



Universidade Estadual de Campinas
Faculdade de Ciências Médicas
Departamento de Saúde Coletiva



Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e Coletiva

**Práticas do psicólogo na promoção da saúde: da territorialização à
produção de encontros através da convivência e arte**

Residente: Ana Luzia Lemes Pinto

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Rosana T. Onocko-Campos

Campinas

2020

Resumo

O psicólogo na Saúde Coletiva apresenta desafios de romper com a lógica individualizante e direcionar sua prática para a clínica ampliada abrangendo ações entre campo e núcleo nos serviços de saúde do SUS. A clínica psicológica então, deve estar voltada para o encontro com as necessidades da população, fomentando relações mais éticas e solidárias que propiciem emancipação e crescimento dos sujeitos e coletivos, apresentando estreita relação com a territorialização e a promoção da saúde onde demarcam-se intervenções nos determinantes e condicionantes através da intersetorialidade, agindo adscritamente às características comunitárias, sociais, culturais e econômicas das regiões. Portanto, uma concepção de território e ação que transcendem à redução às características geofísicas para instituírem-se como território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo. O profissional nestes âmbitos deve, por conseguinte, se orientar às subjetividades tendo a saúde e produção de vida como processos potencializadores de maior autonomia, empoderamento e cidadania. Dentre os serviços instalados no território que tem por inspiração a promoção à saúde e convocam a uma nova clínica psicológica estão os Centros de Convivência, que trazem consigo a ruptura com o modo hegemônico de pensar a saúde tendo por objetivo maior a produção, mediação e investimento em formas possíveis de encontros com a diversidade buscando inclusão, cuidado, pertencimento e grupalidade. Compõem a Atenção Primária da Rede de Atenção Psicossocial propondo o livre trânsito entre arte, cultura e clínica. O objetivo deste trabalho desdobra-se, portanto, em relatar práticas da Psicologia, a partir da experiência de uma residente multiprofissional, de atividades de promoção da saúde em dois âmbitos complementares em um Centro de Convivência em Campinas - SP: 1) na territorialização do espaço adscrito ao serviço; e 2) nas práticas em oficinas e grupos na comunidade que se utilizaram da convivência, arte e cultura. Trata-se de uma oficina de cinema realizada em parceria com o Museu da Imagem e do Som de Campinas; um grupo de convivência e artesanato no bairro Vila Santana realizado em um Centro Comunitário de Sosas; e uma oficina de artes no Museu Caipira de Joaquim Egídio. Também serão descritas opiniões de participantes e casos clínicos. Como resultados das vivências podem-se destacar que: a territorialização permitiu à psicóloga se inteirar dos determinantes e condicionantes em saúde, educação, assistência social e cultural daquela região, buscando através da intersetorialidade possíveis composições que pudessem atuar para melhorar a qualidade de vida da população; viu-se a necessidade de uma prática não restrita à interioridade psicológica do indivíduo mas também à toda a rede de afetividades e subjetividades orientando para uma menor instrumentalização de técnicas, modelos e teorias explicativas a fim de dar abertura à alteridade, mediações e reflexões; um exercício de enxergar o sujeito no tocante às suas potências e desejos e não à patologia, não perdendo de vista sua territorialização; e por fim, as oficinas eram dirigidas à criação de vínculos, redes de apoio e ampliação do trânsito pela cidade, ampliando os repertórios de mundo dos partícipes. Em conclusão, o Centro de Convivência propõe um motor da experimentação para além dos ditames sanitários, intervindo sobre os territórios através da intersetorialidade, arte e cultura criando novas perspectivas vivenciais a partir de suas potências, e não apenas a partir de suas fragilidades ou riscos. Um campo produtivo para a emersão de uma nova práxis psicológica.

Palavras-chave: Psicologia; Promoção da Saúde; Territorialização; Centro de Convivência.

Sumário

Siglas	4
Apresentação	5
Introdução	5
Práticas do psicólogo na saúde: trânsitos entre campo e núcleo	5
Territorialização na atenção à saúde	7
Promoção à saúde no SUS	10
Produzindo encontros: convivência e arte na promoção à saúde	12
Justificativa	15
Objetivo Geral	16
Objetivos Específicos	16
Percurso Metodológico	16
Resultados: os encontros no/com o território e as oficinas	17
Territorialização do Centro de Convivência Casa dos Sonhos	17
Oficina de cinema no Museu da Imagem e do Som de Campinas	28
Grupo de Convivência no Centro Comunitário da Vila Santana	33
Oficina de Artes no Museu Caipira	37
Referências	42

Siglas

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CCII - Centro de Convivência Inclusivo e Intergeracional

Ceco - Centro de Convivência

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

CS - Centro de Saúde

DAS - Diretoria da Assistência Social

FUMEC - Fundação Municipal de Ensino Comunitário

HP - Hospital Psiquiátrico

OSC - Organização da Sociedade Civil (anteriormente chamadas de ONGs)

RP - Reforma Psiquiátrica

SCFV - Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

Apresentação

“La vida consiste en arder en preguntas” - A. Artaud. Frase que sintetiza meu percurso enquanto residente em saúde mental, principalmente no R2 tendo por campo de estágio um Centro de Convivência. Desde a escolha à inserção no serviço, me deparei com as minhas questões, os meus desejos e dúvidas. Será que foi a escolha certa? O que eu busco aprender aqui?

Um contexto, para mim, tão diverso daqueles aos que estava acostumada que foi quase inevitável não me cercar de perguntas sobre o Ceco, seu funcionamento, o território e a Psicologia como contribuição no meio dessas variáveis. Norteada de questionamentos, fui em busca de literatura que pudesse me dar alguns contornos, e por confluência eu, que estava tentando “me territorializar” nessa nova prática vi que o Ceco também tratava de territórios, produções e descobertas. Fui seguindo um percurso fidedigno à territorialização (minha, da comunidade e do serviço) a fim de que pudesse ter as perguntas mais como guias do que como angústias. Mais como pontes e possibilidades de construção do que como fechadoras de um sentido.

Esta escrita trata, então, disso, de uma trajetória não-linear onde ardi em perguntas a partir de uma leitura totalmente pessoalizada sobre àquilo que o território me despertou; poderia sintetizar que fui lançada à **vida** compreendida em todos os seus âmbitos, geográficos, sociais, relacionais, etc; e por ser lançada à vida fui defrontada a me perguntar como produzi-la ou recriá-la. As vivências permitidas a partir do Ceco contêm partes dessas respostas.

Introdução

Práticas do psicólogo na saúde: trânsitos entre campo e núcleo

A Psicologia tem um papel a desempenhar nos programas dirigidos à mudança individual, social e ambiental, fornecendo teorias orientadas tanto na promoção e educação para a saúde, quanto em intervenções centradas na Promoção à uma saúde positiva (Barbosa & Mendes, 2005). As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Psicologia de 2018 preveem uma atuação do psicólogo em diversos contextos que considerem os determinantes sociais e direitos humanos tendo em vista a promoção da qualidade de vida dos indivíduos, grupos e comunidades. As diretrizes propõem que as práticas sejam realizadas de forma contínua e integrada às demais instâncias de saúde, assegurando trabalho multidisciplinar e intersetorial (MEC, 2011). No entanto, historicamente tem-se visto uma Psicologia de formações acadêmicas nas faculdades com atuações voltadas para consultórios particulares em um modelo de prática que minimiza os papéis das condições sociais, econômicas e culturais, resultando em

compreensões cartesianas dos sujeitos. Tais modelos muitas vezes são transpostos para a saúde coletiva ocasionando a transferência de uma lógica de atenção privada ao SUS e demais sistemas públicos (Barbosa & Mendes, 2005). Trata-se de um modo de atuação clínica com atividade centrada no indivíduo com objetivos analíticos, psicoterapêuticos e/ou psicodiagnósticos associados à compreensão de um sujeito universal e a-histórico. Já a Psicologia na Saúde Coletiva fundamenta-se no modelo biopsicossocial rompendo com o modelo linear de saúde de causa-efeito, tendo contribuições e ações dentro da interdisciplinaridade, onde busca compreender o sofrimento dos sujeitos articulando às suas realidades existenciais (Souza & Delevati, 2013).

A Saúde Pública se tornou, nos últimos anos com a consolidação do SUS, uma das áreas que mais emprega profissionais da psicologia no Brasil, estando estes distribuídos entre os diversos níveis de atenção, dando especial contribuição para um novo olhar aos indivíduos para além do processo saúde-doença passando a considerar também outros determinantes na atenção aos sujeitos e coletividades. As políticas do SUS valorizam a transdisciplinaridade e atuação em instituições que até a década de 80 pouco faziam parte do escopo de atuação psicológica (Paulin & Luzio, 2009).

Com essa reestruturação, os psicólogos ocupam um lugar de ampliação da clínica, junto às equipes de referência, com a realização, por exemplo, de Projetos Terapêuticos, facilitação da vinculação entre usuários e serviços, realização de interconsultas, discussões de casos, supervisão continuada, orientação e capacitação no cuidado e acolhimento, entre outros (Paulin & Luzio, 2009). É um novo paradigma em construção para a Psicologia, que insere o profissional no escopo de ações que estão entre o campo e núcleo na Saúde Coletiva. Segundo Campos (2000), o campo se define como um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas, demarcando portanto, a multidisciplinaridade atrelada à determinada realidade sócio-histórica; já o núcleo é entendido como uma aglutinação de conhecimentos e a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso, demarcando a identidade de uma área de saber e de prática profissional. Segundo o autor tanto núcleo quanto campo são mutantes e se interinfluenciam não sendo possível detectar limites precisos entre um e outro. O psicólogo se encontra, portanto, nas práticas da Saúde Coletiva em trânsitos constantes entre campo e núcleo independentemente o serviço de saúde em atuação, em vias de realizar um trabalho que garanta os princípios do SUS não só pela assistência direta, mas também em direção a uma concepção de saúde ampliada e processual onde também estejam presentes, por exemplo, a aproximação ao território para conhecer seus condicionantes e determinantes.

Dimenstein e Macedo (2012) dão importância para a necessidade de produção de conhecimento para a Atenção Primária e a reinvenção de práticas nesse contexto, tendo por norte a criação de novas modalidades de intervenção, novos instrumentos e *settings* que provoquem reações nos indivíduos que possam ir ao encontro dessa clínica ampliada.

Territorialização na atenção à saúde

O Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil é um sistema público fundamentado num projeto territorial descentralizado, hierarquizado e integrado regionalmente através das redes de atenção à saúde, sendo dever do Estado oferecer as possibilidades da sua efetivação no concernente aos seus princípios básicos de universalidade, equidade e integralidade (Faria, 2019). No tocante ao território, esta organização ajudou a apoiar o conceito de risco, localizando as questões de saúde por meio do mapeamento de indicadores socioeconômicos, sanitários e ambientais reveladores das condições de vida das pessoas. Trabalhando a partir de uma base territorial, os serviços do SUS são distribuídos segundo uma lógica de delimitação de áreas de abrangência, que devem ser coerentes com os níveis de complexidade das ações envolvidas. O território surge como ferramenta fundamental para o planejamento das intervenções de saúde, pois possibilita conhecer os aspectos ambientais, sociais, demográficos e econômicos e os principais problemas de saúde da população de determinada área, possibilitando desenvolver intervenções epidemiológicas e atividades voltadas às necessidades da comunidade adstrita, favorecendo, dessa forma, que a hierarquização e a regionalização se concretizem (Araújo, Filho, Santos & Lira, 2017). Torna-se necessário, portanto, que a localização dos serviços no território obedeça aos princípios fundamentais da resolutividade e da economia de escala, sendo tanto mais concentrados quanto mais especializados e vice-versa (Faria, 2019).

É importante a inserção e discussão do território no SUS para além dos limites espaciais. Pereira e Barcellos (2006), por exemplo, definem o território não só como o espaço de interação entre a população e os serviços de saúde com questões epidemiológicas definidas, mas também a expansão deste como o lugar em permanente construção para além de uma mera extensão geográfica e com toda sua acumulação cultural, social e política. É fato que a noção de território, de domínio da geografia, passou a ser utilizada pelo campo da saúde com o objetivo de organizar e localizar populações, mas para se entender o uso do território no SUS é necessário compreender que os conceitos no campo da geografia também se expandem aos significados e compreensões sobre o território, territorialidade e territorialização (Godim et al, 2008; Santos, 1996).

