elas se relacionam com os outros e de seu posicionamento político, dentro da sociedade a qual pertencem. “Isso significa também que nosso falar autêntico não é um falar sobre nós mesmos mas um *falar nossa relação com o mundo*. É assim que verdadeiramente falamos de nós: no ato e constituindo o modo dessa relação” (AMATUZZI, 1989, p.87, grifos do autor).

Carvalho (2004), reflete sobre duas noções distintas de *empowerment*: o psicológico e o comunitário. Segundo o autor, o *empowerment* psicológico acontece quando o indivíduo experimenta um sentimento de maior controle sobre sua vida, em uma perspectiva filosófica individualista, ignorando fatores sociais e estruturais, fragmentando a condição humana do ser no mundo. Já o *empowerment* comunitário demanda uma

postura ativa de enfrentamento das determinações **macro e microssociais** da iniquidade social, colocando em questão diferenciais de poder porventura existentes na **relação entre especialistas e não-especialistas**, entre populações de países ricos e desenvolvidos e de países pobres, entre **homens e mulheres**, e entre heterossexuais e homossexuais (CARVALHO, 2004, p.1091, grifo nosso)

No *empowerment* comunitário está inscrito também o âmbito do *empowerment* psicológico, ou seja, não é possível modificar as macroestruturas sociais sem as microrrevoluções como a intrapsíquica, que é bom lembrar, só acontece na intersubjetividade, nas relações. A partir do ganho de autoconfiança e

de autoestima, possibilitada através da relação eu-tu, as mulheres ampliam a consciência crítica acerca das estruturas sociais às quais estão submetidas, como as relações de gênero, os papéis da mulher na sociedade, a maternidade compulsória, o racismo, a LGBTfobia, a cultura do estupro, etc. Assim, essas mulheres se conscientizam e se posicionam, retomando este poder e transformando sua base estrutural, nas relações com a sua família, comunidade, com os profissionais de saúde, nos espaços de educação, ampliando a forma de relacionar-se da atitude eu-tu para outros espaços.

Considerações Finais

Esta pesquisa iniciou buscando a experiência das mulheres que acessam a Atenção Básica, mais especificamente a UBS, em busca do serviço psicológico. O processo de pesquisar o campo grupal, após seis meses de minha saída enquanto facilitadora neste espaço, me permitiu entrar em contato novamente com essas mulheres, agora em um novo momento de vida das mesmas. Na minha ingenuidade, eu esperava ouvir depoimentos bem mais voltados à escuta psicológica e à relação de vínculo com as estagiárias, questão que estava emergindo no momento de minha saída daquele espaço. Então, me deparo com relatos voltados muito mais ao campo grupal, com relatos detalhados de diferentes momentos do processo terapêutico, os quais enriqueceram esta pesquisa de forma única.

A transcrição dos áudios foi outro momento riquíssimo, pois permitiu que eu ouvisse, de forma mais atenta, a forma pela qual eu questionei essas mulheres nas entrevistas, o que eu poderia ter investigado melhor, como por exemplo, a idéia que Vitória tinha acerca dos hospitais psiquiátricos, a qual não aprofundei naquele momento. Foi possível elucidar nesta pesquisa diferentes momentos importantes do processo terapêutico da psicologia, dentro de uma UBS e junto à equipe multiprofissional, pelo olhar e experiência das usuárias do serviço. O vínculo com a equipe e com as estagiárias, o próprio grupo de saúde mental e o processo da escuta psicológica ganharam uma outra dimensão, mais viva, que somente quem viveu o processo poderia relatar.

Foi possível perceber que a partir de um contexto de uma psicoterapia dialógica e de uma escuta baseada no diálogo genuíno, da relação eu-tu, foi possibilitado um espaço fértil para que as entrevistadas pudessem visualizar outras possibilidades de existência, a partir do acesso às suas experiências e produção de novos sentidos ao que foi vivido. Assim, elas puderam corresponsabilizar-se no seu processo terapêutico, reposicionando-se, transformando as suas relações e a si mesmas, representando então, o empoderamento das mesmas e o ganho de graus de autonomia a partir da coexperiência e cocriação, ou seja, nas relações vividas.

Fica claro, ao final desta pesquisa, que a escuta psicológica num contexto dialógico, tanto no espaço grupal, quanto nas entrevistas e atendimentos individuais está colada às relações, ao diálogo genuíno, contexto que solicita ao psicólogo uma revisão constante de suas posturas, sempre objetivando as transformações, tanto micro quanto macro estruturais e a promoção de saúde, apostando no poder atualizante do ser humano. Outra questão que fica explícita ao longo da pesquisa, é a importância da criação de espaços onde as mulheres possam compartilhar suas experiências, onde se possa sustentar angústias com elas, sem apelo à racionalidade. Onde haja menos “vai ficar tudo bem” e “vai passar”, e mais “como foi pra você passar por isso?” “Como é sentir isso?”, visando a conscientização e a transformação nas relações de poder e silenciamento à que são submetidas nos diferentes espaços sociais.

