

A PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: ARTICULAÇÕES ENTRE PSICOLOGIA SOCIAL E FEMINISMOS¹

Victória Paulo Menin²
Bruna Moraes Battistelli³
Tiana Brum de Jesus⁴

Resumo: Este artigo é fruto da discussão entre vivências do cotidiano em serviços públicos de saúde com teóricas(os) que propõem uma implicação política da Psicologia Social, as diretrizes previstas para a atuação da psicologia na Atenção Básica à Saúde (AB) e pensadoras feministas a fim de pensar práticas comprometidas com a mudança social. Esperando novas formas de produção de conhecimento e de intervenção da Psicologia Social na AB, o presente estudo objetiva alimentar o debate sobre a dimensão ético-política da relação entre a atuação da Psicologia Social e a AB, considerando as desigualdades e marcadores sociais a partir de uma perspectiva feminista. Para finalizar será apresentada a experiência de criação do grupo de mulheres na Unidade de Saúde (US), como ferramenta de conscientização e intervenção possível para a promoção da saúde na AB.

Palavras-chave: Psicologia Social, feminismos, Atenção Básica à Saúde, grupos, mulheres.

Abstract: This article is the result of a discussion between everyday experiences in public health services with theoreticians who propose a political implication of social psychology, the guidelines foreseen for the performance of psychology in Primary Health Care and feminist thinkers in order to think about practices committed to social change. Hoping for new forms of knowledge production and intervention in the context of social psychology in Primary Health Care, this study aims to fuel the debate on the ethical-political dimension of the relationship between the performance of social psychology and Primary Health Care, considering inequalities and social markers from a feminist perspective. Finally, the experience of creating the women's group at the Health Unit will be presented, as a tool for raising awareness and possible intervention for health promotion in Primary Health Care.

Keywords: Social Psychology, feminisms, Primary Health Care, group, women.

¹ O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código 001.

² Psicóloga formada pela PUCRS (2014). Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Atualmente é mestranda em Psicologia Social e Institucional na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

³ Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2012). Especialista em Instituições em Análise pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2015). Mestra em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2017) onde foi bolsista CNPQ. Doutoranda no PPG Psicologia Social e Institucional (UFRGS), onde é bolsista CAPES.

⁴ Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI 2009). Realizou Residência Integrada em Saúde (Especialização *Latu Sensu*), do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), com ênfase em Saúde da Família e da Comunidade (2012). Mestre em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Atualmente é assistente social do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, compondo a equipe de NASF da Unidade de Saúde Santíssima Trindade (USST). É preceptora do Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) do GHC, compondo também o grupo de facilitadoras do espaço teórico de campo do Programa.

INTRODUÇÃO

Aos psicólogos latino-americanos nos faz falta um banho de realidade, especialmente dessa realidade que oprime e angustia as maiorias populares (IGNÁCIO MARTÍN[CS1]-BARÓ, 2017, p. 78).

Qual o papel da Psicologia Social⁵? Persigo⁶ essa resposta desde meus tempos de graduação, quando ingressei como estagiária de psicologia na Prefeitura Municipal de Porto Alegre em meados de 2011, no qual conheci o Sistema Único de Assistência Social (SUAS)⁷ ao realizar meu primeiro estágio em um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)⁸ situado em um bairro extremamente pobre da cidade. Apesar da psicologia já estar inserida nos serviços do SUAS a ponto de já existir, na época, vaga de estágio na área, eu não tive aulas na universidade que me preparassem para a atuação nesse contexto.

Como estudante de Psicologia de uma universidade particular, sendo eu uma pessoa branca e classe média, eu também desconhecia a realidade da população que residia no território de abrangência do CRAS em questão. Eu sabia que existia pobreza e miséria no Brasil, mas de uma forma que só quem nunca entrou numa vila⁹ pode saber. Os privilégios que me proporcionaram uma vida acolchoada também me alienaram da realidade das maiorias populares brasileiras, sendo um exemplo disso o fato de eu nunca ter circulado pelo bairro onde estava localizado o CRAS antes da experiência do estágio, nem presenciado realidades como aquela antes.

O encontro com a vila mudou minha trajetória profissional. Apesar do cenário cruel, o que mais me impactou durante a VD foi a atuação da psicologia. A motivação da

⁵ A escolha pelo campo da Psicologia Social não parte da intenção de incentivar um especialismo, mas pretende afirmar que a existência de um campo, didaticamente denominado de Psicologia Social, só faz sentido como recurso para aproximação dos que lutam por uma psicologia comprometida com a mudança social (GONÇALVES, 2020).

⁶ O artigo é escrito em primeira pessoa do singular, apesar de contar com múltiplas autoras. Essa escolha pretende respeitar o processo de escrita do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) da primeira autora, bem como de valorizar a vivência em campo como produtora de conhecimento.

⁷ O SUAS é o modelo de gestão que operacionaliza ações de assistência social no Brasil. A assistência social compõe o Sistema de Seguridade Social, conforme a Constituição Federal de 1988. Assim como a saúde, a assistência social é um direito do cidadão e dever do Estado.

⁸ O CRAS é o principal serviço da Proteção Social Básica do SUAS. Configura-se como a porta de entrada da população aos atendimentos no âmbito do SUAS. Seu público-alvo são pessoas em situação de vulnerabilidade social.

⁹ Há quem compreenda vila como um sinônimo de favela, porém na linguagem coloquial do Sul. Também são apontadas diferenças entre as duas terminologias: vila seria uma região quase sempre afastada do centro da cidade, diferentemente da favela. São conceitos bastante próximos e não existe consenso, nem dentre os vileiros/favelados, de serem a mesma coisa (FURTADO, 2014).

visita era a suspeita de negligência materna. A equipe do CRAS ocupava-se em questionar os cuidados da mãe com a criança, mas ninguém parecia preocupar-se com o fato de estarmos presenciando centenas de pessoas sem acesso à direitos básicos como água, moradia, saneamento básico, alimentação, transporte, educação, saúde... a lista de violações era longa. Como é possível questionar os cuidados de uma mãe que vive numa situação como essa? Como podemos pensar em hipóteses diagnósticas de transtornos mentais de pessoas que passam fome?

Durante a graduação não tive aulas que contemplassem a interação entre desigualdades sociais e saúde mental. Quando me deparei com a realidade brutal das maiorias populares brasileiras passei a questionar minha formação acadêmica. De acordo com Martín-Baró (2017), a situação dos povos latino-americanos deveria convocar a Psicologia Social a questionar-se: estamos pensando em contribuições possíveis para os graves problemas sociais que assolam nossos países? O que faz um(a) psicóloga(o) social em um contexto de graves violações aos direitos humanos? Qual o papel da psicologia social brasileira?

Martín-Baró (1996) já escrevia sobre o papel da psicologia social nos anos 1990; para ele o trabalho da Psicologia Social deve partir da realidade concreta da população atendida. O autor critica a atuação e a teoria psicológica que foram majoritariamente pensadas para intervenção com populações que nada se relacionam com a realidade latino-americana; sua recomendação é partirmos da realidade e colocar em relevo a fragilidade das práticas e teorias psi, que deveriam ser construídas a partir das demandas reais da população e não o inverso. O autor também problematiza o fato de a psicologia ocupar-se, majoritariamente, do atendimento clínico individual das elites, negligenciando os componentes sociais que contribuem para o processo de adoecimento e produção de saúde das populações.