De forma resumida, o território é composto por variáveis que constituem os recursos naturais (lagos, rios, planícies, montanhas, florestas) e àqueles recursos criados pelo homem (estradas, barragens, açudes, cidades). A territorialidade é uma expressão geográfica do exercício do poder em uma determinada área, sendo a estratégia dos indivíduos ou do grupo social para influenciar e/ou controlar pessoas, recursos, fenômenos e relações, delimitando e efetivando o poder sobre uma área que resulta das relações políticas, econômicas e culturais, assumindo diferentes configurações e criando heterogeneidades espacial, paisagística e cultural (Gondim e Monken, 2009; Haesbaert, 2004 apud Tetemann, Trugilho & Sogame, 2016). Já a territorialização é definida como o processo de movimento historicamente determinado pela expansão do modo de produção capitalista e seus aspectos culturais; caracteriza-se como um dos produtos socioespaciais das contradições sociais sob a tríade economia, política e cultura e como o processo onde os territórios vão mudando, se construindo, desconstruindo e reconstruindo, carregando o entendimento de território como algo em constante movimento histórico e social (Gondim e Monken, 2009)

A territorialização também é entendida enquanto processo de viver o território resultante de saberes e práticas percorrendo também os seus significados subjetivos em adição aos significados concretos. O propósito desta permitir definir prioridades em termos de problemas e grupos, o mais aproximadamente possível, o que se refletirá na definição das ações mais adequadas de acordo com a natureza dos problemas identificados, bem como na concentração de intervenções sobre grupos priorizados visando maior impacto positivo sobre os níveis de saúde e as condições de vida. (Tetemann et al 2016)

Teixeira, Paim e Vilasbôas (1998 apud Faria, 2019) definem que o objetivo da territorialização perpassa uma utilização inteligente da epidemiologia cuja característica é definir prioridades relacionadas aos problemas de saúde de um território-processo, visando à integralidade, à intersetorialidade, à efetividade e à equidade, culminando no planejamento das ações em serviços mais adequadas para o enfrentamento dos agravos encontrados. Assim, a territorialização permite que os serviços de saúde estejam em áreas de atendimento e abrangência que ultrapassem os ditames da saúde-doença, se inserindo em territórios com processos complexos que aloquem não só ações de prevenção, promoção e assistência, mas também uma relação de vinculação e pertencimento entre a população, instituições de saúde e demais setores (Jorge et al, 2011)

A proposta da territorialização, com toda crítica que ainda perdura nos campos da Saúde Coletiva e da Geografia por sua apropriação tecnicista e prática objetivante, coloca-se como estratégia central para consolidação do SUS, seja para a reorganização do processo de trabalho em saúde, seja para a reconfiguração do Modelo de Atenção.

Como método e expressão geográfica de intencionalidades humanas, permite a gestores, instituições, profissionais e usuários do SUS compreender a dinâmica espacial dos lugares e de populações; os múltiplos fluxos que animam os territórios e; as diversas paisagens que emolduram o espaço da vida cotidiana. Sobretudo, pode revelar como os sujeitos (individual e coletivo) produzem e reproduzem socialmente suas condições de existência – o trabalho, a moradia, a alimentação, o lazer, as relações sociais, a saúde e a qualidade de vida, desvelando as desigualdades sociais e as iniquidades em saúde (Gondim e Monken, 2009)

Pensar a territorialização como elemento inscrito na organização das ações e serviços de atenção em saúde supõe, necessariamente, considerar a importância do território como espaço objetivamente delimitado (espaço físico), e também como um produto social e cultural, inserido na dinâmica das relações sociais, políticas e econômicas, de modo que se possa superar possíveis contradições existentes. Uma territorialidade que se configura como movimento vivo, permitindo ao território modificar-se, construir-se, desconstruir-se, reconstruir-se (Tetemann et al 2016).

No referente à atuação dos profissionais da saúde quando esta é estruturada a partir da territorialização, lida com a execução do cuidado tendo o usuário como coparticipante do processo saúde-doença, extrapolando os domínios técnico-científicos das ferramentas diagnósticas, do tratamento, do prognóstico, da etiologia e da profilaxia das enfermidades e abrangendo todos os aspectos estruturantes das relações e das práticas nos componentes de interesse e de relevância social (Araújo, Filho, Santos & Lira, 2017). Freitas (1998, apud Cambuy, 2010), aponta que a clínica psicológica na comunidade deve ser voltada para o compromisso de práticas voltadas para as necessidades da população, fomentando relações mais éticas e solidárias que propiciem emancipação e crescimento das pessoas comuns em condições comuns.

No presente trabalho será descrito o desenvolvimento de uma prática de territorialização como espécie de 'mapeamento participativo', descrito no artigo de Pessoa (2013) como um método que se dirige a identificar necessidades de saúde centradas na comunidade considerando a determinação social do cuidado, a intersectorialidade, a percepção de coletivos e a dinamicidade do território. Este mapeamento consiste num processo reflexivo e crítico que incorpora as dimensões socioafetivas, simbólicas, culturais, como também as transformações territoriais e do modo de vida advindas com a reestruturação produtiva e a questão ambiental. Desvela percepções, conhecimentos, a redescoberta do território e a realização de um plano de ação. Vivências que extrapolaram a atuação do setor saúde e a dimensão da doença, avançando na perspectiva da promoção da saúde transpondo para a

focalização na complexidade territorial atravessada por determinado momento histórico-cultural.

Promoção à saúde no SUS

De acordo com a Política Nacional de Promoção à Saúde (2006), estabelecida pela Portaria nº 687/2006, o modelo de cuidado ofertado pelo SUS tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Tais ditames foram necessários uma vez que viu-se que o processo de saúde-adoecimento é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico, sendo o aparato biomédico insuficiente para modificar os condicionantes e determinantes mais amplos desse processo. As abordagens médicas-centradas muitas vezes se restringem aos sintomas. Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva as ações e serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e o espaço para além dos muros institucionais, incidindo sobre as condições de vida dos sujeitos e das coletividades no território. Vê-se o olhar voltado para outros aspectos sociais para além da sintomatologia, dentre eles: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; entre outros (Brasil 2006).

Dados tais direcionamentos institui-se à promoção à saúde como uma estratégia de articulação transversal e intersetorial para dar visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade e defendam a equidade. Esta Política apresenta o objetivo geral de promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais; e dentre os seus objetivos específicos está o de valorizar e otimizar o uso dos espaços públicos de convivência e de produção de saúde para o desenvolvimento das ações de promoção. Trata-se, portanto, da formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos extrapolando os domínios sanitários colocando-se na construção da intersetorialidade no território. Na compreensão da Política de Promoção à Saúde apresenta-se a intersetorialidade como a articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções, de modo que exista construção coletiva de

saberes, linguagens e práticas entre os diversos âmbitos sociais. Desta forma, o compromisso do setor saúde na articulação intersetorial torna visível o processo saúde-doença como efeito de múltiplos aspectos, de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, o setor privado e não-governamental, e a sociedade compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (Caçapava, Colvero & Pereira, 2009; Brasil, 2006).

Portanto, a promoção da saúde realiza-se na articulação entre sujeito/coletivo, público/privado, estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem dos processos e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem. A promoção vem no esforço de garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados, e por aprimorar a qualidade de vida de sujeitos e coletividades na sua integralidade, propondo superar a cultura administrativa fragmentada e desfocada dos interesses e das necessidades da sociedade, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes (Czeresnia & Freitas, 2017; Brasil, 2006).

Esse tipo de organização assistencial na produção do cuidado dá ênfase às tecnologias leves, uma vez que também considera a manifestação da subjetividade dos sujeitos para se atingir à qualidade de vida e humanização. As experiências de promoção dão grande ressalva aos encontros, conversas, e à atitude profissional de reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no concernente à integralidade de sua saúde e aos outros setores da vida em geral (Jorge et al, 2011). Visa à implantação de modalidades assistenciais que desenvolvam práticas pautadas em relações que potencializem a autonomia e cidadania, além de ações sociais inclusivas que valorizem e otimizem o uso de espaços públicos para produção de saúde e vida (Caçapava et al, 2009).

Apresenta estreita relação com a territorialização, visto que a promoção, para além da intervenção nos determinantes e condicionantes em saúde através intersetorialidade, também age adscrita à um território com todas as suas características comunitárias, sociais, culturais, econômicas, entre outros, e sob o viés de um determinado momento histórico que pode elucidar determinadas necessidades a serem fortalecidas e trabalhadas (Pinto & Silva, 2019)

No tocante ao trabalho do psicólogo com o viés da territorialização e da promoção à saúde, este deve dirigir esforços no sentido de melhorar a condição humana e tornar a vida mais significativa - sendo também considerado um cuidado sobre as questões de saúde geral e mental

(Klein, 2009). Esses profissionais devem estar abertos a estar com o outro, trabalhando subjetividades e as relações sociais em que a pessoa está inserida, desenvolvendo habilidades para que os sujeitos vivam de acordo com aquilo que julgam correto sem a imposição de um modelo normativo a ser seguido. Trata-se de orientar práticas aos sentimentos, emoções, direitos, responsabilidades e quando pertinente, realizar o esclarecimento sobre doenças, tratamentos, e serviços de saúde de maneira a contribuir para uma experiência mais agradável do que aquela na qual o sujeito se encontrava, tendo a saúde não como um fim, mas como processo potencializador para uma vida com mais autonomia, empoderamento e cidadania (Barbosa & Mendes, 2005).

De acordo com Barbosa & Mendes (2005), o psicólogo também se entrelaça à Promoção de Saúde quando constrói espaços de reflexões sobre os enfrentamentos cotidianos da vida, conscientiza sobre os fatores que interferem nas dinâmicas sociais, culturais e sanitárias, através do compartilhamento dos saberes que detém, permitindo articulação e coerência entre produção discursiva e realidade. Isto exige do profissional uma postura crítica e positiva para viver e transformar posicionamentos e ações dos indivíduos, o que coloca o psicólogo frente ao desafio de exercer uma prática que não apresenta, em primeiro plano, uma intervenção direta através de alguma teoria e técnica, mas que se esvazia dos seus tecnicismos para que os sujeitos - individuais e/ou coletivos - possam emergir.

Dentre os dispositivos da saúde que se propõem a pensar na territorialização e promoção à saúde tendo por interface as práticas do psicólogo, estão os Centros de Convivência de onde serão extraídas as vivências para escrita deste trabalho.

Produzindo encontros: convivência e arte na promoção à saúde

No âmbito das mudanças e reformulações dos modelos assistenciais ofertados principalmente na saúde mental, assim como na inclusão da arte-cultura como dispositivo transformador, surgem os Centros de Convivência (Cecos) que se configuram como espaços pensados no decorrer do processo da RP e Atenção Psicossocial para circulação, inclusão, socialização e promoção de encontros entre os usuários da saúde mental e a população/comunidade geral utilizando-se de zonas de produção com desenvolvimento de oficinas de artes, esportes, artesanato, autocuidado, práticas integrativas, dança, teatro etc., visando ao desenvolvimento de potencialidades, intersubjetividades, trocas, aprendizados, experimentação e construção de um campo diversificado na produção de encontros e convivência (Aleixo & Lima, 2017).

Mais especificamente, trata-se de um equipamento que objetiva a promoção da inclusão mediada pelo cuidado. As primeiras experiências no Brasil nasceram no município de São Paulo, no final na década de 1980, tendo como foco a produção de encontros e convivências por meio de oficinas, grupos e ações comunitárias, alinhado com a ideia de promoção e prevenção da saúde, localizados em praças e espaços públicos da cidade (Galletti, 2004).

Ao longo do amadurecimento da proposta foi-se construindo o Ceco como um dispositivo mais amplo, não apenas restrito aos portadores de sofrimento mental, mas também como uma experiência que traz consigo a ruptura com o modo hegemônico de pensar a saúde como remissão de sintomas, tendo por objetivo maior a produção, mediação e investimento em formas possíveis de encontros e convivência com a diversidade, buscando inclusão, cuidado, pertencimento, grupalidade e descoberta de outras possíveis formas de expressão da vida. A inclusão, aqui, é pensada enquanto **conexão** e fabricação de redes sociais, e não a “inclusão” no sentido de normatização daquele que diverge do imaginário social. O valor estratégico e a vocação destes Centros para efetivar a conexão social residem no fato de serem equipamentos concebidos fundamentalmente no campo da cultura, e não exclusivamente no campo da saúde, onde cada sujeito ao construir um objeto, pintar uma tela, cantar uma música, faz algo mais que expor a si mesmo e o próprio sofrimento; o sujeito realiza um fato de cultura (Aleixo & Lima, 2017; Ferigato, Carvalho & Teixeira, 2016; Galletti, 2004)

Outra ressalva deste equipamento é que por apresentar em seu bojo as diretrizes do SUS e de outras secretarias, constrói estreitas relações com o território, com a rede de saúde, com a comunidade, fazendo interfaces com ações culturais e artísticas, além de buscarem a intersetorialidade. Cada Centro de Convivência imprime marcas próprias na constituição de seu espaço, transformando-se em uma proposta singular que diz respeito não só aos aspectos epidemiológicos e sanitários da saúde, mas também aos modos de vida, cultura, e trajetórias da comunidade na qual estão inseridos (Aleixo & Lima, 2017). Pode-se inferir, portanto, que os Cecos estão envolvidos por dinâmicas de territorialização, e por existir alimento às ações intersetoriais de produção de vida, pode-se pensar na sua potencialidade para a promoção à saúde (Caçapava et al, 2009).