Assim, fica visível a necessidade de que essa escuta seja garantida à população, e isso acontecerá com a inserção do psicólogo na Equipe de Saúde da Família, desde que o mesmo mantenha uma postura ético-política e contextualizada em sua atuação. Apesar do acolhimento em saúde mental ser feito também na UBS pela equipe, com vistas a uma integralidade, ainda há uma alta medicalização do sofrimento humano e apelo à dimensão racional do ser, considerada como terapêutica. Ademais, a escuta psicológica tem especificidades que somente o psicólogo pode sustentar frente à pessoa que busca um amparo para a sua angústia. É uma forma de inserir o profissional de saúde mental onde 85% das demandas da população almejam ser solucionadas (BRASIL, 2007), diminuindo a demanda dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), desestigmatizando o atendimento do profissional de saúde mental, na medida em que ele acontece no mesmo estabelecimento que os atendimentos médicos.

Referências

AMATUZZI, Mauro Martins. **O resgate da fala autêntica: filosofia da psicoterapia e da educação**. 1989.

AMATUZZI, Mauro Martins. Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. **Estudos de psicologia**, v. 26, n. 1, p. 93-100, 2009.

AUGRAS, Monique. **O ser da compreensão: Fenomenologia da situação de psicodiagnóstico**. Petrópolis: Vozes, 1993, 96 p.

BIASOLI-ALVES, Zélia Maria Mendes. Continuidades e rupturas no papel da mulher brasileira no século XX. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 16, n. 3, p. 233-239, 2000.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL, Lei Federal Nº. 10216/01. **Reforma Psiquiátrica**, jun, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção à Saúde: documento para discussão**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Brasília: MS; 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Revista Brasileira Saúde da Família**. nº 14. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Resolução 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde, 2018

BUBER, Martin. **Do diálogo e do dialógico**. Editora Perspectiva, 1982.

Buber, Martin. **Eu e Tu**. Tradução do alemão, introdução e notas por Newton Aquiles Von Zuben. 10 ed. São Paulo: Centauro, 2009.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, Rosana T. Onocko; CAMPOS, GW de S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. **Tratado de saúde coletiva**, v. 1, p. 669-688, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 983-995, 2014.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária. 2009.

CARDOSO, Claudia Lins. A inserção do psicólogo no Programa Saúde da Família. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 22, n. 1, p. 2-9, 2002.

CARVALHO, Sérgio Resende. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 1088-1095, 2004.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2004.

COELHO, Maria Thereza Ávila Dantas; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Análise do conceito de saúde a partir da epistemologia de Canguilhem e Foucault**. In: O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. 2003. p. 101-113.

DE MEDEIROS TAVARES, Felipe. Reflexões acerca da iatrogenia e educação médica. **Revista Brasileira de educação médica**, v. 31, n. 2, p. 180-185, 2007.

DESOUZA, Eros; BALDWIN, John R.; ROSA, FH da. A construção social dos papéis sexuais femininos. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 13, n. 3, p. 485-496, 2000.

FORGHIERI, Yolanda Cintrão. **Psicologia fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisas**. Pioneira, 2002.

HYCNER, Richard. **De pessoa a pessoa**. Summus Editorial, 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Outras formas de trabalho 2017**. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), 2018. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101560_informativo.pdf>

LUCZINSKI, Giovana Fagundes; ANCONA-LOPEZ, Marília. Phenomenological psychology and Buber's philosophy: the encounter at the clinical practice. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 27, n. 1, p. 75-82, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**. 8ª. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOREIRA, Jacqueline Oliveira; ROMAGNOLIS, Roberta Carvalho; DE OLIVEIRA NEVES, Edwiges. O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 27, n. 4, p. 608-621, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Genebra: OPAS/OMS, p.1-16, 2001

SANTOS, Danielle de Gois; SA, Roberto Novaes de. A existência como "cuidado": elaborações fenomenológicas sobre a psicoterapia na contemporaneidade. **Rev. abordagem gestalt**. Goiânia, v. 19, n. 1, p. 53-59, jul. 2013 .

SEMINOTTI, Nedio. **O pequeno grupo como um sistema complexo: uma estratégia inovadora para produção de saúde na atenção básica**. Rede Unida, 2016.

SHOR, Ira; FREIRE, Paulo. **Medo e ousadia. O cotidiano do professor**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

SUNDFELD, Ana Cristina. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1079-1097, 2010.

SZYMANSKI, Heloisa; ALMEIDA, Laurinda Ramalho de; PRANDINI, R. C. A. R. **A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva**. Brasília: Plano Editora, v. 4, 2002.

YALOM, Irvin. D. **Psicoterapia de Grupo. Teoria e Prática**. 5 ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 2006.