Mariana Gonçalves (2020) afirma que cabe à psicologia resolver seus problemas históricos e consequentes referenciais teóricos que serviram e servem para a manutenção do *status quo*, contribuindo com práticas higienistas e de dominação das classes subalternizadas. Assim, torna-se crucial a proposição de outras bases teóricas e outras formas de se produzir intervenções da/na psicologia social, cabendo a nós, psicólogas(os) inseridas(os) nas vilas e favelas brasileiras, propor um novo *quefazer* para nossa atuação (GONÇALVES, 2020). A autora propõe uma nova perspectiva popular em psicologia, uma favelização da psicologia em detrimento da psicologização da favela

(GONÇALVES, 2020). Esse processo só pode acontecer longe da assepsia dos consultórios particulares e no encontro com a realidade das populações subalternizadas, aproximando as práticas da categoria às necessidades concretas do território.

Este artigo tem como objetivo discutir a prática da psicologia na Atenção Básica à Saúde, a partir da experiência da primeira autora como psicóloga residente do Programa de Saúde da Família e Comunidade no Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Para tanto, inspira-se na cartografia: uma forma de pesquisar que considera a inseparabilidade entre conhecer e fazer, entre pesquisar e intervir, partindo do pressuposto que toda pesquisa é intervenção, “[...] buscando elementos que se deslocam para novas produções de conhecimento” (SAFFER; BARONE, 2017, p. 816). O campo de onde advém as experiências que embasam este trabalho é uma US que se constituiu como principal cenário de prática ao longo da formação da primeira autora na residência, em diálogo com as orientadoras do trabalho (demais autoras). Uma escrita tecida em primeira pessoa, partindo de memórias da trajetória profissional da primeira autora em diálogo com as demais autoras. E parte de trechos dos diários de campo construídos ao longo da residência para discutir com teóricas(os) que propõem uma implicação política da Psicologia Social, com as diretrizes previstas para a atuação da Psicologia na AB e pensadoras feministas, a fim de pensar práticas comprometidas com a mudança social.

A compreensão da pesquisa como intervenção prevê o abandono de qualquer pretensão de neutralidade, compreendendo que a escolha das ferramentas de pesquisa e de análise de dados define uma certa forma de criar uma realidade de si e do mundo, provocando, assim, consequências políticas (SAFFER; BARONE, 2017). Para tanto é preciso, antes, reconhecer que a produção de conhecimento que se diz neutra, objetiva, universal, positiva, também configura uma escolha política, sendo essa a base de produção para uma colonialidade do saber (CURIEL, 2020). Ao assumir o compromisso de uma metodologia que nega a neutralidade na produção de conhecimento científico, torna-se relevante refletir sobre a necessidade de criação de metodologias feministas. Curiel (2020) propõe que seja realizado um desengajamento epistemológico, que demanda o reconhecimento e legitimação dos saberes considerados subalternizados, revelando as estratégias que marcam certos grupos sociais como outras(os) a partir de uma lógica de dominação. Produzir conhecimento, desta forma, está implicado em respeitar e reconhecer outras formas de produção de conhecimento através de pesquisas, propostas metodológicas e pedagógicas que emergem de “[...] processos coletivos, de

organizações e comunidades, para o fortalecimento dos nossos próprios quadros analíticos, permitindo-nos, assim, buscar as melhores vias para a transformação social” (CURIEL, 2020, p. 136).

No encontro com o território da US, muitas queixas trazidas por mulheres podiam ser relacionadas com a estrutura patriarcal, evidenciando a necessidade de aproximação da prática psicossocial com as pautas feministas. No movimento de pensar formas politizadas de exercer o cuidado, foi criado um dispositivo grupal para o atendimento de mulheres na US. O acompanhamento do processo de criação do grupo foi registrado em diários de campo, dando lugar para as afetações vivenciadas no território, promovendo reflexões sobre elas.

Aqui, o diário assume também o seu sentido mais usual, visto que sou eu quem escreve sobre a minha experiência enquanto residente de Psicologia na AB, tratando-se de uma escrita encarnada, conforme proposto por Messeder (2020), na aposta de construção de um conhecimento científico blasfêmico, no qual a minha corporeidade enquanto mulher, brasileira, cisgênera, feminista, branca, classe média e heretossexual que entra em contato com o saberes das sujeitas da vila, na sua maioria mães solo, beneficiárias de programas sociais, negras e pobres, são consideradas na produção de conhecimento. Ao longo do texto serão trazidos trechos dos diários, memórias da minha trajetória profissional, afetos e reflexões sobre os encontros no campo.

Diante do exposto, a atuação da Psicologia deve considerar as diferentes marcas que engendram o processo de opressão, como gênero, raça, classe, desejo sexual, nacionalidade etc., visto que as “[...] desigualdades sociais precisam ser pensadas sempre sob a perspectiva de que são racializadas e generificadas, isto é, atingem diferentemente sujeitos negra(o)s e branca(o)s, mulheres e homens” (OLIVEIRA, 2017, p. 386). Práticas psicológicas que desconsideram os marcadores sociais no processo saúde/doença estão suscetíveis a serem reprodutoras de violências ao legitimar estruturas de exclusão, como o sexismo e o racismo, revelando a necessidade de uma ampliação teórica sobre os componentes psicossociais que contribuem para o processo de exclusão social, bem como daqueles responsáveis por deslocamentos visando a emancipação (OLIVEIRA, 2017). Se compreendemos que as desigualdades atingem de forma distinta homens e mulheres, brancos(as) e negros(as), não seria papel da Psicologia Social promover pontos de encontro com a luta feminista e antirracista?

Gonçalves (2020) descreve a existência de um desconforto da categoria em assumir que uma prática politizada também é psicologia. A autora afirma que reivindicar que essas práticas podem e devem compor a atuação *psi* configura em uma ferramenta de resistência aos dispositivos de saber-poder que aprisionam a atuação da categoria. Não basta aliar-se às demandas da vila, das mulheres, das pessoas negras, mas também assumir que isso é psicologia. “Ainda é preciso assegurar que o nosso campo de disputa é (n)a Psicologia, e, ao fazer isso, esfacelamos os discursos que defendem a existência de uma psicologia exclusivamente atenta aos psicologismos intimistas e individualistas da classe burguesa” (GONÇALVES, 2020, p. 30).

Apesar da existência de uma discussão teórica sobre a atuação da Psicologia Social no contexto da AB e recente publicação do Conselho Federal de Psicologia (2019) de Referências Técnicas para atuação de psicólogas na Atenção Básica à Saúde, o principal dispositivo de atuação da psicologia na AB do GHC segue sendo a clínica individual. Por mais que a categoria *psi* tenha posicionamentos políticos dentre os profissionais do serviço, essa mobilização política não visa encontrar a clínica e, como já observado por Gonçalves (2020) e Martín-Baró (1996), parece que ao se falar em política não estamos mais falando de Psicologia. No cotidiano da US observei a tendência do cuidado em saúde de ir por via de individualização da demanda, que sem o cuidado necessário pode acabar alienando as práticas em saúde da situação sócio-histórica do território atendido.

Ao ingressar na residência, alimentava a expectativa de encontrar as respostas para a minha inquietação acerca da atuação da psicologia social brasileira, na esperança de desvendar, de uma vez por todas, o que faz uma psicóloga social na prática. Com o tempo, compreendi que precisaria, de acordo com as recomendações de Paulo Freire, conjugar o verbo:

É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo *esperançar*; porque tem gente que tem esperança do verbo *esperar*. E esperança do verbo *esperar* não é esperança, é *espera*. *Esperançar* é se levantar, *esperançar* é ir atrás, *esperançar* é construir, *esperançar* é não desistir! *Esperançar* é levar adiante, *esperançar* é juntar-se com outros para fazer de outro modo (FREIRE, 1997, s/p.).