Os Cecos aparecem na regulamentação da Rede de Atenção Psicossocial (Portaria nº 3088/2011) como serviços da Atenção Primária à saúde, sendo este um dos poucos documentos normativos do poder público que diz respeito à sua funcionalidade. Em Campinas-SP estes também não se estruturam a partir de uma normativa Legal e por vezes apresentam seus funcionamentos prejudicados em virtude do baixo número de profissionais contratados especificamente para esses serviços. As experiências nasceram de diversas formas, no bojo dos

movimentos da Reforma Psiquiátrica e do processo de cogestão municipal, iniciado em 1990 entre o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira e a Prefeitura de Campinas. Na medida do possível, foram assimilados os princípios e as características do modelo dos Cecos de São Paulo, tendo se instituído a partir de 1997 com a prática de alguns profissionais da saúde aliados às experiências de coletividades em parcerias com ONGs, núcleos assistenciais, casas de cultura, projetos ligados à educação como a Fundação Municipal de Ensino Comunitário (Fumec), entre outros. Os frequentadores que acessam os Cecos em Campinas chegam por meio de distintas redes que perpassam desde a procura espontânea até à indicação e encaminhamentos construídos por outros serviços (UBS, CAPS, escolas, serviços de assistência, educação, etc.) (Aleixo & Lima, 2017; Cambuy, 2010)

Estes equipamentos buscam funcionar como dispositivos trazendo em sua finalidade o intuito de servir com recursos potencializadores de mudanças de diversas ordens (concretas ou subjetivas) culminando no exercício crítico do instituído. Conforme Benevides (1994) o termo dispositivo indica algo capaz de acionar um processo de decomposição, produzir novos acontecimentos e romper com o que se encontra impedido de criar, por meio de tensionamentos, movimentos e novos agenciamentos que só se realizam a posteriori.

No tocante aos equipamentos artísticos-culturais na saúde mental e agora instrumentos de trabalho na Promoção a Saúde, estes eram utilizados dentro do paradigma manicomial e institucional dos Hospitais Psiquiátricos como recursos terapêuticos e normatizadores dos usuários. Com o avanço da Reforma Psiquiátrica surge a discussão e problematização da arte como restrita à terapia, incluindo as oficinas terapêuticas e grupos nos hospitais psiquiátricos, nos hospitais-dias e serviços de atenção psicossocial, problematizando estas experiências para que se desprendessem da função estritamente terapêutica e se tornassem uma intervenção na cultura, sendo estratégias de reconstrução de possibilidades de vida dos sujeitos em sofrimento mental. A ideia era de que essas práticas pudessem ampliar os espaços de cidadania e circulação social dos sujeitos de maneira que a cultura fosse instrumento na construção de identidades, concedendo direitos outrora negados aos portadores de sofrimento mental e funcionando como resistência ao poder, uma vez que questionariam a noção de cultura dita “nobre” e romperiam com o discurso dominante sobre a normalidade x loucura (Amarante & Torre, 2017).

Esta reestruturação extrapolou o campo da arte-cultura como àquela de uma interioridade subjetiva delimitada ao domínio patológico para àquela de produção desterritorializada que está voltada para a promoção de processos de vida e de criação que comporte um outro tipo saúde. Não uma saúde de ferro dominante, mas uma irresistível saúde

frágil, como diria Deleuze (1997 apud Lima, 2006), marcada por um inacabamento essencial e que, por isso mesmo, pode se abrir para o mundo (Lima, 2006).

O campo da saúde no Brasil contemporâneo possui uma marcada presença de ações culturais, atividades artísticas e práticas corporais que dinamizam este segmento e intensificam a produção de saúde em espaços tradicionalmente não designados para este fim. Essas atividades compõem um conjunto de estratégias voltadas para a construção de projetos de vida, a invenção de outras formas de participação social, promoção de espaços de troca e experimentação de modos inusitados de produção de valor. São configurações complexas que provocam aberturas no bojo social que proporcionam novas formas vinculares, culturais, emancipam modos de falar, pensar e agir com vias de renovar relações e afetos (Lima et al, 2015).

Essa aproximação entre as artes, a saúde e a cultura fez emergir um novo campo de saberes em interface, o que redimensiona cada um dos termos. A saúde passa a ser relacionada, também, com a possibilidade de experimentar a criatividade, de participar das trocas sociais, de ter acesso às experiências culturais. Da mesma forma, as manifestações artísticas e culturais passam a ser compreendidas como capazes de contribuir para a produção de saúde e de subjetividade, podendo reorientar os modos do viver, de adoecer e de (se) cuidar (Lima et al, 2015)

Convivência, arte e cultura tratam, portanto, de experiências que ultrapassam os ditames sanitários e da RP, mas que para os fins deste trabalho serão apresentados em recorte como dispositivos que fazem entranhas com o território geográfico através da territorialização, e onde há provisão de práticas de promoção da saúde. Será descrito um relato seccionado que não abrange toda a produção de vida, continuidades-descontinuidades, trânsitos, efemeridades e potências que circulam pelos agenciamentos do Ceco na vida em comunidade.

Justificativa

De acordo com as explicações acima, territorialização, promoção à saúde e convivência se entrelaçam por romperem com os paradigmas estreitos de compreensão dos sujeitos à saúde-doença e expandem para leituras dos contextos sociais, culturais, econômicos como processos dinâmicos e históricos. Há uma visão do sujeito complexa e atrelada aos determinantes e condicionantes não só da saúde, mas também intersetoriais.

O psicólogo historicamente vem se aproximando da saúde coletiva, apresentando desafios de romper com a lógica clínica individualizante e direcionar sua prática para a clínica ampliada abrangendo ações entre campo e núcleo nos serviços de saúde do SUS. No que concerne à promoção de saúde esta ainda se configura como um campo em construção para sua atuação visto que a promoção em saúde lida com um outro posicionamento de trabalho

orientado para uma prática “menor” - menos instrumentalizada de técnicas, modelos e teorias explicativas, para àquela aberta à subjetividade, às mediações e às reflexões. Uma clínica que enxerga o sujeito no tocante às suas potências e desejos, e não à patologia, sem perder de vista a sua territorialização e todos os condicionantes e determinantes nos quais está envolto.

Faz-se necessário, portanto, que práticas convergentes do psicólogo aos princípios do SUS e à promoção da saúde estejam alinhadas à trabalhos que anseiem pelas características e necessidades do território articulados à intersectorialidade, à produção de vida, socialização e inclusão social, sendo o universo dos Cecos e da arte-cultura importantes e potentes dispositivos que podem ser acessados por este profissional para inserção dos sujeitos em um escopo de trabalho mais direcionado à cidadania e autonomia.

Objetivo geral

Relatar práticas da Psicologia, a partir da experiência de uma residente multiprofissional, em atividades de promoção à saúde em dois âmbitos complementares: 1) na territorialização do espaço adscrito à um Centro de Convivência; e 2) nas práticas em oficinas e grupos na comunidade que se utilizaram da convivência, arte e cultura.

Objetivos específicos:

- descrever a execução de um mapeamento participativo dos componentes do território adscritos à um Centro de Convivência a fim de conhecer suas características demográficas, epidemiológicas, socioassistenciais, comunitárias e culturais com intuito de apontar questões pertinentes para promoção à saúde naquela comunidade;
- descrever a história e os objetivos na proposição de três atividades de promoção à saúde realizadas por um Centro de Convivência que se utilizavam das artes, cultura e convivência;
- exemplificar e discutir práticas e contribuições do psicólogo nestas atividades no tocante ao campo e núcleo da Saúde Coletiva;

Percurso metodológico

Trata-se de um relato de experiência de uma psicóloga residente multiprofissional, com articulação teórico-prático de suas vivências do ano de 2019 no campo estagiado (um Centro de Convivência da cidade de Campinas-SP, referenciado à região Leste do município, mais especificamente aos distritos de Sousas e Joaquim Egídio).

Apesar da vastidão de práticas possíveis do psicólogo na promoção à saúde, será feito um recorte no tocante às duas experiências em específico:

1) um primeiro tópico com questões referentes à territorialização do espaço e dos serviços adscritos ao Centro de Convivência, sendo que o conteúdo para tal narrativa foi coletado através de diferentes instrumentos e vias de informação, sendo eles: Censo Brasil 2010; relatório e diagnóstico socioassistencial produzido pela Fundação FEAC em 2019; Conferência Regional e Municipal da Assistência Social em 2019; mapeamento sanitário do território feito pelo Agentes Comunitários de Saúde dos dois Centros de Saúde das regiões; e conversas e aproximações da residente com diversos dispositivos (participações em reuniões intersetoriais, encontros com aparatos da cultura, lazer, biblioteca e profissionais direta ou indiretamente inseridos na assistência e gestão de serviços circunscritos à Sousas e Joaquim Egídio). Essas informações foram entrecruzadas e são pinceladas que dizem sobre à complexidade do território e da comunidade, demonstrando uma inserção do psicólogo no campo da Saúde Coletiva a fim de pensar ações territoriais, buscando a compreensão e planejamento da sua atuação sobre os determinantes e condicionantes em saúde, e pensando também sobre os objetivos, finalidades e pertinências das intervenções e proposições do Ceco na trama comunitária e intersetorial;

2) posteriormente serão descritos tópicos que contemplam três oficinas grupais realizadas no território, buscando explicitar seus objetivos, histórias e finalidades perante ao território e comunidade, discutindo práticas do psicólogo nestas atividades que contemplam tanto o campo quanto o seu núcleo na Saúde Coletiva. Nessas oficinas houve um contato mais próximo à população em si (líderes comunitários, usuários dos serviços, Conselho Local de Saúde, etc.), e através dessas vivências, apesar de recortes, pode-se ter uma complementação à territorialização da região.

Trata-se de uma oficina de cinema realizada em parceria com o Museu da Imagem e do Som de Campinas; um grupo de convivência e artesanato no bairro Vila Santana realizado em um Centro Comunitário de Sousas; e uma oficina de artes no Museu Caipira de Joaquim Egídio.

Eventualmente serão descritas opiniões de participantes e casos clínicos que tiveram seus nomes trocados em virtude do sigilo e anonimato.

Resultados: os encontros no/com o território e as oficinas

Territorialização do Centro de Convivência Casa dos Sonhos

O processo de inserção nas atividades do Centro de Convivência estagiado compreendeu dois momentos de maneira que a territorialização se desse em âmbitos internos e externos. O interno correspondeu à aproximação da história institucional buscando compreender alguns de seus objetivos, mudanças e processos vividos pelos trabalhadores e gerência da Casa dos Sonhos ao longo de aproximadamente 20 anos, visando ao entendimento da sua relação com a população e demais dispositivos adjacentes ao território. O processo externo correspondeu à busca por vivências e informações por outras fontes de dados na comunidade, dizendo respeito àquele momento sócio-histórico e cultural específico e às tessituras nas quais se encontravam alguns serviços da saúde, assistência social, cultura, assim como organizações sociais e comunitárias. Sem a pretensão de esgotar toda a multiplicidade de vivências e compreensões sobre o território, o relato aqui descrito confluirá também sobre as perguntas subjetivas da psicóloga residente e dos atores com os quais se encontrou ao longo de 2019, e que tanto emprestaram suas visões e compreensões sobre os modos de vida daquela comunidade.

O Centro de Convivência Casa dos Sonhos apresenta mais de 20 anos de constituição em um processo de implantação marcado por diferentes configurações de ofertas e de assistência. Sua origem se deu em parceria com a FUMEC, com objetivo inicial de prover educação aos trabalhadores do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira; inicialmente foi sediado no Hospital Psiquiátrico (HP) deste serviço com salas de aulas noturnas a fim de promover ensino aos interessados da equipe técnica. A gestora do Ceco, presente nos primórdios da sua constituição, traz como elemento interessante de que ao longo das atividades escolares os pacientes do Hospital começaram a “bater na porta da escola” pedindo para participarem das lições, fato que fez a equipe da instituição perceber que estavam ofertando educação em um serviço de cuidado *sem* pensar nos usuários e nas suas necessidades. Foi possível a inserção dos pacientes nas salas de aula formando numeroso contingente (cerca de 4-5 salas de aula em diversos períodos do dia). Alimentados pelo surgimento dos Cecos em São Paulo e com a expansão de atividades artísticas que ocorriam no interior do HP, o primeiro embrião de Ceco daquela região se transferiu para fora do Hospital para uma casa na comunidade de Sousas a fim de funcionar com as salas de aula e outras oficinas pontuais de arte-cultura de orientação coletiva. Além dos professores cedidos pela FUMEC, o Ceco não possuía equipe técnica própria para vivência e consolidação institucional; vários trabalhadores de outros serviços de saúde compunham parte da sua carga horária nos grupos e oficinas da Casa dos Sonhos, até que milimetricamente ao longo dos anos foram sendo pleiteados e conquistados profissionais para trabalharem exclusivamente no dispositivo. O Ceco foi se transformando pela história com

mudanças de gerências, profissionais, de oficinas pagas para àquelas públicas, a diminuição de salas da FUMEC, mudança de sede, oficinas espalhadas pelo território, entre outros.