Apêndices

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Universidade Federal de Pelotas Faculdade de Medicina, Psicologia e Terapia Ocupacional

Prezado/a:

Este documento vincula-se a um estudo que estamos realizando para elaboração de uma pesquisa em formato trabalho de conclusão de curso, do curso de Psicologia, da Universidade Federal de Pelotas. A pesquisa consiste na análise de entrevistas, as quais serão realizadas de acordo com a sua disponibilidade e garantirão o sigilo e privacidade sobre seus dados. O objetivo desta pesquisa consiste em investigar como a escuta psicológica pode auxiliar na promoção de saúde das mulheres em sofrimento que acessam a Atenção Básica. Para isso, serão realizadas entrevistas com algumas destas mulheres. Para a condução desse estudo, faz-se necessário a sua autorização. Assim, este documento consiste na autorização da gravação em áudio das entrevistas, para que sejam registradas, transcritas e posteriormente analisadas. As gravações e as transcrições ficarão armazenadas em um computador por cinco anos, sendo descartadas ao final desse período. Após a análise dos dados, estes serão divulgados, de maneira a preservar sua identidade, no trabalho de conclusão de curso, assim como em periódicos e eventos científicos, para que possa contribuir com o conhecimento sobre tal assunto. É possível que surjam alguns desconfortos ao falar sobre questões relacionadas às suas vivências. Nesse caso, você poderá desligar-se da pesquisa em qualquer momento do trabalho, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Assinatura da participante

Sabrina Dummer Vaz
Pesquisadora

Giovana Fagundes Luczinski
Orientadora

Károl Veiga Cabral
Coorientadora

Pelotas, de

de 2019.

Apêndice B - Entrevista Semi-Estruturada



Nome fictício da participante:

Data:

1. Como está sendo a experiência de estar em atendimento com a psicologia aqui na UBS?
2. Como você chegou na UBS?
3. Como foi pra você estar sendo atendida pela Psicologia num espaço só com a estagiária de Psicologia?
4. Como foi participar no grupo nos primeiros encontros?
5. Como está sendo participar do grupo?
6. Você percebe alguma alteração em relação à seu momento e dentro da sua história de vida?

Anexos

Anexo A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética e Pesquisa

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A POTÊNCIA DA ESCUTA PSICOLÓGICA NO ATENDIMENTO DE MULHERES NA ATENÇÃO BÁSICA EM PELOTAS-RS

Pesquisador: KAROL VEIGA CABRAL

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 05669218.9.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.165.979

Apresentação do Projeto:

A Atenção Básica (AB) é caracterizada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como a porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS), onde é ofertada um “conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde [...]” e tem a Saúde da Família como “estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica” (BRASIL, 2017). A AB também é parte integrante da Rede de Apoio Psicossocial (RAPS), sendo então apta para realizar o acolhimento do sofrimento psíquico e, quando necessário, acionar os demais pontos da RAS, de forma a criar, ampliar e articular “pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental” (BRASIL, 2011).

Objetivo da Pesquisa:

- Investigar como a escuta psicológica pode contribuir na promoção de saúde e empoderamento das mulheres em sofrimento psíquico que acessam a Atenção Básica, a partir da teoria existencial-fenomenológica.
- Refletir sobre os papéis de gênero impostos à mulher, a condição de não-protagonismo em sua própria vida e dedicação aos outros, dialogando com o conceito de empoderamento.

Endereço: Av Duque de

Caxias 250

9

Município:

F: RS

(53)

Fax:

E-mail:

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Benefícios: O espaço de entrevista se configura como um espaço individual de escuta psicológica, podendo proporcionar a estas mulheres um espaço no qual não é possível no grupo. Sendo uma entrevista semi estruturada, há a liberdade de transitar por entre os assuntos dos quais a participante desejar, enriquecendo a pesquisa.

Riscos: desconforto psicológico

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia: a metodologia usada será qualitativa e trabalhará dentro da perspectiva fenomenológica existencial.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1278424.pdf	22/12/2018 00:50:43		Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO.pdf	21/12/2018 16:52:44	SABRINA DUMMER VAZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	18/12/2018 15:54:27	KAROL VEIGA CABRAL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/12/2018 15:10:56	KAROL VEIGA CABRAL	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	18/12/2018 15:10:06	KAROL VEIGA CABRAL	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	18/12/2018 15:09:33	KAROL VEIGA CABRAL	Aceito
Outros	UBS.pdf	23/02/2019 15:54:16	Patricia Abrantes Duval	Aceito

Endereço: Av Duque de			
Caxias 250		9	
	Município:		
F: RS	(53)	Fax:	E-mail:

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 23 de
Fevereiro de 2019

Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador(a))**Endereço:** Av Duque de

Caxias 250

9

Município:**F:** RS

(53)

Fax:**E-mail:**