Esperançando novas formas de produção de conhecimento e de intervenção no contexto da psicologia social na Atenção Básica à Saúde, o presente estudo pretende alimentar o debate sobre a dimensão ético-política da relação entre a atuação da psicologia social e a Atenção Básica à Saúde (AB), considerando o conceito de sofrimento ético-político proposto por Sawaia (2001), os estudos de Martín-Baró (2017) sobre o papel da

psicologia social e a proposta de uma prática comprometida com a transformação social, conforme apontam Gonçalves (2020) e Oliveira (2017), a partir de uma perspectiva feminista. Parto do entendimento de que as mulheres que frequentam a US apresentam uma situação sócio-histórica específica, evidenciando uma realidade a ser transformada. Para finalizar será apresentada a experiência de criação do grupo de mulheres na US, como ferramenta de conscientização e intervenção possível para a promoção da saúde na Atenção Básica à Saúde.

Psicologia social na Atenção Básica à Saúde e compromisso social

Quando ingressei na residência, o núcleo psicossocial da US se ocupava em reestruturar o acesso da população adscrita aos atendimentos psicossociais. Pensar sobre o acesso da comunidade ao atendimento psicológico demanda a reflexão sobre o papel da psicologia na AB. Se não temos nitidez sobre nosso papel, como planejamos nossas ações? Diversos fatores históricos da categoria psicológica colaboraram para a construção de um modelo de representação ideal de sujeito, o sujeito psicológico, que pauta as teorias e práticas profissionais da Psicologia, definindo a identidade e cultura profissional de acordo com este modo particular de subjetividade (Magda DIMENSTEIN, 2000, p. 99). A hegemonia desta concepção de sujeito tende a universalizar uma certa forma de subjetivação como único modelo de subjetividade possível, excluindo a complexidade e multideterminação do processo de subjetivação, desprezando outras formas de subjetividade que escapam desse modelo (DIMENSTEIN, 2000).

A psicologia ensinada nas universidades brasileiras muitas vezes propõe-se apolítica, neutra e, por consequência, mergulhada na ideologia dominante, promovendo uma prática psicológica elitista, ingênua, pouco eficaz, psicologizante e acrítica, revelando uma cultura profissional que dificulta a atuação da psicologia nos serviços públicos de saúde, pois não está preparada para lidar com a realidade e formas de subjetivação das maiorias populares brasileiras (DIMENSTEIN, 2000). Outra questão importante, levantada por Dimenstein (2000), é a reflexão sobre o papel da psicologia como ferramenta para o ajustamento social, patologizando comportamentos considerados desviantes, separando o “normal” do “anormal”, legitimando práticas de exclusão e dominação.

Foi possível observar a resistência da psicologia em sair no consultório do dia a dia da residência. Cabe pontuar que não se trata de criminalizar atendimentos individuais

na AB, mas compreender que o comprometimento social pode e deve encontrar a clínica. Não esqueço do atendimento de um adolescente na US, que foi encaminhado para o núcleo de psicologia pois estaria com depressão. Durante o primeiro atendimento o jovem relatou sentir uma tristeza intensa e que frequentemente tinha crises de choro e episódios de automutilação. Durante a consulta ele revelou que essa tristeza era motivada pela falta de comida em casa, e que o fato de não saber quando iria se alimentar novamente piorava seus sintomas. Podemos dizer que esse jovem sofre de transtornos mentais? Me arrisco a dizer que sentir-se triste diante de uma realidade como essa configura uma reação adequada ao seu contexto e não um distúrbio. Desconsiderar os fatores sociais que influenciam o adoecimento do adolescente não pode ser considerado uma forma de cuidado, pois o inscreve como doente quando, na verdade, estamos diante de uma situação de violação de direitos.

A experiência na residência foi atravessada pela pandemia do Covid-19, que chegou no Brasil no início do segundo ano de formação, provocando mudanças no processo de trabalho da US. Os serviços precisaram se adequar à nova realidade sanitária, ocasionando, em certo momento, uma suspensão dos atendimentos presenciais da psicologia na US. Com essa situação, ocorreu um movimento por parte da categoria com o intuito de reivindicar o afastamento da psicologia do campo, com o argumento de que se não podíamos mais realizar atendimentos clínicos individuais, não havia motivos para permanecermos no campo.

Cabe contextualizar que, na época, a Nota Técnica Nº 03/2020 (BRASIL, 2020) tinha acabado de extinguir o incentivo financeiro ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), gerando incertezas em relação à continuidade do modelo, impactando diretamente a inserção da psicologia na AB. Além disso, durante parte da pandemia, uma determinação da Gerência de Saúde Comunitária (GSC) do GHC separou as categorias profissionais entre “essenciais” e “não essenciais”, quando qualificou as profissões relativas ao NASF como “não essenciais”, permitindo o revezamento desses profissionais no campo com abono do ponto, enquanto os profissionais qualificados como “essenciais” não tiveram direito a ações que visavam diminuir sua exposição ao coronavírus. A Nota Técnica Nº 03/2020 e a determinação da GSC colocam em xeque o lugar do NASF na AB, como se a atuação do NASF-AB fosse eletiva, não essencial, dispensável no cuidado da população.

Para propor crítica sobre a psicologia na AB é necessário incluir as questões relativas ao processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Básica à Saúde, que inauguram um processo revolucionário de concepção de uma saúde pública e universal, direito do povo e dever do Estado, de base territorial e comunitária, que prima por equipes multiprofissionais que concorre com um modelo de atenção à saúde privado, hospital-centrado, calcado no saber biomédico (CFP, 2019). “Nesse sentido, a AB não emerge como uma área qualquer de atuação da(o) psicóloga(o), mas como uma área em que se estão construindo as principais expectativas do campo da saúde, voltadas para a mudança de uma racionalidade em saúde” (CFP, 2019, p. 32). Assim, o compromisso com a mudança social deve englobar a luta em defesa do SUS, da AB e do NASF, visto que são políticas públicas implicadas com a superação da desigualdade social brasileira, garantindo o olhar para a especificidade de cada território, afirmando a importância de profissionais da saúde mental na Atenção Básica à Saúde, símbolo de uma concepção de saúde como direito e não mercadoria.

Todo o exposto sobre a formação acadêmica da psicologia evidencia a carência de referenciais de atuação que contemplem o encontro entre saúde mental e desigualdades sociais. A Lei 8080/1990, que regulamenta o SUS, entende que a saúde da população é expressa pela organização social e econômica do país, tendo como determinantes e condicionantes do processo saúde/doença o acesso da população à alimentação, moradia, saneamento básico, renda, trabalho, lazer, bens e serviços essenciais, entre outros (BRASIL, 1990). Dessa forma, a racionalidade em saúde defendida pelo SUS compreende a exclusão social e as desigualdades como um fator de risco para a saúde, reforçando a necessidade de maior inclusão dessa temática na produção de conhecimento da/na Psicologia Social.

Essa escassez diz de uma produção de conhecimento feita, em sua maioria, por homens brancos, embasados por autores europeus, que compactuam com a construção de um ideal de sujeito universal desracializado e masculino (OLIVEIRA et al., 2019). Porém a realidade das políticas públicas brasileiras não corresponde a essa forma de subjetivação, “[...] uma vez que elas costumam ser operacionalizadas em territórios pauperizados, generificados e racializados. Não por acaso, as mulheres negras estão entre suas maiores usuárias” (OLIVEIRA et al., 2019, p. 142). Por isso, se faz tão necessário seguir as instruções de Martín-Baró (2017), e partir da realidade brasileira para a

produção de conhecimentos e práticas da/na Psicologia Social que procurem se aliar às reais necessidades da nossa população.