Um espaço inicialmente constituído para ofertas aos usuários de saúde mental e trabalhadores, que quando sediado na comunidade passou a articular e inserir outras diferenças e singularidades através da convivência e produção de encontros. Um fato institucional importante decorreu em 2009 quando duas assistentes sociais que trabalhavam em parceria com o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira decidiram instalar, na sede da Casa dos Sonhos (instituição gerenciada pela secretaria da saúde e com coparticipação da educação - FUMEC), uma proposta de Centro de Convivência da Assistência Social (cuja tipificação na Lei trata de um “Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos” - Resolução CNAS nº 01/2013), tendo por proposta a intergeracionalidade em oposição aos outros SCFVs da comunidade que eram direcionados ao atendimento de populações com faixas etárias específicas. Este “Ceco da Assistência Social” ganhou o nome de Centro de Convivência Intergeracional e Inclusivo (CCII), e trata-se de um dispositivo que segue aos ditames da Política Nacional da Assistência Social.

Esse serviço é ofertado de forma complementar ao trabalho social com famílias realizado por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF) e Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI). O SCFV possui um caráter pautado na defesa e afirmação de direitos e no desenvolvimento de capacidades e potencialidades dos usuários, com vistas ao alcance de alternativas emancipatórias para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais. Deve ser ofertado de modo a garantir as seguranças de acolhida e de convívio familiar e comunitário, além de estimular o desenvolvimento da autonomia dos usuários. Os usuários do SCFV são divididos em grupos a partir de faixas etárias, considerando as especificidades dos ciclos de vidas. O trabalho nos grupos é planejado de forma coletiva, contando com a participação ativa do técnico de referência, dos orientadores sociais e dos usuários. O trabalho realizado com os grupos é organizado em percursos, de forma a estimular as trocas culturais e o compartilhamento de vivências; desenvolver junto aos usuários o sentimento de pertença e de identidade; e fortalecer os vínculos familiares, sempre sob a perspectiva de incentivar a socialização e a convivência familiar e comunitária (MDS, 2016, p.8)

O SCFV tem orientação sobre os usuários nos diferentes ciclos de vida, a fim de prevenir a ocorrência de situações de risco social, estimular e orientá-los na construção e reconstrução de suas histórias e vivências individuais e coletivas, organizando-se de modo a ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária. Possui caráter preventivo e proativo, pautado na defesa e afirmação dos direitos e no desenvolvimento de capacidades e potencialidades, com vistas ao alcance de alternativas emancipatórias para o enfrentamento da vulnerabilidade social (Resolução CNAS nº 109/2009).

Em suma, seus objetivos em muito se aproximam aos Cecos originados pela saúde, com especificidade e ênfase ao olhar sobre a matriz sócio-familiar onde há acompanhamento mais sistematizado a estes núcleos com visitas domiciliares, atendimentos periódicos da assistência social, discussões de caso, entre outras ações. Além do enfoque familiar, a tipificação deste serviço também propõe que sejam atendidos em seu escopo 50% de usuários considerados como prioridade (onze categorias dentre eles saúde mental, pessoas em situação de acolhimento, em situações de isolamento, vivência de violência e/ou negligência, entre outros) e 50% público “geral”, sendo que tais normativas de funcionamento passam por prestações de contas e fiscalizações por órgãos superiores.

Com isso, se instalou no território da Casa dos Sonhos mais um serviço de outra secretaria, que apesar das particularidades também visava à territorialização, convivência, inclusão social, prevenção, promoção da vida e sociabilidade através dos meios artísticas-culturais. A equipe do Ceco foi adicionada à uma assistente social, uma gerente e um educador social, além dos MEIs (microempreendedor individual) que eram contratados para realizarem oficinas pontuais no serviço.

Trago a inserção histórica do CCII por entender que este é articulador de diversos tensionamentos e possibilidades na Casa dos Sonhos. A obrigatoriedade da prestação de contas através de prontuários, registros, e cadastros em sistemas eletrônicos (Cadastro Único, SIGM) na maioria das vezes refletiam em preocupações por parte da equipe da assistência social em atingir as metas. De acordo com o Plano Municipal de Assistência Social de Campinas - 2014/2017, Sosas e Joaquim Egídio representam 21,26% da população da cidade, com taxa de 21,2% dos habitantes em situação de risco e vulnerabilidade social, dados que demonstram que apesar dessas regiões abrangerem belezas naturais e de preservação ambiental, os últimos anos foram marcados por um aumento considerável de empreendedores e loteamentos fechados atraindo famílias com poder aquisitivo elevado que se utilizam desses espaços como moradia ou lazer transitório. No entanto as populações locais, nascidas e criadas na região, não acompanharam esse desenvolvimento ocasionando um território de desigualdades evidentes com bairros de ocupação e habitações precárias, famílias com trabalhos insalubres e sem recursos de infraestrutura básica, principalmente na área rural da região. Era sobre essa complexidade que o CCII deveria atuar.

A equipe do CCII constantemente se questionava quanto à abrangência das suas ações sobre as populações ditas vulneráveis, e os profissionais viam à grande presença de “casos da saúde mental” em detrimento de outros públicos. Durante o ano ouvi algumas vezes a indagação de que “O CCII **também** deveria estar na periferia para atender outras

vulnerabilidades”, sentimento que se intensificou quando a Casa dos Sonhos mudou sua sede para dentro do Serviço de Saúde Cândido Ferreira nas instalações do extinto Hospital Psiquiátrico, devido à um contingenciamento de gastos. O retorno ao HP também foi visto com olhar estigmatizador por parte da população de Sousas e Joaquim Egídio visto que o dispositivo agora ocupava “o lugar que era dos loucos”; *o medo* de frequentar a nova sede estava presente na fala de diversas pessoas da região. A Casa dos Sonhos agora tinha a intenção de produzir vida e encontros em um local anteriormente marcado pela exclusão das diferenças. Um paradoxo que talvez só os Cecos com suas “ousadias” contra hegemônicas pudessem topar.

Por outro lado, a adição do CCII à Casa dos Sonhos ampliou as vivências do dispositivo em vários aspectos: incremento de outros núcleos profissionais às atividades possibilitando ampliação dos olhares e intervenções; diversificação nas ofertas de convivência com realização de oficinas em outros lugares do território que pudessem ir ao encontro das populações; a intergeracionalidade como eixo de trabalho; um olhar para as vulnerabilidades, riscos sociais e direitos civis de maneira a intervir através da estimulação da sociabilidade comunitária; e a concretização da intersetorialidade no projeto Ceco para além dos ditames Legais.

Apesar da escrita seccionante “CCII x Ceco x FUMEC” observei uma integração entre estas três políticas sem que o projeto maior - o propício da convivência e ampliação de novas formas qualificadas de viver - fosse rompido. O projeto único, a Casa dos Sonhos, conta atualmente com dez profissionais (2 gerentes, 1 T.O., 1 psico, 1 assistente social, 2 monitores, 1 educador social, 1 professora e 1 auxiliar de limpeza), além de parceiros dos CSs, voluntários e professores da FUMEC que produzem encontros a aproximadamente 350 pessoas/mês, de diversas faixas etárias e condições socioculturais, econômicas e subjetivas que circulam por diversas atividades e espaços que transcenderam ao espaço físico da sede. Em 2018 cerca de 801 indivíduos passaram pelas atividades do Ceco, sendo 675 do sexo feminino e 124 do sexo masculino, destes 363 tinham entre 30-50 anos, 175 mais de 60 anos, e o restante distribuído entre as demais faixas etárias; 65% dos encaminhamentos eram provenientes do CS Sousas e Joaquim Egídio, com média geral total de 10-15 usuários por oficina (dados coletados do planejamento das atividades de 2019).

Da contextualização institucional me surgiram algumas questões: como conciliar políticas divergentes em prol de um trabalho voltado ao usuário? Dada essa história, qual a construção da Casa dos Sonhos com os outros serviços do território? E com a comunidade? **Será que suas ofertas são condizentes com aquilo que é emergente e característico do território e da comunidade?**

Para responder a algumas dessas perguntas me lancei na busca pela territorialização “externa”; me aproximei enquanto psicóloga para escuta do que diziam as pessoas e os serviços daquele território sobre si mesmas, a comunidade, suas potencialidades e necessidades, visando pensar não só qual a função do Ceko para àquele território, mas também como esse dispositivo poderia contribuir diante dos determinantes e condicionantes em saúde, assistência social, cultura, etc, produzindo novos encontros que fossem mais fidedignos àquele local. Seguem abaixo algumas vivências e indagações.

Do diagnóstico **socioassistencial** confeccionado pela instituição FEAC em set/2019, me foi apresentado uma região Leste (sem especificação de Sousas e Joaquim Egídio), com população de 229 mil, sendo 46 mil em vulnerabilidade social (quando filtrados pelos critérios de falta de infraestrutura adequada na moradia e renda familiar de até meio salário mínimo). 55% mulheres, 7% analfabetos, 53% brancos, 37% pardos e 9% negros (cor autodeclarada), e 757 pessoas com deficiência sendo a maioria delas viventes em Sousas; 38 mil idosos sendo quase 2 mil em situação de vulnerabilidade de acordo com os filtros aplicados. A organização (FEAC) se embasou nos dados do Censo de 2010 do IBGE, aplicando estudos específicos às informações identificadas por este órgão federal. A apresentação foi feita mediante gráficos e tabelas que podem ser encontrados na página online da instituição.

Trouxeram o adicional de que a região conta com 1 DAS, 2 CRAS e 44 OSCs, com 33 escolas estaduais e 20 municipais; 10 Centros de Saúde, 6 delegacias e 12 praças públicas sendo que apenas uma estava apropriada para o uso. De acordo com dados coletados dos serviços da assistência social, os CRAS realizaram 2030 atendimentos em 2018 (em contraposição às 15 mil famílias em áreas vulneráveis); e os SCFV atenderam cerca de 1000-1500 metas.

A apresentação gerou várias discussões e contestações quanto à seleção dos dados e suas construções pelos diversos setores sociais presentes (profissionais da saúde, educação, assistência social, Conselho Tutelar e outros órgãos atuantes na região); primeiramente pelos indicadores excluírem as áreas rurais que são bastante presentes em Joaquim Egídio e cuja população vive em situações precárias de trabalho e moradia. Outra polêmica girou em torno dos filtros aplicados às vulnerabilidades; foi levantado que os critérios de renda e infraestrutura na moradia seriam *insuficientes* para abarcarem a complexidade do território visto que os profissionais apontaram a existência de muitas outras violações de direitos para além dos critérios apresentados (violência de gênero, física, psicológica, negligências, falta de apoio social das famílias, entre outros aspectos considerados pelos contestadores como conceitos de vulnerabilidades que o estudo não conseguiu mensurar). A população em situação de rua também não foi contabilizada pelo Censo ou a FEAC, sendo apontado pelos profissionais o

aumento de sujeitos nessas condições especialmente em Sousas e Joaquim Egídio; além da falta de consideração dos “dados sensíveis” provenientes das realidades qualitativas dos serviços.

A partir do “não-olhar”, da não abrangência dessas populações e dos critérios estabelecidos para suas leituras, me pus a refletir sobre as impossibilidades de que quaisquer ações sejam concretizadas em termos de Políticas Públicas para estes segmentos, visto que há uma exclusão de suas vivências e por consequência, de suas subjetividades no escopo social. Como pensar a melhoria das condições de vida de pessoas nas áreas rurais e em situação de rua, visto que estas se quer existem nos censos oficiais? Não seria essa a real vulnerabilidade da assistência social e de outras áreas públicas? Do que dizem respeito os indicadores... À um modo de vida urbano e normatizado? E os Cecos, cuja maioria das experiências se constituem na cidade, como intervém perante uma sociabilidade que está à margem do urbano?

Estes apontamentos e questionamentos, apesar de dizerem sobre a leitura socioassistencial do território, foram debatidos e ampliados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Sousas e Joaquim Egídio, acrescentando o **olhar da saúde** sobre os condicionantes e determinantes da vida naquela comunidade. Estes fizeram uma apresentação para o Distrito de Saúde Leste sobre seus mapeamentos do território apontando potencialidades e fragilidades, além de replicarem tal apresentação em uma reunião na Casa dos Sonhos. Durante a exibição, a equipe do Ceco fez questionamentos e proposições quanto à construção de ações nos territórios, o que se dá de maneira heterogênea e singular em cada bairro. Os trabalhadores do CS Sousas trouxeram uma microrregião dividida pelo Centro de Saúde em 4 mini-equipes, com destaque para o aumento da SUS dependência da população nos últimos anos devido à perda dos convênios médicos. Para exemplificar de forma mais sucinta apresentarei uma tabela com as principais características das áreas atendidas pelas mini-equipes e quais as percepções/construções do Ceco para os territórios apresentados.

Equipe	Bairros	Potências e desafios	Relações com o Ceco
Azul	Cohab - extrema pobreza Jatibaia - classe média Jaguari - classe alta Botânico - classe média/alta	Cohab - não possui nenhum equipamento público. Área de tráfico e população desassistida com moradias precárias e sem infraestrutura. Único serviço é uma Comunidade Terapêutica. População rotativa devido à especulação imobiliária. CS iniciou uma horta na comunidade além de parcerias com a Biblioteca Municipal. Outros bairros: Áreas com menor	Trouxeram que a Cohab não possui espaços públicos onde pudessem ocorrer atividades do Ceco no território. População com dificuldade de acessar à sede pela distância física e falta de condições econômicas. Devido à parceria do CS com a Biblioteca Pública houve a distribuição de uma Gelateca na Cohab, sendo a confecção desta realizada por uma oficina da Casa

		SUS dependência. Muitos equipamentos da educação e de institucionalização de idosos (SRTs, “asilos”)	dos Sonhos.
Amarela	Jardim Conceição - “o microcosmo de Sousas”	Moradores antigos em comparação à Cohab. Mesclado de habitações e classes sociais com maioria da população idosa. Há grande participação das igrejas católicas e OSCs na comunidade.	Os ACS comunicaram que a população não conhece muito bem a Casa dos Sonhos, “acham distante”, apesar destes profissionais fazerem esforços no sentido de divulgar e estimular à participação. Em out/2018 o Ceco iniciou uma oficina de hip-hop no Salão da Igreja do bairro a fim de atingir o território e a Cohab (que é próxima à igreja)
Vermelha	Vila Santana	Predominância de população idosa e acamados o que traz demanda para a saúde de visitas domiciliares. Com a saída de profissionais do CS há um ano, as visitas que antes giravam por volta de 40 agora são em torno de 4. Elencaram como potências do território as escolas, OSCs e Centro de Reabilitação. Realizam muitas atividades em parceria com o Centro Comunitário do bairro.	Relação intensa e estreita construída há mais de 16 anos com o CS e Centro Comunitário. Realiza um grupo de convivência e artesanato na sede do Centro Comunitário às quartas-feiras, oficina que será detalhada nos tópicos abaixo.
Verde	San Conrado João Damin Beco Nova Sousas Jardim Soriraima Área rural	As potências elencadas disseram respeito apenas à presença de igrejas católicas. As dificuldades abrangeram casas que são pontos de tráfico e prostituição, uma Comunidade Terapêutica que possui relação tensa com o território, o Beco , uma área com grande vulnerabilidade social, e as áreas rurais onde existem fazendas que estão isoladas do território pela falta de transporte público que acesse estes locais (apenas transporte escolar). Existe um Ponto de Cultura no território que não foi mencionado nos relatos.	Grande número de frequentadores das atividades são provenientes desta região, e o Ceco realiza atividades corporais no território de Nova Sousas.

A partir de tais explicações vê-se que no quesito saúde o território de Sousas é marcado, neste processo histórico-cultural, por diversas contradições econômicas, sanitárias e de abrangência de Políticas Públicas incluindo a saúde e o Centro de Convivência. Ao longo do estágio presenciei uma aproximação intensa do Ceco ao CS e às microrregiões de Sousas, em uma tentativa de pensar como as propostas da Casa dos Sonhos poderiam ser mais democráticas e atingir também àqueles locais menos favorecidos em termos do poder público, produzindo

espaços de sociabilidade, encontros, contato com as artes, cultura, etc. Um Ceco que, para além do olhar das diferenças, também se propôs a pensar sobre a **democratização do acesso ao dispositivo** com diversas saídas para além da sede e estabelecimento de oficinas nos bairros, igrejas, centro comunitários, etc.; uma tentativa de que a territorialização do Ceco também pudesse se alimentar das características sanitárias mas tendo o horizonte de não se restringir apenas à elas. Uma proposição progressiva e de tessituras mínimas de que a Casa dos Sonhos pudesse ser algo aproximado ao “microcosmo real de Sousas”. A partir dessa apresentação pelos profissionais do CS não pude deixar de me indagar quanto ao território da Cohab, do Beco e novamente, das áreas rurais. **Como seria possível incluir e abranger esses territórios marcados por vulnerabilidades de forma que sua população também pudesse agregar com suas diferenças?**

No tocante à apresentação pelos ACS de Joaquim Egídio houve uma primeira explanação das contradições dos Censos que não pontuam os moradores das áreas rurais. Os ACS deram especial destaque na apresentação para a existência de fazendas no território que são regiões de grande vulnerabilidade social no tocante ao acesso à saúde, educação, infraestrutura de moradia, entre outros poderes públicos. São áreas isoladas do urbano onde as famílias têm grande dificuldade de acesso ao transporte público, e onde estes núcleos populacionais trabalham e moram em condições insalubres sem que haja qualquer fiscalização. Há dificuldade no acesso dos ACS a estes locais, além do intenso controle dos “administradores” das fazendas que impedem a entrada de outros órgãos. Outra adversidade diz respeito à localização destas propriedades visto que estão espalhadas pela maior área rural de Campinas. Quanto às potencialidades foram elencadas maior presença e atuação de instituições na área urbana/central de Joaquim Egídio, incluindo o Ceco, onde há integração comunitária de igrejas, escolas, creches, que fazem vínculos importantes com a população. Os ACS também trouxeram sobre a preocupação quanto ao aumento dos usuários de drogas, além da adição da SUS dependência também devido às perdas dos convênios médicos. Elencaram que a presença de uma Estação Ambiental no centro de Joaquim acaba por contribuir com o turismo, ações em educação, meio ambiente e preservação da natureza, porém também existem populações que requerem maiores cuidados em saúde ao redor desse dispositivo urbano.

O centro de Joaquim também possui um “Centro de Cultura Caipira e Arte Popular” que retomou as atividades há cerca de 1 ano, tendo o Ceco se aproximado e construído uma parceria para oficinas neste local em 2019. Tal prática também será explicitada com maiores detalhes nos tópicos abaixo, apesar de novamente eu **me questionar sobre os limites e potencialidades do Ceco para além do território urbano**. Em 2018 a Casa dos Sonhos

realizava atividades nas Fazendas mas devido à retirada do transporte suas oficinas foram canceladas. Será que não seria interessante retomar à ida do Ceco às fazendas? **E mais, como o Ceco junto aos outros equipamentos pode articular e reivindicar para que essas regiões tenham mais acessos à saúde, educação, locomoção, enfim, que as pessoas sejam tratadas e consideradas como sujeitos de direitos?** Visto que nem nos Censos aparecem...

No encontro com os profissionais de Joaquim também foi discutido que muitas vezes quando o setor saúde propõe à população atendida uma frequência às atividades do Ceco, há maior entendimento de sua pertinência quando os profissionais fazem *encaminhamentos* no papel, como se fosse uma prescrição. Um agir em saúde que me colocou a pensar sobre as estratégias ainda herdadas do modelo biomédico, mas que não podemos fechar os olhos que funcionam para alguns indivíduos. Contudo, como ir progressivamente alterando essa cultura? **Como possibilitar à população o entendimento e a vivência de que a Casa dos Sonhos pode ser um dispositivo para o cuidado à saúde, mas também para os outros âmbitos da vida?** Quais seriam as estratégias de aproximação possíveis?

Quanto às outras tessituras do/no território, foi uma surpresa me deparar com todas essas descrições sobre o Sousas e Joaquim Egídio visto que existe no imaginário social de que são regiões ricas, predominantemente servidas de turismo e comércio. Ao longo das reuniões intersetoriais (que juntavam diversos equipamentos da saúde, cultura, assistência social, educação e Conselho Tutelar), presenciei narrativas e preocupações dos profissionais quanto às ocupações, favelas, as falhas dos serviços e das Políticas Públicas que muitas vezes impediam ao trabalho com a comunidade em vias de olhar para suas potencialidades. Um grupo que se reunia desde 2002 para resistir, pensar e construir ações coletivas que pudessem resvalar sobre melhorias nas condições de vida da população reordenando fluxos de atendimentos, encaminhamentos, além de rediscutir - nos períodos que participei- sobre a participação e inserção dos usuários perante as condições que se apresentavam no território. “Vamos incluir as pessoas como protagonistas, ouvi-las, ter escuta empática sobre qual uso fazem do espaço” (sic), **“tem que ofertar coisas que eles quiserem, ofertar coisas direcionadas”** (sic), falas especialmente orientadas no momento em que os grupos discutiam sobre os diversos diagnósticos e divisões territoriais que existem entre os setores da saúde, assistência social, a Prefeitura Municipal e a própria população. Há, no mínimo, quatro adscrições diferentes que estes segmentos fazem da comunidade, sendo de grande valia suas interações para que pensem e se complementem entre as compreensões singulares de seus núcleos e quanto às ofertas à população.

No tocante às vivências culturais no território, vê-se uma região com presença histórica de imigrantes italianos que formam associações/agremiações com eventos de música, gastronomia e lazer bastante presentes em Sousas, assim como igrejas católicas que mobilizam diversas comemorações festivas aos finais de semana. Há uma certa divisão social entre os moradores dos grandes condomínios que pouco integram as atividades comunitárias, circulando de maneira transitória por entre os ricos comércios (que também existem na região), e os demais moradores, majoritariamente nascidos e criados nos distritos, que acessam aos diversos dispositivos presentes nos território além de integrarem atividades dos CS, OSCs, Escolas (ex: caminhadas no dia 18 de maio e em prol de instituições; mutirão contra a dengue; reforma do CS Sousas, etc.), propiciando um grande “bairrismo” entre os habitantes. Uma comunidade, com seus paradoxos, mas que consegue na medida do possível fazer os seus próprios laços e agenciamentos.

A Biblioteca Pública do distrito de Sousas se sobressaiu ao longo do ano com diversas ações literárias e educativas em escolas da comunidade, além de reformular seu espaço para que fosse mais acolhedor aos usuários; esta conduz em sua sede grupos de estudos diversos além de possuir instalações de informática e acessibilidade digital para sujeitos com baixa visão. Em parceria com o CS Sousas e o Ceco, distribuiu algumas Gelatecas pelo território a fim de democratizar o acesso aos livros e para “devolver à população àquilo que lhe é de direito” (sic). O Ceco se encarregou da pintura e estilização das geladeiras, tarefa que foi liderada pelo Grupo de Adolescentes do dispositivo. As Gelatecas causaram grandes reverberações na comunidade que as alimentavam constantemente de livros quando estavam vazias. Conexões que só foram possíveis através da intersetorialidade e do interesse desses dispositivos em construir algo que reverberasse em transformação nas ligações que os sujeitos fazem no território.

Outro dispositivo que estava se consolidando quanto às ofertas artístico-culturais na região diz respeito ao “Centro de Cultura Caipira e Arte Popular” em Joaquim Egídio, que se articulava em propostas conjuntamente ao Ceco, CS e Secretaria Municipal de Cultura; existiam propostas de atividades corporais, de artesanato, feiras e exposições em seu espaço. A partir dessas diversas instituições interessadas no fomento à arte-cultura e produção de vida no território surgiu o grupo “ConversAÇÕES” onde estavam presentes Ceco, Biblioteca Municipal, Centro de Cultura Caipira, Ponto de Cultura de Sousas, além de outros atores não ligados a serviços mas que estavam engajados em proposições deste quesito à população.

Foram citados vários dispositivos e suas tentativas de costura a partir daquilo que poderiam contribuir, dentro de sua especificidade. Em conclusão dessa seção, vivenciei

enquanto psicóloga algumas aproximações ao território a partir das minhas leituras e do olhar institucional de determinados serviços. Sem pretensão de esgotar a territorialização e a condição histórico-cultural atual de Sousas e Joaquim Egídio, tais informações me ajudaram a refletir sobre os agenciamentos existentes no território entre alguns serviços e a comunidade; pude me aproximar e ter conhecimento sobre quais são as ações em curso, como as instituições interagem e se propõem à construção coletiva de prioridades, além de ponderar sobre os objetivos-finalidades do Ceco diante dessa complexidade territorial. Pensar uma prática do psicólogo no **campo** da Promoção à Saúde envolve se inteirar dos determinantes e condicionantes em saúde, educação, assistência social, cultura, etc., e buscar através da intersetorialidade possíveis composições que possam atuar melhorando a qualidade de vida da população naquele contexto histórico. Diante das explanações acima me coloquei frente a algumas perguntas sobre o agir em saúde e intersetorial, assim como nas tessituras que são costuradas com o Ceco sem o intuito de encontrar respostas rápidas, visto que existem muitos aspectos envolvidos nas dinâmicas territoriais. Disse de leituras que são atravessadas pelas lentes dos profissionais atuantes nos serviços e que detém de um determinado saber; já a minha aproximação à população e aos usuários dos serviços se deu majoritariamente nas vivências das oficinas que serão explicitadas abaixo; estes também representam um recorte da comunidade de Sousas e Joaquim Egídio, mas que me possibilitaram obter e complementar a territorialização a partir de suas visões e vivências. Através de todos esses olhares, me coloquei enquanto profissional de saúde na ampliação da clínica em vias de me inserir na trama **psicóloga-território-serviços-comunidade** e pensar quais as construções em saúde que eram **possíveis e pertinentes** para aquela região.