As(os) psicólogas(os) na AB devem pensar a partir da concepção de sofrimento ético-político, proposto por Sawaia (2001), para quem as diferentes formas de exclusão se concretizam na(o) sujeita(o), na realidade de cada um(a); porém a(o) indivíduo(a) não é culpada(o) por sua condição social e nem pode ser responsabilizada(o) por superá-la (CFP, 2019).

O território no qual a US está localizada se configura como o mais vulnerável dentre as US do GHC, com alta prevalência de mulheres e crianças, na sua maioria beneficiárias do Programa Bolsa Família. Devido ao histórico de remoção e reassentamento que marca o território, ocorreu um aumento significativo da violência urbana, e durante a residência aconteceu algumas vezes de a US precisar suspender o atendimento devido às situações de violência no território. A demanda por direitos básicos como alimentação, renda e transporte aparecia com frequência nos atendimentos, situação que foi agravada durante o período de pandemia.

A partir do movimento de reestruturação do acesso aos núcleos psicossociais, a noção de dimensão ético-política do processo de adoecimento da AB provocou reflexões do núcleo psicossocial da US, gerando discussões sobre a possibilidade de um atendimento compartilhado entre psicologia e serviço social, considerando a inseparabilidade entre saúde mental e os determinantes sociais. Através dessas discussões, o núcleo psicossocial da US propôs a implementação de uma escuta multidisciplinar para acolher a demanda psicossocial. Chamamos essa modalidade de atendimento de Interconsulta Psicossocial (IP), que previa uma dupla, composta por um(a) psicóloga(o) e um(a) assistente social, para realizar o primeiro atendimento da demanda considerada psicossocial da US. Também construímos um documento, preenchido no encontro com a(o) usuária(o) na IP, que visava mapear a demanda psicossocial do território a ser futuramente analisada para inspirar possíveis intervenções.

Segue trecho do diário de campo que ilustra a questão:

Hoje acompanhei a Tiana nos seus atendimentos, na primeira Interconsulta Psicossocial (IP) na US. Como ainda estamos implementando a IP, os casos haviam sido previamente agendados para atendimento com o serviço social, porém vários elementos vinculados à saúde mental apareceram: um dos casos tinha como demanda principal o acesso ao BPC¹⁰, porém a usuária relatou durante o atendimento que um familiar, que residia na mesma casa que ela,

¹⁰ O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um benefício assistencial para pessoas com deficiência ou idosos de baixa renda no Brasil.

estava passando por uma crise de saúde mental grave após perder o emprego, e que não sabia como lidar com a situação de conviver com uma pessoa em surto. Outro caso foi uma mãe que veio solicitar transporte social¹¹ para o filho com deficiência. Ao longo do atendimento ela fala sobre a exaustão de ser a única cuidadora do filho, além do sofrimento relacionado às situações de *bullying* que o filho sofreu na escola. De acordo com ela, em decorrência do *bullying*, o menino desenvolveu depressão (MENIN, 2019).

O advento da IP proporcionou a realização de uma escuta territorial das questões psicossociais da comunidade através da análise dos documentos preenchidos. Examinando esses dados percebi alguns padrões das demandas trazidas pelo território. Grande parte das demandas acolhidas partiam de mulheres que relataram sobrecarga com o trabalho doméstico, dificuldade na criação dos filhos, sofrimento relacionado à imagem corporal, ansiedade, exaustão, competição com outras mulheres, solidão, excesso de responsabilidade no cuidado de familiares e vizinhos, violência de gênero, insegurança alimentar, desemprego, abandono conjugal e/ou do genitor de seus filhos com relação às crianças, etc. É possível relacionar o sofrimento relatado pelas usuárias com o fato de serem mulheres em desvantagem socioeconômica, como revela este trecho do Diário de Campo:

Uma colega me procurou para discutir um caso. Tratava-se de uma mulher que se mudou recentemente para o território da Unidade de Saúde, com cinco filhos. O motivo da mudança foi o rompimento com o ex-companheiro abusivo. A usuária havia acionado a Lei Maria da Penha e se mudou com os filhos para o território, no meio da pandemia, onde não conhece ninguém, para morar de aluguel e sem emprego. Uma das queixas no seu primeiro atendimento na Unidade de Saúde era a insegurança alimentar. Todo o dinheiro que estava recebendo do auxílio emergencial¹² ia para pagar o aluguel e não tinha para manter a alimentação dela e das crianças. Semanas depois do primeiro atendimento a usuária retorna, dessa vez com ferimentos provocados por automutilação e ideação suicida. Relata ter perdido 10kg desde que se mudou para o novo endereço e que segue sem dar conta da alimentação dela e dos filhos. Nega internação pois não tem com quem deixar as crianças e, de acordo com ela, só vale viver para ficar perto dos filhos. Refere medo do ex-companheiro encontrá-la e manifesta baixíssima autoestima. Não conta com apoio de familiares e nem possui vínculos no território. Para completar, a escola e a educação infantil não estão funcionando em função da pandemia, significando crianças o dia todo em casa, sem acesso à alimentação da escola (MENIN, 2020).

A faculdade de Psicologia não nos ensina a lidar com situações como essa. Gonçalves (2020) problematiza a psicologização da favela e, apesar de não falar especificamente sobre o recorte de gênero, a questão da psicologização serve para refletir

¹¹ Transporte oferecido pela Prefeitura para garantir o tratamento de pacientes com dificuldade de locomoção.

¹² Programa de transferência de renda para famílias de baixa renda durante a pandemia da Covid-19 no Brasil.

sobre o atendimento de mulheres nesse contexto. Psicologizar é encontrar explicações psicológicas para questões sociais e naturalizá-las como pertencentes a essas mulheres pobres, sem questionar os fatores sociais imbricados nesse processo, como se a preocupação primordial fosse aplicar os conhecimentos psicológicos aprendidos na faculdade, sem questionar se os mesmos atendem às necessidades concretas na população atendida.

No caso citado no diário de campo, podemos observar alguns elementos que evidenciam o cunho ético-político do sofrimento relatado, como a situação de violência doméstica, renda insuficiente e o desemprego. Problematizar a psicologização dos atendimentos na US não é uma tarefa fácil, nem óbvia. Encontrar explicações psicológicas para lidar com a demanda que chega à US é uma saída simples para um problema complexo, mas também configura uma saída confortável para a(o) profissional, visto que permite que a(o) mesma(o) se ampare em uma explicação legitimada pela categoria para lidar com a questão. A compreensão da dimensão ético-política do processo de adoecimento pode trazer mais desafios do que soluções quando se é a profissional responsável por proporcionar a construção de um plano de atendimento para a usuária. Se as condições sociais em que a pessoa está mergulhada determinam a forma como ela sofre, quais as intervenções possíveis da psicologia social?

Paulo Freire (1986) traz o conceito de conscientização como uma ferramenta de libertação dos oprimidos, em que a tomada de consciência sobre uma situação de injustiça confere aos oprimidos sua inserção no processo histórico como sujeitos, permitindo que consigam compreender sua condição de opressão, inscrevendo-os na busca de sua libertação. A conscientização para Paulo Freire é compreendida como um processo pedagógico, de crítica sobre a realidade, condição para a afirmação do compromisso humano diante de seu contexto social, sendo “[...] através da conscientização que os sujeitos assumem seu compromisso histórico no processo de fazer e refazer o mundo, dentro de possibilidades concretas, fazendo e refazendo também a si mesmos” (STRECK; REDIN; ZITKOSKI, 2010, p. 88). [CS2][VM3]

Martín-Baró (1996) propõe a conscientização como esfera do *quefazer* da Psicologia Social, recolocando sua teoria e práxis a serviço das maiorias populares, auxiliando a população a superar sua situação de alienação acerca da sua realidade, a fim de fornecer o combustível necessário para transformar as condições opressivas de seu contexto. Promover espaços que propiciam a tomada de consciência sobre a realidade é

aqui compreendida como uma ferramenta para a atuação da Psicologia Social, sendo uma forma de aproximar a atuação profissional com a realidade do território, das pessoas que ali habitam, gerando encontros potentes para a produção de saúde da sua forma mais ampla, considerando seus determinantes e condicionantes.