Oficina de cinema no Museu da Imagem e do Som de Campinas

Trata-se de um projeto ao qual pude dar seguimento nos dois anos da residência; no primeiro (2018) estava inserida em um CAPS ad onde direcionei as atividades com os usuários dessa instituição; e no segundo ano (2019) foi possível partilhar a proposta com os frequentadores do Ceco. Através dessa longitudinalidade me deparei com a potência das oficinas construídas no território, para além dos muros institucionais, fato que me estimulou a estar em mais atividades da Casa dos Sonhos que fossem articuladas à população (em seus museus, Centros Comunitários, praças, etc.). Do MIS veio a inspiração para o envolvimento e conexão aos grupos na comunidade, por isso a escolha de explicitar neste trabalho mais duas outras atividades que se desdobraram em espaços coletivos, menos estruturados como serviços

e mais como dispositivos, que fazem agenciamentos aos indivíduos e o seu círculo social, seus modos de vida, e que ampliam seus repertórios no mundo.

Em 2018, pensar e construir ações de Reabilitação Psicossocial para além dos muros institucionais se colocou como uma prerrogativa no meu trabalho no CAPS. Desejava uma prática que pudesse articular a inserção dos sujeitos no território através do acesso à cultura, arte e cinema, ao mesmo tempo em que fossem construídas novas possibilidades de sociabilidade para as diferenças na cidade. Não só “tratar” os sujeitos dentro de um serviço de saúde mental, mas também produzir cidadania, empoderamento e vida para além. Para tal, felizmente, foi possível articular com a minha preceptora do CAPS ad uma parceria com o Museu de Imagem e Som (MIS) de Campinas. Trata-se de um museu público sediado na região Central de Campinas, mais especificamente no Palácio dos Azulejos, focado em difundir e preservar o acervo da memória audiovisual municipal. O MIS abrange setores de áudio e vídeo, fotografia, música, equipamentos e educação patrimonial. Suas atividades, para além do acervo, abrangem cursos, palestras, exposições e ciclos gratuitos de cinema, atuando assim, como um importante e democratizado ponto cultural e educativo da cidade. O Palácio dos Azulejos é um prédio histórico de Campinas, existente desde a época da escravidão cujo patrimônio foi tombado pelos órgãos de preservação dos patrimônios culturais do município. No que concerne o cinema, desenvolve há mais de 20 anos exposições gratuitas e debates de filmes a fim de propiciar o cineclubismo.

A profissional facilitadora do museu com quem tivemos contato também tinha, por confluência de desejos, a vontade de firmar alguma atividade de acesso cultural (no caso cinema) com usuários dos serviços de saúde, visto que esta já tinha experiência de trabalho em CAPS e reconhecia a importância desta oferta como “um espaço transformador e crítico” (sic). A partir da nossa aproximação foi elaborado um projeto de que seriam realizadas exposições mensais de filmes no museu, com objetivo de que no decorrer das atividades pudesse ser formado um cineclubes onde os próprios usuários gerenciariam as exposições, os debates e os percursos da oficina. Antes dos encontros ocorrerem de fato, os usuários do CAPS fizeram uma visita monitorada ao local para conhecerem suas instalações, histórias, acervos, salas de cinema e programações cotidianas com intuito de aproximá-los a este universo de riquezas do qual estavam, em sua maioria, apartados pela sociedade e sua vida cultural. Devido às suas condições de usuários de drogas onde muitas vezes estiveram restritos às trocas sociais e ao usufruto dos bens coletivos e artísticos, a maioria dos participantes sequer havia assistido à uma sessão de filme no telão e também não tinham conhecimento do que se tratava o museu.

Houve adicionalmente o convite para que o Centro de Convivência Rosa dos Ventos adscrito no mesmo território que o CAPS, compusesse a atividade.

A parceria decorreu a partir de agosto de 2018 com inclusão e participação dos usuários nos processos decisórios de escolhas dos filmes (ora os frequentadores do Rosa dos Ventos o faziam, ora os usuários do CAPS Independência), que progrediram de filmes mais curtos (curtas-metragens) para àqueles dentro dos diversos gêneros (Charles Chaplin e a história do cinema, nacionais, animações. etc.). Após a exibição decorria um debate a fim de que os participantes expusessem suas percepções e sentimentos sobre a obra, ocasionando um ambiente de trocas entre as vivências ali despertadas com os conhecimentos da profissional facilitadora. O objetivo maior era discutir cinema nos âmbitos de direção, fotografia, iluminação, atuação, **sem que foco primordial fosse a “terapeutização” do cinema** - apesar de que as idas ao MIS pudessem ter por objetivo indireto a terapêutica aos usuários ad. Também tínhamos por objetivo que os usuários pudessem **ampliar seus repertórios de mundo** de forma a frequentarem o dispositivo cultural para além das ofertas institucionais: que o MIS pudesse ser incorporado nas vidas daqueles sujeitos como um local de acesso e circulação às atividades artísticas, possibilitando que tais práticas fossem um recurso de humanização produtor de novas subjetividades e de reinserção na comunidade.

No decorrer das atividades fui visualizando o cinema no museu como um espaço onde os usuários puderam estar em um outro lugar: discutindo direção, atuação e aspectos técnicos da cinegrafia, além de trocar lembranças e situações da vida que se assemelhavam aos filmes, partilhando das (des)identificações com os personagens e fazendo paralelos destes com o mundo contemporâneo. Os participantes saltaram do olhar para além de si mesmos para àqueles dirigidos à comunidade e o mundo circundante; estes discutiram por exemplo questões como as minorias sociais, o racismo, o fenômeno do suicídio, além da convivência coletiva onde puderam rir, se divertir e ter momentos de lazer.

Em 2019 pude dar continuidade ao projeto em moldes similares com os frequentadores do Ceco Casa dos Sonhos, visto que houve interesse por parte da facilitadora do MIS de que mais serviços de saúde integrassem e se beneficiassem da atividade. O Grupo da Casa dos Sonhos levou um tempo para se constituir visto que as pessoas frequentam o dispositivo em diferentes horários e em várias oficinas na sede e/ou espalhadas pelo território; demorou para que fosse possível reunir um grupo interessado na proposta. Um fato relevante se deu a partir da “saída” e circulação dos habitantes de Sousas e Joaquim Egídio para uma atividade no Centro de Campinas no MIS; essas regiões não são tão geograficamente distantes mas grande

parte da população desses distritos não circula pelos domínios de Campinas, e ir para o Centro significava propriamente “*ir lá para a cidade*” (sic).

Na visita ao acervo do museu e na primeira sessão de exibição só houve a participação de uma usuária, a P.; em vias de fazer a proposta não acabar fui de grupo em grupo no Ceco divulgando o projeto, uma vez que apenas a propagação pelas mídias sociais não estava sendo suficiente para que mais frequentadores se interessassem pela oferta. Através do boca-a-boca fui levantando nomes e interessados de maneira que nas sessões seguintes participaram cerca de 8-10 pessoas que se mantiveram presentes na atividade até o final do ano.

Gostaria de dar destaque especial para a participação de três usuários que me fizeram deparar com a importância do dispositivo Ceco para lançar os sujeitos a novas formas de estar e circular pelo mundo. A P. presente desde o início da proposta, diferente dos outros frequentadores residia perto do MIS e comparecia às oficinas do Ceco por estímulo dos irmãos. Uma mulher por volta dos 40 anos que morava sozinha e cuja ocupação principal era cuidar do irmão que demandava atenção por ter certo diagnóstico psiquiátrico. Ela, no momento dos nossos encontros, estava afastada do trabalho de uma instituição pública devido ao tratamento por câncer. Nos encontros iniciais ao MIS, reiterou diversas vezes que “não sabia que tinha tudo isso tão perto da casa dela” (sic), e que gostava muito de televisão, filmes e jornais. P. frequentou os encontros marcados com o Ceco umas 2-3 vezes e diante das suas ausências soube, a partir de um telefonema, que na verdade estava indo em outros dias e horários ao MIS por conta própria. Diante disso vi o cumprimento dos nossos objetivos iniciais.

Já E., uma mulher também por volta dos 40 anos e acometida por várias questões de saúde que a restringem até de se locomover, se interessou pela proposta quando realizei o boca-a-boca no grupo de convivência da Vila Santana (sediado em um Centro Comunitário em Sousas). Através do transporte facilitado pelo Serviço de Saúde Cândido Ferreira, E. pode ir para a oficina conosco o que suscitou vários (re)encontros e memórias da sua juventude. Após a primeira participação, E. correu para me contar que quando era estudante de Pedagogia fazia horas complementares no MIS e que na época não sabia das atividades de cinema no museu. Disso desdobraram-se várias outras falas sobre essa fase da vida, sua profissão, e conseqüentemente, as implicações do adoecimento no cotidiano em casa e no trabalho. Conexões que foram permitidas a partir de uma primeira visita à um dispositivo, e que trazem consigo tantas memórias e vivências por parte de E. que foram dirigidas à mim e à coletividade nos debates. Ela participou assiduamente dos outros encontros e se mostrava entusiasmada com os debates; às vezes, na volta para Sousas, me dizia que “preferia não entrar em algumas discussões para não discordar demais, mas que tinham muitas opiniões que ela não concordava”

(sic). Como frequentei o grupo de convivência na Vila Santana também tive contato com ela a partir de outra atividade, e percebi o quanto o cinema no MIS a possibilitava ocupar outros posicionamentos para além dos silêncios e retraimentos que se colocava na oficina da Vila.

O senhor G., de 90 anos (!!), também foi convidado através do grupo da Vila Santana para ir às exibições de filmes. Um homem viúvo que vive a maior parte da semana em um rancho da família, que diz se orgulhar da sua horta e pomar, e retorna todas as terças-feiras para participar no dia seguinte do grupo de convivência. Este, que vê grande sentido e revela sentimentos de pertencimento quando se refere à atividade, pode demonstrar alegrias similares quando começou a integrar as oficinas do MIS. Foi tocado a dividir histórias da sua infância/adolescência, período no qual morava em área rural e andava cerca de 11km para ir ao cinema. Disse dos filmes mais passados, Chaplin e outros em preto-e-branco, e do quanto essa atividade estava desinvestida na sua velhice visto que “apenas o filho às vezes ia ao cinema” (sic).

A partir destas três vivências e dos movimentos grupais, pude visualizar uma prática da Psicologia expandida, para além do viés puramente “clínico” para àquela com o coletivo *in loco*, no território, mesmo que fosse um território diferente daquele de moradia. Visualizei o quanto oficinas e grupos artísticos (no caso cinema) abrem pontes e conexões para um **território interno** através da linguagem e explanação de aspectos subjetivos e vivenciais dos indivíduos. A produção de encontros para além do Outro, também esteve refletida em reencontros consigo mesmo e suas histórias. E sem o objetivo de “**terapeutizar a vida**”, o projeto junto ao MIS possibilitou ampliação de repertórios no tocante ao cinema, maior circulação pela cidade, modificação dos lugares de fala, e inserção desses sujeitos ao que lhes é de direito: uma maior qualidade de vida através da arte e cultura. A Psicologia também conseguiu contribuir com a socialização de alguns saberes que detém: disse sobre os determinantes e condicionantes históricos, culturais, em saúde, educação, etc, que reverberam em estruturas sociais como o racismo, machismo, adoecimento mental, de forma a estimular o debate e reflexão por parte dos participantes. Muitos filmes que retratavam essas estruturas sociais puderam ser postos em análise a fim de que os usuários pensassem e se colocassem quanto a discriminação, os direitos sociais e a cidadania. E por fim, um contato com profissionais facilitadores de outras áreas (no caso cultura) proporcionaram olhares e direcionamentos interdisciplinares para a atividade, lançando os participantes para a imersão em novos campos de saberes.

“A arte é um antidesestino”, disse o escritor francês André Malraux. Finalizo o relato com esta citação por entender que este projeto viabilizou que os usuários do CAPS e Ceco

estivessem nas ruas, na cidade, construindo uma nova forma de estar e ocupar um espaço artístico e cultural em Campinas que divirja de tudo àquilo esperado pelo imaginário social e por eles mesmo. A eles “resta” a arte e o cinema como fortes recursos produtores de vida, e que lançam pontes para formas de viver diferentes e mais qualificadas.

Durante o processo inicial de consolidação da oficina no Ceco eu me vi perante a possibilidade de ter que cancelar o grupo caso este não fosse de interesse da comunidade (visto que não existia adesão). Mas a partir do encontro um-a-um, do boca-a-boca, a proximidade possibilitou que várias coisas emergissem nos nossos encontros e que a proposta fizesse sentido e agenciamentos para esses frequentadores do Ceco.

Grupo de Convivência no Centro Comunitário da Vila Santana

De acordo com conversas e prosas com os moradores deste bairro, a Vila Santana é uma região em Sousas que existe há aproximadamente 70 anos, tendo desde os primórdios uma “União do Bairro” e coletividade bem constituídas. Através da organização comunitária os moradores pleitearam junto à Prefeitura Municipal alguns terrenos que estavam inutilizados para construção de uma sede com intuito de ser um espaço comunitário para utilização da população. Os terrenos foram cedidos e começou-se então, a constituição do “Centro Comunitário da Vila Santana” há aproximadamente 40 anos atrás. Um espaço autogerido por um colegiado eleito pela população do bairro, e que ao longo dos anos se debruçou sobre a formação desse espaço físico que pudesse servir de usufruto da comunidade através de atividades físicas, corporais, artesanatos, feiras, etc. É uma instalação que consta com dois grandes salões abertos, cozinha, estacionamento, banheiro e salas para armazenamento de materiais. Me foi informado que a constituição do espaço, tal como ele é hoje, foi resultado de um longo processo de construção visto que eram necessários grandes períodos de arrecadação financeira pela comunidade a fim de que as obras fossem concluídas.

O espaço, tal como se organiza em 2019, é sede para oficinas de artesanato (em parceria com a Casa dos Sonhos), oficinas de dança (particulares), oficinas de Movimento Vital Expressivo (em parceria com o CS Sousas) e atividades semanais do Centro de Saúde para aferição de pressão, destro e orientações em saúde. Épocas atrás eram realizados atendimentos médicos no Centro Comunitário porém com redimensionamento de profissionais do CS tais ações foram extintas. Como há forte presença do CS no bairro, as ACS responsáveis acabam por ter grande proximidade à população. Os moradores em si também reinvestem muita solidariedade uns com os outros.

Na seção acima, da territorialização apresentada pelos ACS de Sousas, foi apontado pelo quadro confeccionado que há grande número de idosos no bairro, predominantemente urbano, além de parceria com o Ceco há mais de 16 anos. A oficina de convivência e artesanato sediada no Centro Comunitário em parceria com a Casa dos Sonhos, ocorre há aproximadamente 3 anos, e tem como participantes majoritariamente mulheres de meia-idade e idosas. Estas se reuniam semanalmente no local para realizarem atividades manuais das mais diversas (bordados, crochês, pinturas em MDFs, panos de pratos, pathcolagem, entre outros), apesar das participantes se dirigirem, em sua maioria, à atividades de bordado e crochê onde demonstravam identificações com as peças produzidas, diziam das confecções que realizavam nas suas casas, de como os fios faziam parte de suas rotinas, das intenções em presentear ou enfeitar a moradia com os artefatos prontos; ou seja, uma gama de conexões que tais artes articulavam e agenciavam em suas vidas produzindo interações, troca de saberes entre quem sabia mais-menos, que produziam sentido identitário e cotidiano, além de serem estimuladores para que elas continuassem a frequentar a oficina a fim de que mais práticas pudessem ser intercambiadas, e de que existissem pessoas com as quais pudessem partilhar de um desejo comum. **Unidas por uma vontade em comum que muitas vezes abria janelas para novas formas de encontros, interações e afetos.**

Um dos pontos facilitadores para a vinculação ao grupo e às atividades dizia respeito à presença de duas trabalhadoras-coordenadoras da oficina que também residiam na Vila Santana. Para além dos encontros semanais, essas profissionais do Ceco também estavam territorializadas, assim como as ACS, àquelas dinâmicas comunitárias. Como havia a partilha de um mesmo território e contexto, era comum ouvir conversas grupais sobre as festas da igreja do bairro, sobre os encontros durante o final de semana em outros locais, sobre as visitas e passagens que as frequentadoras faziam às casas das coordenadoras a fim de tomar um café, irem junto para a oficina, etc. As trabalhadoras muito sabiam sobre àquelas pessoas, e era interessante perceber como apesar disso não se deixavam contaminar quando alguma necessidade emergia, seja ela proveniente de conflitos, vulnerabilidades ou tensões. A localização de profissionais-moradoras do bairro não as incumbiam de uma posição hierarquizada, pelo contrário, conseguiam fazer separações e estar com as frequentadoras de uma forma mais horizontal e carregada de afetos responsáveis; se equilibravam entre as proximidades com o grupo e a necessidade de leituras/intervenções mais técnicas quando necessário. Para mim, uma riqueza particular deste Ceco neste Grupo.

É importante contextualizar algumas dinâmicas grupais e dos participantes; o Grupo de Convivência e Artesanato era um dos poucos locais de circulação e interação social para além

da família, da maioria dos frequentadores. Estes, em majorante, apresentavam algumas dificuldades nas condições econômica e de saúde o que não lhes permitiam acessar à sede da Casa dos Sonhos por exemplo (que se localiza apenas a 3 km do local). Portanto, era importante a constituição daquele espaço para que os frequentadores se encontrassem a fim de produzirem trocar materiais e imateriais. Por ser uma atividade majoritariamente constituída por pessoas que viviam no mesmo bairro, não era um ambiente livre de tensões e questionamentos, porém era interessante acompanhar como os sujeitos da própria comunidade se colocavam como autorreguladores para dar direcionamentos e fins às situações que emergiram. Como profissional eu me colocava a acompanhar e mediar os encontros de forma a facilitar o diálogo, principalmente quando a capacidade de escuta e entendimento pelas partes estavam comprometidas.

Um caso importante diz respeito a I., mulher de quase 60 anos residente do bairro que obteve grande histórico de internação no extinto HP do Serviço de Saúde Cândido Ferreira, ainda apresentando grande sofrimento psíquico devido a estes períodos. I. se mostrava com certa hostilidade aos outros participantes do grupo e por diversas vezes gritava e se irritava com os usuários sem motivos (no concreto). Gostava de atividades de bordado e pintura em tecidos, e através de tais fazeres que as coordenadoras conseguiam estimulá-la a ficar na oficina mesmo durante as irritações. Ao longo dos anos obtive a história de que foram necessários muitos manejos e contornos para que I. ficasse na convivência sem maiores agressões verbais às pessoas; mas através desses manejos, estímulo à tolerância e aproximação do Ceco frente aos seus contextos familiares, **I. já não era mais internada em HP há aproximadamente 2 anos.**

Quando a usuária soube que eu era psicóloga, logo me identificou às vivências que teve no HP e me colocou no lugar de alguém a quem seria dirigido o seu repúdio e agressividade. Pouco importava quem eu era, mas sim o que eu representava, “a psicóloga do Cândido Ferreira”, local que por anos a violentou e privou de direitos. Uma persecutoriedade importante era dirigida à mim, porém quando eu não estava presente no grupo I. identificava outras pessoas do coletivo como ameaçadoras. Ao longo de meses continuei por cumprimentá-la apesar do seu mal-estar, até que certo dia fui advertida pela voluntária da oficina de que **eu “não a estava escutando quando fazia isso”** (sic). A partir de tal contribuição pude me atentar ao fato de que verdadeiramente eu não a estava escutando, e ao cumprimentá-la todos os dias estava ignorando o seu histórico de violências e institucionalizações sofridas; consegui entender que ali estava representando outro papel necessário a ela a fim de que I. pudesse elaborar o que foram essas marcas provenientes das internações. Ao longo de um constante trabalho de tessituras e delicadezas, com conversas, tentativas de aproximações, manejos por parte das outras

profissionais e falta de cumprimentos meus a ela, nós pudemos estar no mesmo espaço sem que agressões verbais fossem dirigidas à mim ou aos outros frequentadores. **Minha presença foi progressivamente se tornando suportável na medida em que eu também entendi e escutei o que I. precisava dizer.**

Um fato interessante se deu em out/2019 quando I. perguntou à voluntária se “poderia visitar o Cândido Ferreira e ver como ele está agora” (sic). Um demonstrativo das mudanças subjetivas que a sustentação da convivência e do trabalho sobre o mal-estar puderam proporcionar. E ampliando... A convivência também não diz respeito de às vezes estarmos perto de pessoas com as quais não somos tão afinados? **E que ricos são os processos que nos colocam diante de reformulações sobre as nossas concepções das pessoas, lugares, instituições; quando somos investidos e confiados pelo Outro para que possamos obter afeto, aprender e fazer o mesmo com o mundo...**

I. ao longo do ano conseguiu identificar em quais momentos estava mais irritada, desconfortável e negociar com as coordenadoras o seu retorno para o lanche - situação de maior descontração entre os participantes da oficina. **Também era o momento no qual ela partilhava àquilo que levava, seja como alimento ou como abertura e possibilidade para estar com os outros apesar da sua irritabilidade.** O caso foi acompanhado pela equipe do Ceco e mediante à detecção de que esta apresentava problemas de saúde clínicos e questões familiares, foi articulada rede intersetorial para assistir às suas questões, visto que I. estava invisibilizada por outros aparatos públicos.

Enquanto psicóloga em um contexto de convivência dentro da comunidade (e que proveio de um CAPS no ano anterior), pude vivenciar uma conjuntura onde as pessoas se apresentam pelo o que elas produzem e são, ao invés das patologias (sendo as primeiras demandas aparentes nos CAPS); elas se dirigem à atividade para produzirem um fazer que diga muito mais sobre elas do que quaisquer palavras - vão às oficinas para encontrarem e reproduzirem um desejo; um **desejo em cena, em ato.** Uma experimentação de si que é mediada por um cuidado (seja o olhar do psicólogo ou outro profissional) que está destituído da posição hierárquica de um saber onde irá “aplicar” seus conhecimentos à determinada população buscando mensurar e obter resultados. Pelo contrário, observei um posicionamento mais “passivo” e vazio do psicólogo para que as subjetividades ali pudessem emergir com suas diferenças e singularidades, sem a pretensão de fazer leituras sobre um indivíduo universal e a-histórico, descontextualizado das redes que o compõem; por isso faz-se tão necessária a **escuta dos sujeitos no/em coletivo.** Diante dos conflitos emergentes da vida comunitária, também percebi o papel mediador do psicólogo perante as relações, a fim de suscitar os sujeitos

a refletirem sobre seus posicionamentos principalmente quando estes estão com convicções que dificultam ao diálogo e aceitação da diferença alheia. Uma costura delicada sobre o estar com o Outro no mundo de maneira a também articular um trabalho perante àquilo que há de incômodo e agressivo. Estabelecendo limites entre o eu-outro para que estes possam interagir.

Oficina de Artes no Museu Caipira

Popularmente conhecido como Museu Caipira, este local na verdade diz respeito ao “Centro De Cultura Caipira E Arte Popular” inaugurado entre a década de 80-90, porém estava fechado e as atividades foram retomadas há cerca de um ano. O retorno do funcionamento se deu a partir de iniciativas de três artesãs autônomas que fizeram parceria com a Secretaria Municipal De Cultura, a fim de que pudessem utilizar o espaço para feiras de vendas de produtos artesanais aos finais de semana; adicionalmente ficariam encarregadas sob o espaço com o propício de outras atividades artístico- culturais. No tocante a Casa dos Sonhos, esta havia optado em 2019 por realizar uma oficina no Centro De Joaquim Egídio, na sede do Centro de Saúde, uma vez que os grupos nas áreas rurais não puderam ser continuados devido ao contingenciamento do transporte. Até metade do primeiro semestre do ano a oficina ocorreu dentro no CS, quando houve o convite por parte das artesãs de que a atividade se transferisse para a sede do Museu Caipira. Trata-se de um espaço anexo a Subprefeitura de Joaquim Egídio, no centro do distrito em frente à Unidade Básica de Saúde; um grande salão que apesar do nome popular “museu” não possui acervo à mostra, se configurando mais como um espaço cultural e artístico para que decorram oficinas corporais, feiras, exposições temporárias, entre outras atividades.

A proposição da Casa dos Sonhos envolve, assim como no grupo da Vila Santana, a produção de encontros e convivências que sejam mediadas por atividades manuais (bordados, crochês, pinturas em mdf, entre outros). Este grupo apresenta como característica interessante uma intergeracionalidade onde estão presentes crianças, adultos e idosos, majoritariamente do sexo feminino e residentes da região. Duas artesãs, uma assistente social e uma monitora compõem atividade conjuntamente a uma ACS, propiciando um ambiente de interação e troca de saberes entre estes diversos núcleos. A oficina, apesar de estar em curso há um tempo, ainda está em fase de ampliação visto que é composta por número pequeno de público. Ao longo do ano nos indagamos se este era o local mais adequado para ações e atividades por parte da Casa do Sonhos no território de Joaquim. Havia um dito popular de que *“as pessoas de Joaquim Egídio não saem de casa”* (sic), além dos viventes das áreas urbanas pairarem pelo imaginário social de que *“são pouco adeptos às atividades coletivas”* (sic). Desses comentários me

emergiram questões: as ofertas direcionadas à população de Joaquim são condizentes com os modos de vida e os desejos dos habitantes? De que estratégias estamos lançando mão para conhecer as pessoas e convidá-las para as ofertas territoriais?