De acordo com o Atlas da violência de 2020 do IPEA, uma mulher é assassinada a cada duas horas no Brasil, porém a chance de uma mulher negra ser assassinada é 68% maior do que uma mulher branca. A taxa de feminicídio de mulheres negras aumentou 12,4% enquanto a taxa de mulheres brancas caiu 11,7%. Segundo levantamento do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2019), 76,4% das mulheres vítimas violência conhecem o seu agressor e 42% dos casos de violência ocorreram na casa da vítima. Outro dado significativo é que quanto menos escolaridade tem a mulher, menos chance ela apresenta de efetivar denúncia formal à violência sofrida. A violência sexual contra mulheres também subiu, sendo uma mulher estuprada a cada 8 minutos no país e quatro meninas de até 13 anos estupradas por hora. Esses dados evidenciam uma realidade de intensa violência de gênero, em que o fato de ser mulher é um fator de risco para a vida, com agravantes no caso das mulheres negras (FÓRUM BRASIEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020).^{[CS4][VM5]}

Se tantas mulheres relatam sofrimento psíquico relacionado aos seus marcadores sociais de gênero, raça e classe, por que tratamos suas demandas como individuais, como uma doença orgânica? Como não individualizar sofrimentos de causa social? Como fugir da lógica de atendimentos que patologizam desigualdades sociais? Se compreendemos que a estrutura patriarcal traz danos à saúde, como a psicologia pode propor intervenções comprometidas com a mudança social? A fim de propor outras formas de atendimento, que não fossem pela via de individualizar e patologizar as questões sociais que contribuam para o processo saúde/doença das usuárias na US, mas de proporcionar a conscientização como estratégia de intervenção, propus a criação de um grupo de mulheres com o objetivo de esperar novas maneiras de intervir enquanto psicóloga social.

A iniciativa de criação do grupo só foi possível através do encontro com mulheres durante o período da residência. O debate sobre feminismo era intenso entre o núcleo psicossocial e na equipe de forma geral, composta por maioria feminina, proporcionando muito aprendizado para todas(os). Não eram raros os momentos de compartilhamento de histórias pessoais entre as colegas, trazendo relatos sobre a tomada de consciência sobre

o machismo, momento em que nos sentíamos fortalecidas, possibilitando movimentos de resistência e mudanças na nossa vida pessoal. Durante essas trocas com as colegas, muitas vezes compartilhamos sentimentos sobre o atendimento de mulheres na US, visto que percebemos como o sexismo apresentava-se como entrave no atendimento das usuárias.

Como o processo de tomada de consciência sobre a estrutura patriarcal estava latente em nós, sentíamos empatia pelas usuárias pois bem sabíamos como era viver uma situação de vitimização, muitas vezes sem crítica sobre a situação. Assim que a ideia do grupo foi compartilhada como proposta de intervenção, rapidamente mulheres da equipe tiveram interesse em participar do grupo. A criação do grupo de mulheres na US parte desse encontro entre usuárias e trabalhadoras, apostando que reunir mulheres para conversar poderia ser potente, incluindo as usuárias nas conversas que já rolavam entre as trabalhadoras, pois sentíamos na pele o quanto essa troca era poderosa para nós.

Feminismo e Psicologia Social: o grupo de mulheres como estratégia de cuidado

Não continuamos só por continuar. A resistência denota que estamos criando algo (ESTÉS, 2014, p.435).

Para iniciar a discussão sobre feminismo e Psicologia Social é preciso considerar gênero como uma construção social, tal como proposto na obra de Judith Butler, que “[...] resulta numa prática que confere à mulher um lugar tangenciado pelo preconceito dado o caráter natural – e não político – que é conferido à sua existência” (BUTLER, 2002; 2003; 2010 apud OLIVEIRA; PEZZATO; MENDES, 2018, p. 2). Compreender gênero como uma construção social rompe com a lógica biologizante da questão, evidenciando o patriarcado como um sistema masculino de opressão às mulheres, que opera através de um conjunto de relações sociais que se baseia nas relações hierárquicas entre os homens, se sustentando na solidariedade entre eles para oprimir e controlar as mulheres (SAFFIOTI, 1999).

Silvia Federici, em seu livro *Calibã e a Bruxa* (2017), faz uma importante análise sobre como o patriarcado e a escravidão formam a base para a consolidação do sistema capitalista, através da exploração do trabalho não remunerado de mulheres, pessoas negras e indígenas.

A definição da negritude e da feminilidade como marcas da bestialidade e da irracionalidade correspondia à exclusão de mulheres na Europa - assim como das mulheres e dos homens nas colônias - do contrato social implícito no salário, com a consequente naturalização de sua exploração (FEDERECI, 2017, p. 360).

Para que fosse possível dominar as mulheres no início do sistema capitalista, foi instituída a caça às bruxas como forma de silenciar aquelas que resistiram à nova ordem social (FEDERICI, 2017). Foi criado o personagem da bruxa, uma mulher louca, malvada e suja, que deveria ser perseguida e aniquilada. Desta forma, centenas de milhares (talvez milhões) foram queimadas na fogueira com a justificativa de bruxaria, sendo este o grande genocídio contra as mulheres na Europa, com repercussões globais até a atualidade (FEDERICI, 2017). A autora destaca que, a partir desse contexto, a pobreza foi feminilizada, visto que o trabalho das mulheres foi conferido como um recurso natural, e como tal sem necessidade de salário, dependendo integralmente dos homens para sua subsistência. Cabe frisar que a feminização da pobreza atinge com mais brutalidade as mulheres não-brancas, pois os privilégios conferidos à branquitude permitiram maior mobilidade social de mulheres brancas com privilégios de classe.

Outra questão chave para a consolidação da estrutura patriarcal consiste na dominação dos corpos femininos, que deixam de pertencer às mulheres e passam a ser controlados pelo Estado (FEDERICI, 2017). Foi durante a caça às bruxas que os homens passaram a ser responsáveis pelo parto, o aborto foi criminalizado e a sexualidade das mulheres foi considerada demoníaca. O medo da perseguição e a instauração do patriarcado como estrutura contribuiu para a alienação das mulheres sobre seus próprios corpos, sua prole e seu destino, efeitos que podemos observar até os dias de hoje. Analisando minhas anotações nos diários de campo, tenho o registro de quatro atendimentos de usuárias diferentes que desconheciam de onde vinha a menstruação. No diário, também constam os desenhos que fiz do aparelho reprodutor feminino, que usei para conversar com as mulheres sobre o funcionamento do seu próprio corpo.

Esse controle e vigilância dos corpos femininos pode ser observado no cotidiano dos serviços públicos de saúde, visto que os modos de performar a feminilidade das usuárias é constituída no dia a dia dos serviços, nos encontros entre usuárias e profissionais, nas propostas terapêuticas, sendo possível perceber como as questões vinculadas ao gênero se revertem em práticas de produção de saúde (OLIVEIRA; PEZZATO; MENDES, 2018). Durante a residência observei situações em que as relações de gênero, imbricadas por marcadores de raça e classe, regulavam a forma como a equipe da US olhava para o caso. Durante discussões de caso entre a equipe, frequentemente a conduta de tratamento de mulheres era atravessada por julgamentos morais, como em uma situação em que uma colega de equipe alegava que não adiantaria oferecer apoio

para uma usuária em situação de violência doméstica pois ela “gostava de apanhar”. Oliveira, Pezzato e Mendes (2018) alertam para como os serviços de saúde podem atuar como reguladores sanitários das famílias pobres, principalmente no que tange ao atendimento de mulheres e mães, através de uma fiscalização do comportamento das mulheres em detrimento da garantia de direitos.

Outra situação que ilustra essa questão foi o fato da US ter recebido um documento do judiciário solicitando que a equipe de saúde incentivasse uma usuária a realizar o procedimento de laqueadura tubária. A justificativa do pedido se dava pelo fato da usuária fazer uso de drogas, estar em situação de rua e já ter perdido a guarda dos filhos. Outra cena significativa é narrada no diário de campo:

Fui até o CAPS matriciar um caso que eu acompanhava da US e acabei caindo de paraquedas em uma reunião da rede de atendimento com uma outra usuária, que eu não conhecia, mas como era moradora do território da US, e eu já estava no CAPS, me convidaram para participar. Estavam presentes todos os serviços de proteção do território: Conselho Tutelar, escola, CAPS, US, CRAS. Esse batalhão tinha agendado uma conversa com a mãe de um menino atendido pelo CAPS, pois ele vinha apresentando faltas constantes nos atendimentos e na escola. A usuária era mãe de dois filhos, um deles com problemas de saúde mental, que tratava no serviço, e outro que regulava de idade com o primeiro. Ela não contava com o pai para a criação e sustento dos filhos, e residia sozinha com os dois, sendo a única responsável pelo cuidado integral das crianças. Após os serviços realizarem uma longa fala sobre a gravidade dos problemas de saúde da criança, compreendi que o Conselho Tutelar havia aplicado uma medida de proteção, que obrigava a mãe a manter o tratamento do filho, sob a ameaça de acolhimento das crianças. Em dado momento da reunião a mãe conseguiu externalizar sua raiva e disse que ela não conseguia levar o menino ao CAPS pois precisava trabalhar para dar o que comer aos filhos. Disse que já havia solicitado encaminhamento do BPC do menino, visto que com a renda do benefício poderia dedicar-se aos cuidados específicos do filho, mas que o CAPS havia se negado a produzir um laudo pois não queria rotular a criança com um diagnóstico. Também reclamou sobre a falta de vale transporte para o deslocamento até a consulta, pois o CAPS era longe de sua moradia.

A reunião acabou com grande parte dos presentes julgando os cuidados da usuária como mãe. Fico me perguntando se a comitiva de serviços agendou a mesma reunião com o pai das crianças (MENIN, 2019).

Cabe considerar a patologização de agravos sociais, invisibilizando as situações de violência (física, sexual, estatal), principalmente no que diz respeito ao cuidado em saúde mental. Pedrosa e Zanello (2016) falam sobre a relação entre transtornos mentais e violência contra a mulher, chamando a atenção para a invisibilidade das situações de violência na construção de um diagnóstico e plano terapêutico de mulheres em serviços de saúde mental. Zanello (2020) faz uma importante contribuição sobre como os marcadores de gênero moldam as formas de subjetividade de homens e mulheres, evidenciando como a estrutura patriarcal traz danos para a saúde de todas(os).

A minha inquietação sobre o papel da Psicologia Social encontrou o feminismo como uma forma de pensar os atendimentos de mulheres na US. bell hooks¹³ apresenta a conscientização como ferramenta fundamental do feminismo e afirma: “feministas são formadas, não nascem feministas” (HOOKS, 2015, p. 25), pois ninguém passa a defender políticas feministas simplesmente por ter nascido com um corpo feminino, mas que, como todas as posições políticas, o posicionamento feminista configura uma escolha. Quando as mulheres começaram a se organizar pela primeira vez em grupos para discutir sobre sexismo, perceberam que estavam tão socializadas para perpetuar o machismo quanto os homens, evidenciando que para superar o patriarcado é preciso, antes, que as mulheres tomem consciência sobre sua situação, mudando a si mesmas para que assim possam mudar o mundo (HOOKS, 2015).

O feminismo era um assunto frequente entre as trabalhadoras da US, sentíamos como o machismo participava do processo de adoecimento das mulheres do território, e dos nossos também, mas não sabíamos como fazer para incluir o tema nos atendimentos. A ideia de criação do grupo de mulheres veio dessa aposta, de proporcionar um espaço de conscientização feminista como estratégia de cuidado em saúde. Apenas trabalhadoras mulheres participaram do grupo, mas de diferentes áreas: psicólogas, assistentes sociais, médicas e enfermeiras, praticamente todas residentes. Dentre as trabalhadoras, eram todas mulheres brancas, com orientações sexuais distintas, com corpos fora e dentro do padrão, provenientes de classes sociais com mais e menos acesso. Em relação ao convite para a participação das usuárias, focamos em convidar mulheres jovens, entre 18 e 50 anos, que tivessem apresentado, durante demais atendimentos na US, algum relato ou sofrimento relacionado com o patriarcado. O grupo de usuárias era composto por uma grande maioria de mães, com idade entre 25 e 35 anos, beneficiárias de programas sociais, heterossexuais e bem heterogêneo no que tange à raça. Cabe destacar que mulheres trans também foram consideradas, porém não tivemos nenhuma participante trans ao longo da experiência.

Uma de nossas preocupações era a identificação do grupo de mulheres como um cuidado em saúde. Uma questão que discutimos durante a criação do grupo foi o fato de percebermos que quando as mulheres eram chamadas para ir em uma consulta individual, elas tinham mais facilidade de compreender essa modalidade de atendimento

¹³ Nome com as iniciais em letra minúscula em respeito a opção da autora, que utiliza o pseudônimo bell hooks para assinar suas obras.

como prática em saúde, o que não ocorria quando convidávamos para o grupo. Uma das estratégias adotadas foi apresentar a proposta do grupo de mulheres para a equipe da US, com o objetivo de que todas(os) as(os) profissionais da US pudessem encaminhar usuárias ao grupo, quando identificassem a demanda. Um exemplo disso foi uma médica que passou a encaminhar usuárias utilizando o mesmo instrumento que a US usa para agendamento de consultas, dando a mesma importância para o grupo e atendimentos individuais. Outra estratégia foi a garantia de um atestado de comparecimento na US para as participantes do grupo, assim como é fornecido em consultas individuais, para as usuárias que precisam justificar a ausência no trabalho.

Na criação do grupo, algumas colegas relataram medo em revitimizar as usuárias, seguindo uma lógica de que não adiantaria comunicar a usuária que ela estava vivendo uma situação de opressão sem proporcionar condições concretas para romper com a situação. Outra preocupação era conseguir trazer o tema de forma acessível, que fizesse sentido para as usuárias da US. O medo da conscientização de pessoas vulnerabilizadas já foi discutido por Paulo Freire (1986); ele problematiza que esse temor muitas vezes vem mascarado como manutenção do *status quo*, pois exclui as populações oprimidas da implicação com a sua própria libertação.

A conscientização feminista fala sobre a importância de aprender sobre o patriarcado como estrutura de dominação, compreender sua gênese, disseminação e perpetuação, pois é a partir desse processo que nós, mulheres, tomamos consciência sobre as estruturas que nos oprimem, possibilitando mudanças (HOOKS, 2015). Grupos de conscientização marcam o início do movimento feminista contemporâneo, onde mulheres se reuniam para compartilhar suas vivências, liberar a raiva que sentiam por serem vitimizadas, revelando segredos e histórias íntimas, que serviam como um ritual de cura (HOOKS, 2015). A autora ressalta que os grupos de conscientização proporcionaram que mulheres levassem o debate sobre feminismo para as universidades, porém quando o pensamento feminista tomou destaque no mundo acadêmico, local de privilégio de classe, as mulheres brancas classe média ganharam os holofotes, invisibilizando feministas negras, LGBTQIAP+s e originárias da classe trabalhadora, desmobilizando os grupos de conscientização, que perderam seu espaço como principal local de transmissão do pensamento feminista.

Com o dismantelamento dos grupos de conscientização (CG), a concepção da necessidade do processo de conscientização feminista foi se perdendo e dando espaço

para a narrativa de que bastava ter raiva do patriarcado para ser feminista, independente da orientação política (HOOKS, 2015). Porém, sem o confronto com o machismo que mora dentro de cada uma, muitas mulheres que se diziam feministas traíram o movimento na relação com outras mulheres, já que,

significativamente, a intervenção mais poderosa feita por grupos de conscientização foi a exigência de que todas as mulheres confrontassem o sexismo internalizado, sua fidelidade a pensamentos e ações patriarcais e seu comprometimento à conversão feminista. Essa intervenção ainda é necessária para qualquer pessoa que escolha políticas feministas (HOOKS, 2015 p. 31).

A criação do grupo de mulheres na US tinha o objetivo de proporcionar a conscientização feminista das participantes, oportunizando um espaço onde as mulheres pudessem compartilhar suas histórias, partilhar segredos, liberar a raiva acumulada, chorar juntas, para que através da conscientização possam mudar a si mesmas e por consequência mudar seu entorno. O choro das mulheres sempre foi considerado perigoso, pois ele torna público os segredos que elas carregam, já que a maioria dos segredos guardados por mulheres estão relacionados com a transgressão de códigos sociais, morais, religiosos ou culturais, os segredos da vergonha são aqueles que a cultura considera vergonhosos para as mulheres, mas não para os homens, evidenciando que certos comportamentos e formas de pensar são proibidos às mulheres (ESTÉS, 2014). Para a autora, o compartilhamento dos segredos da vergonha, em um espaço protegido e capaz de realizar essa escuta, é uma ferramenta poderosa para a restauração da saúde mental feminina.

hooks (2015), compreende o círculo de mulheres como um local onde é possível compartilhar histórias, criando uma ilha no contexto patriarcal que permite a visualização dos contrastes, proporcionando a reflexão sobre nossos comportamentos que perpetuam o *status quo*, e como podemos alterá-lo. Foi possível observar esses movimentos durante os encontros do grupo de mulheres, em que muitas histórias foram compartilhadas, gerando conscientização e mudanças. Através das reflexões proporcionadas pelo grupo, as usuárias se sentiram fortalecidas para romper com relacionamentos abusivos, mudar a relação com seus corpos e encontrar rede de apoio entre as integrantes fora do espaço do grupo.

O grupo de mulheres afirma a importância da sororidade, pois desafiar e propor a mudança de pensamentos sexistas de mulheres é o primeiro passo para a criação da

sororidade que precisamos para romper com a lógica patriarcal (HOOKS, 2015). Pude observar que algumas usuárias negavam o convite para participar do grupo pois não conseguiam confiar em outras mulheres. Algumas fizeram falas sobre o sentimento de julgamento que sentiam das outras, com medo de serem consideradas más mães, filhas e companheiras. Durante as reuniões do grupo foi possível perceber que os vínculos construídos no dispositivo se estenderam para além da US, gerando redes de apoio comunitário.

Porém, a verdadeira sororidade só existe quando são incluídas as necessidades de todas as envolvidas, ou seja, compreendendo os marcadores de raça, classe e desejo sexual, no caminho de buscar melhores condições de vida para todas, sem dominar umas às outras (HOOKS, 2015). A reflexão sobre sororidade política foi muito pertinente para a criação do grupo de mulheres na US, pois queríamos criar um ambiente em que profissionais da equipe e moradoras do território pudessem criar laços através da experiência de ser mulher, mas era importante considerar as assimetrias dessa relação para chegar na verdadeira sororidade de que fala hooks (2015).

Parto do entendimento de que todas as mulheres, apesar dos marcadores sociais, sofrem violência de gênero, porém as mulheres subalternizadas apresentam maior probabilidade de permanecer na violência, sendo muitas vezes negligenciadas por parte do movimento feminista, quando centrado na narrativa de mulheres brancas (HOOKS, 2015). De acordo com bell hooks, é possível afirmar que todas sofremos com o patriarcado, mas esse sofrimento não é igual para todas, muito menos as condições disponíveis para romper com situações de violência patriarcal, principalmente em relação à desigualdade racial. Dessa forma, a criação de um grupo de mulheres na US propõe o deslocando da transmissão do pensamento feminista, que circula majoritariamente em espaços de privilégio, para o território, incluindo mulheres que muitas vezes são excluídas desse processo.

É necessário destacar que o feminismo não deve ser uma pauta exclusiva das mulheres, pois “[...] o pensamento feminista ensina a todos nós como amar a justiça e a liberdade de maneira a nutrir e afirmar a vida” (HOOKS, 2015, p. 108), fazendo-se necessárias novas estratégias que visem a promoção de masculinidades feministas. A autora afirma que o feminismo é tão importante para a justiça social como todos os outros movimentos populares, tornando a inclusão de homens na luta pertinente para o fim do sexismo. Essa questão aponta que, com o avanço do movimento, também teremos que

nos implicar em incluir os homens nesse processo de conscientização, ampliando as formas de construção de intervenções feministas no campo do cuidado.

Nos primeiros planejamentos, nos preocupamos muito com a metodologia do grupo, preparando atividades estruturadas. Com o tempo percebemos que a rigidez metodológica não era necessária, pois o espaço de encontro entre as mulheres por si só já dava conta de proporcionar um ambiente fértil para o compartilhamento de sentimentos. Aconteceu de, mesmo com uma atividade pronta, optarmos por não a fazer e deixar o grupo acontecer de forma mais espontânea. Durante um dos encontros do grupo uma usuária fez uma fala nesse sentido, dizendo que o que ela julgava mais importante no grupo era saber que poderia falar o que quisesse no espaço, sem ser julgada pelas outras.

Apesar da discussão sobre o papel da Psicologia Social presente neste trabalho, é preciso afirmar que o grupo de mulheres não se constitui como uma prática exclusiva da psicologia social, haja vista as diferentes categorias que participaram ativamente do processo. A atuação multiprofissional é preconizada na AB também como uma forma de compreensão da dimensão ético-política do cuidado (CFP, 2019), porém não é preciso uma formação acadêmica para a criação de um GC. Aqui o GC foi pensado como uma forma de cuidado em saúde, como uma oferta da US, mas GCs podem e devem ser incentivados em diferentes contextos. Um elemento que julgamos chave para esse processo, conforme as anotações do diário de campo, foi “a importância de nós (equipe) nos colocarmos enquanto participantes do grupo (frágeis/vulneráveis/horizontal)” (MENIN, 2019) pois, quando nos colocamos enquanto integrantes do grupo, compartilhando nossos segredos e questões pessoais, percebemos que isso borrava as fronteiras entre trabalhadoras da US e moradoras do território, criando terreno fértil para a construção de laços de sororidade. Além disso, as colegas da equipe que participavam do grupo reconheciam que o grupo de mulheres também era importante para o seu processo de conscientização, evidenciando que o grupo era capaz de oferecer um local mais horizontal, em que a criação de grupos de conscientização feminista não depende de um profissional, mas que pode ser promovido nos serviços como estratégia de cuidado.

Essa horizontalidade permitiu que as usuárias participassem de forma ativa do grupo, propondo debates e dinâmicas. Uma das usuárias, por iniciativa própria, escrevia cartas que lia no início do encontro. Ela dizia que a escrita a ajudava a refletir sobre suas questões e fazia questão de ler para o grupo pois compreendia que esse compartilhamento poderia ajudar as outras participantes. Em outro momento uma usuária propôs que o

grupo, que sempre acontecia na US, podia também acontecer em outros espaços do território e ofereceu a sua casa para acolher alguns encontros. Esses acontecimentos apontam para como o grupo de conscientização é capaz de promover um espaço em que todas conseguem participar, evidenciando o caráter pedagógico e popular do dispositivo.

Considerações finais

A problematização do papel da Psicologia Social na Atenção Básica à Saúde revelou a carência de teorias e práticas no campo da psicologia comprometidas com a mudança social. A partir do entendimento de que não há como excluir as desigualdades sociais do processo de saúde/doença das populações, não há como produzir práticas de cuidado que desprezam as estruturas de exclusão como fator de risco para a saúde, apontando para a necessidade de ampliação de teorias e práticas no campo da Psicologia Social (RODRIGUES, 2020).

Esperando novas formas de atuação *psi* na AB em consonância com as demandas do território, este estudo propôs o encontro entre Psicologia Social e feminismo para a criação de um grupo de mulheres na US como estratégia de cuidado em saúde. O intuito foi oferecer uma discussão que colocasse em análise as práticas psicológicas como uma ferramenta que pode contribuir para perpetuação de estruturas de exclusão, bem como pode colaborar para o processo de libertação, evidenciando a necessidade da Psicologia Social aliar-se às lutas populares.

Esse processo deve caminhar ao lado de uma constante crítica sobre a dimensão ético-política do sofrimento, como também dos privilégios sociais que abarcam essa concepção, a fim de criar práticas comprometidas com a mudança social na Atenção Básica à Saúde. Cabe a reflexão sobre como a conduta profissional da Psicologia pode contribuir para a perpetuação de desigualdades e o questionamento de práticas de cuidado que rejeitam a compreensão das estruturas de exclusão social, em razão da impossibilidade de promover cuidado sem o reconhecimento dos efeitos das desigualdades (RODRIGUES, 2020).

Nessa esteira, se faz necessário que as práticas da Psicologia estejam comprometidas com as pautas feministas e antirracistas, visto a inseparabilidade das consequências dessas estruturas de opressão no processo de adoecimento das populações, que têm como base da pirâmide social as mulheres negras. A conscientização foi apresentada como uma ferramenta capaz de promover um cuidado emancipador, que deve

estar no horizonte do *quefazer* da psicologia social (MARTÍN-BARÓ, 2017). Pretende-se inspirar a criação de mais grupos de conscientização feminista, tendo em vista a potência desse dispositivo como forma de transmissão do pensamento feminista de forma popular, deslocando o pensamento feminista dos locais de privilégio, de sorte a constituir redes de sororidade política que proporcionam terreno adequado para a tomada de consciência que movimenta a transformação social.

De acordo com o exposto, parto do entendimento de que toda ação que se propõe neutra esconde a conivência em manter as coisas como estão. Em tempos de pandemia, de precarização das políticas públicas, desmonte da Atenção Básica à Saúde e ataques às populações vulnerabilizadas, assumir uma atuação psicológica politizada se faz cada dia mais necessária. Intenção política que não deve confundir-se com partidarismo, mas na esperança de alcançar um mundo livre de desigualdades. Práticas psicológicas politizadas, implicadas com a defesa do SUS, do NASF e da AB, podem acontecer em qualquer lugar, da clínica particular à vila, pois o compromisso com a mudança social cabe a todos os espaços que propõem cuidado.

Referências

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Nota Técnica Nº 03/2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). *Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde*. CREPOP, 2019.

CURIEL, O. Construindo metodologias feministas a partir do feminismo decolonial. (In) Hollanda, H.B. (Org). *Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.

DIMENSTEIN, Magda. *A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde*. Natal: Estudos de Psicologia, v. 5, n. 1, p. 95-121, 2000.

ESTÉS, C. P. *Mulheres que correm com os lobos - mitos e histórias do arquétipo da Mulher Selvagem*. Rio de Janeiro: Rocco, 2014.

FEDERICI, S. *Calibã e a bruxa: mulheres, corpos e acumulação primitiva*. São Paulo: Editora Elefante, 2017.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Visível e invisível: A vitimização de mulheres no Brasil*. Brasília: Governo Federal, 2019.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Anuário de Brasileiro de Segurança Pública*. Brasília: Governo Federal, 2020.

- FREIRE, P. *A pedagogia do oprimido*. Ebook, 1986.
- FREIRE, P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. Ebook, 1997.
- FURTADO, T. F. *Porto Alegre: vila, favela, bairro; O que dizem as crianças*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014.
- GONÇALVES, M. A. *Psicologia favelada: ensaios sobre a construção de uma perspectiva popular em psicologia*. Rio de Janeiro: Mórula Editorial, 2020.
- HOOKS, b. *O feminismo é para todo mundo: políticas arrebatadoras*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2015.
- IPEA. *Atlas da violência*. Brasília: Governo Federal, 2020.
- MARTÍN-BARÓ, I. O papel do psicólogo. *Estudos de psicologia*, 2(1), 7-27, 1996.
- MARTÍN-BARÓ, I. *Crítica e libertação na Psicologia: estudos psicossociais*. Petrópolis: Editora Vozes, 2017.
- MENIN, V. P. *Diário de Campo*. Porto Alegre, 2019.
- MENIN, V. P. *Diário de Campo*. Porto Alegre, 2020.
- MESSEDER, S. A. A pesquisadora encarnada: uma trajetória decolonial na construção do saber científico blasfêmico. In: HOLLANDA, H.B. (org). *Pensamento feminista hoje: perspectivas decoloniais*. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.
- OLIVEIRA, É. C. S. Uma “monstra perigosa”: Pistas de Carolina Maria de Jesus para a intervenção psicossocial. *Estudos de Psicologia*, 22(4), 378-388, 2017.
- OLIVEIRA, É. C. S.; PEZZATO, L. M.; MENDES, R. Às margens do cuidado: regulações de gênero em uma equipe de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 28, e280208, 2018.
- OLIVEIRA, É. C. S.; RODRIGUES, L.; BATTISTELLI, B. M.; & CRUZ, L. R. D. Raça e Política de Assistência Social: Produção de Conhecimento em Psicologia Social. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39 (SPE2), 2019.
- PEDROSA, M.; ZANELLO, V. (In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32 (SPE), 2016.
- RODRIGUES, L. Por um cuidado antirracista. In: *Superando a situação de rua? Cuidado e atenção a populações vulnerabilizadas*, 2020.
- SAFFER, D. A.; BARONE, L. R. Em busca do comum: o cuidado do agente comunitário de saúde em Saúde Mental. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27, 813-833, 2017.
- SAFFIOTI, H. *Gênero e patriarcado*. São Paulo: PUC-SP, 1999.
- SAWAIA, B, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis: Editora Vozes, 2001.



STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (Eds.). *Dicionário Paulo Freire*. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

ZANELLO, V. *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Editora Appris, 2020.