No que concerne à convivência entre gerações, característica potente do grupo, as diferenças etárias puderam se colocar em trocas de vivências e fazeres, o que possibilitou ao Ceco se concretizar em relação a seu projeto inicial com benefícios para todas partes: trocas sociais e afetivas de concepções e práticas, desconstrução de estereótipos geracionais, o partilhar dos encontros que propiciaram a tolerância e alteridade, além do exercício de alteridade perante às necessidades e dificuldades de determinada faixa etária. Trata-se de uma das oficinas do Ceco onde estão reunidos diferentes públicos de idades diversas, em detrimento de outros grupos que apresentam público preferencial no tocante à faixa etária.

Como exemplo prático pode-se dizer do encontro de M. (criança de 9 anos) com A. (mulher de 60 anos), onde M. nas oficinas demonstrava bastante interesse por atividades de crochê e bordado nas quais A. tinha muita expertise; ela se apresentava de maneira solícita e atenciosa para M. estando próxima da menina de um jeito bastante afetuoso e diferente daquilo que desenrolava com os demais. M. também se mostrava interessada com as minhas atividades e se colocava à disposição para me ensinar pulseiras de macramê, bordado em tecido, apresentando extrema agilidade e facilidade nas técnicas de forma a também acompanhar e “supervisionar” a execução dos meus trabalhos.

Essas trocas de saberes estimuladas entre as participantes resultaram em posição de maior horizontalidade em detrimento de um fazer monopolizado e repassado pela figura do coordenador, além de fomentarem relações onde a solidariedade e a coletividade fossem dissonantes com o neoliberalismo em vigência na sociedade atual (Borges & Magalhães, 2011). Aliás, a própria proposta da convivência já é uma contramão ao modo de vida individualista e capitalista onde as relações são desresponsabilizadas e descartáveis. Os limites e abrangências da oficina assim como a convivência intergeracional colocavam em pauta os desequilíbrios do Ceco, também presentes na comunidade e na vida humana, onde é sempre necessário um aproximar e afastar dos laços, forças, linhas de ação, intervenção, que colocam a rede de saúde (e intersetorial) a pensar sobre seus alcances com o Dentro e o seu Fora (Galletti, 2007).

O psicólogo “não” se mostra um núcleo interessante para pensar/refletir/problematizar juntos aos profissionais e comunidade sobre os limites deste ‘dentro e fora’ das vivências no território? A partir da sua escuta responsável sobre os ditos e não-ditos através das falas, instrumentos, mapas, censos, entre outros, pode sinalizar para aquilo que há de potência, paradoxo, entrave e inacabável na experiência desses diversos

encontros, sejam eles institucionalizados ou não, mas que se desdobram para dentro da vida subjetiva e em comunidade. E partindo de experiências artístico-culturais o seu lugar de fala será remodelado para àquele que diz a fim de **potencializar a criatividade coletiva para novas formas de viver**.

Discussão

Lançar-se, enquanto psicóloga, em um contexto de promoção de saúde envolve se colocar em uma postura analítica e se questionar quanto aos diversos aspectos do serviço e da vida em comunidade no qual o trabalho está adscrito: Como se caracteriza o território? Como a instituição que atuo age sobre os condicionantes e determinantes em saúde? Como este faz rede com os outros dispositivos? E com a população? Quais as dificuldades e potencialidades do território? E do serviço no qual estou? Quais as possíveis atuações do psicólogo em um contexto tão divergente da sua matriz formativa? Como fazer parcerias e tessituras na comunidade de forma a atingir integralidade, equidade e universalidade? E por fim, **como conseguir colocar o usuário como co-participante no processo de construção da territorialização e dos encaminhamentos intersetoriais?** No tocante à última pergunta percebi um certo “gap” na inclusão dos sujeitos como partícipes em instâncias maiores, apesar de existirem discussões no território para que a comunidade fosse incluída no escopo das organizações. Enfim, algumas perguntas das quais me lancei e que me orientaram ao longo do ano também na escrita deste trabalho. Os resultados foram descrições que tentaram, em partes, contar sobre a complexidade das relações e composições que envolvem Sosas, Joaquim Egídio, o Ceco Casa dos Sonhos e a população, de maneira a contextualizar como as dinâmicas dos serviços e dos moradores podem incidir sobre um certo modo de se pensar e produzir saúde, de fazer articulações intersetoriais possíveis e pertinentes, e de se organizar em um determinado modo cultural que diga respeito às singularidades daquela “geografissocialização”.

Nesse ínterim, a territorialização consiste em uma etapa fundamental de apropriação/conhecimento do território não só pelo psicólogo mas também pelas equipes, a fim de que possa existir o planejamento, programação e o desenvolvimento de ações intersetoriais que possibilitem atuar sobre os determinantes e condicionantes: físicos/barreiras/de circulação, socioeconômicos, sanitários, demográficos, rede social normativa (listas de equipamentos sociais como escolas, creches, serviços de saúde, instituições religiosas, instituições de apoio social, comércios, etc.), além de conhecer as lideranças comunitárias e organizações associativas, culturais, de lazer, etc. (Meneses et al, 2019)

Com esta premissa, a territorialização surge como ferramenta indispensável para se pensar e atuar sobre a população de determinada área, impactando de maneira adequada sob a qualidade de vida das pessoas (Pessoa, 2013). Longe de apresentar soluções no referente ao planejamento e imperativos de ações que devem ser tomadas no território, esta escrita se propôs muito mais à reflexão de pontos que podem vir-a-ser considerados em um planejamento, sem a pretensão de que as minhas explicações se tornem uma leitura universal e verídica da territorialização; muitos outros olhares e percepções podem ser agregados para devida complexificação de uma comunidade que não deve ser tomada como objeto (no sentido de ser objetificada), mas sim como um “sujeito coletivo” na direção dos seus agenciamentos, negociações, modos de vida, e daquilo que produz como potência.

A análise do território procurou decorrer de forma transversal à história da comunidade em 2019, de forma que a aproximação do psicólogo como profissional da Saúde Coletiva com a realidade do território, também implicasse em responsabilização por todo o processo de produção de saúde como uma mola propulsora para modos diferentes, mais qualificados e empáticos da comunidade se articular.

Este Outro, que é individual e coletivo, na Promoção a Saúde pode propiciar ao setor sanitário o entendimento da resistência, mecanismos de sobrevivência da comunidade, auxiliar a repensar as práticas instituídas, e as fronteiras entre os limites do corpo e do afeto entre as pessoas que tem uma história e uma cultura compartilhada (Pessoa, 2013).

Por isso, é preciso pensar a clínica da saúde (incluindo a psicológica) enquanto abertura para produção de novas sensibilidades como as que acontecem através dos encontros nos Centros de Convivência. Essa nova sensibilidade diz respeito a produção de realidades criativas, pulsantes de vida, com relações mais solidárias e vivificantes do ser (Lieberman, 2008). Uma intervenção sobre os processos de saúde-doença, criando novas perspectivas no encontro entre profissionais, usuários e comunidade especialmente a partir de suas potências e não apenas a partir de suas fragilidades ou riscos. O Ceco também possui compromisso de fortalecimento do território, que se dá a partir do fortalecimento das relações que ali se estabelecem, das interações que as pessoas exercem com seu bairro, com os espaços públicos, entre si e com suas vidas (Ferigato, Carvalho & Teixeira, 2016). Portanto, uma concepção de território transcende à sua redução a uma superfície-solo e às características geofísicas para instituir-se como território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo, de projetos e de sonhos (Bousquat, 2001).

Os encontros proporcionados pelo Ceco, que são de base comunitária, também se dirigem às pessoas em situação de vulnerabilidade social ou exclusão, o que se mostrou

frutífero com as discussões da equipe técnica do CCII, e a partir das oficinas no MIS e a Convivência na Vila Santana (com os casos de E. e I. por exemplo). A princípio, o que une essas pessoas é uma premissa de convivência e não apenas de cura, prescritividade ou de normatização (Ferigato, Carvalho & Teixeira, 2016), sendo demonstrado bem fortemente com as participantes bordadeiras da Vila Santana.

As oficinas se dirigiram no tocante da criação de vínculos, redes de apoio, inclusão, relações interpessoais, produção de subjetividade, ampliação do trânsito pela cidade, e ação de sujeitos e coletivos em relação aos espaços públicos do território. Vê-se um dispositivo que pode ser “ativador de experiência” ou “motor da experimentação”, mas sem a pretensão de se fechar em si mesmo sendo a origem ou o centro desse convívio, conforme denota Ferigato (2013).

O trânsito entre arte, cultura e clínica, mais especificamente na descrição das oficinas e presente nas práticas do Ceco, viabilizam um caminhar entre regiões fronteiriças nas quais arte, cultura e clínica estão implicadas em suas conexões e dissonâncias, possibilitando à vivência do incerto, inacabado, transitório, atravessando fronteiras e agenciando-se (Aleixo & Lima, 2017). Permitem também novas experimentações estéticas que se expandem da saúde e dos modos artísticos tradicionais; são fazeres que atravessam para a experimentação da criatividade, experiências culturais, contribuindo para uma nova subjetividade. Dispositivos como esse, com potencial tão grande de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde podem ser viabilizados a baixos custos financeiros quando comparados com os demais equipamentos da rede de saúde; no entanto, continuam sendo um privilégio para poucos municípios e, por conseguinte, para poucos cidadãos e cidadãs brasileiras (Ferigato, 2013; Lima et al, 2015).

Vê-se portanto, a aplicabilidade do conceito de saúde não como valor absoluto ou estático, mas como processo dinâmico que implica em perdas ou em aquisições sempre gradativas (Onocko-Campos et al, 2012). Os relatos sinalizam vivências que expressam a articulação intrínseca entre territorialização, promoção de saúde através do Ceco e dispositivos da rede intersetorial, além das tessituras entre a população e instituições para intervenções na cidade com afirmação das diferenças. Neste entrelace todo encontra-se o psicólogo que trabalhando no campo da Saúde Coletiva e na intersecretariedade, orienta sua clínica para um compromisso com o sujeito e sua capacidade de produção de vida não significando apenas à interioridade psicológica do indivíduo, mas também toda a rede de afetividades e subjetividades que o envolvem (Bezerra, 2001 apud Cambuy & Amatuzzi, 2012). À sua prática com os usuários podem ser executados: o estabelecimento de relações e projetos futuros; o

aumento da capacidade de escolha, participação e gerenciamento dos indivíduos, como também o estímulo para a conquista da autonomia, cidadania e aumento de poder contratual (Macedo & Dimenstein, 2016).

Cambuy (2010) traz em sua tese que espaços de cultura, lazer e educação poderiam ser instrumentos de trabalho do psicólogo promotoras de saúde mental, viabilizando a saída das instituições a fim de desenvolver ações em espaços comunitários; assim o psicólogo tem sob foco uma ação que não é o sofrimento ou a patologia, mas sim o que é saudável no sujeito. No entanto, ainda que a procura inicial se dê pela atividade, aos poucos, todos frequentadores percebem que, para além do aprendizado de uma técnica, ali é um espaço de cuidado, escuta, acolhimento – em suma, espaço também de promoção de saúde, o que faz com que essas pessoas continuem vinculadas ao serviço, mesmo após terem aprendido a técnica. O psicólogo torna-se, **portanto**, um **facilitador** para que os encontros aconteçam no território e a partir dele, culminado que os sujeitos redescubram suas potências e possam ser lançados à vida de maneira mais qualificada.

Referências

Aleixo, J. M. P. & Lima, E. M. F. A. (2017). Invenção e produção de encontros no território da diversidade: cartografia de um Centro de Convivência. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 25(3), 649-659.

Amarante, P. & Torre, E. H. G. (2017). Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(63), 763-774.

Araújo, G. B., Filho, F. W. P. A., Santos R. S. & Lira, R. C. M. (2017). Territorialização Em Saúde Como Instrumento De Formação Para Estudantes De Medicina: Relato De Experiência. *SANARE, Sobral*, 16(1), 124-129.

Barbosa, C. F., & Mendes, I. J. M. (2005). Concepção de promoção da saúde de psicólogos no serviço público. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 15(31), 269-276.

Brasil (2006). Política Nacional de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde: Brasília.

Benevides, M. V. M. (1994). Cidadania e democracia. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, (33), 5-16.

Bousquat, A. (2001). Conceitos de espaço na análise de políticas de saúde. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, (52), 71-92.

Caçapava, J. R., Colvero, L. A., & Pereira, I. M. T. B. (2009). A interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde. *Saúde e Sociedade*, 18(3), 446-455.

Cambuy, K. & Amatuzzi, M. M. (2012). Experiências comunitárias: repensando a clínica psicológica no SUS. *Psicologia & Sociedade*, 24(3), 674-683.

Cambuy, K. (2010). Experiências Comunitárias Em Saúde Mental: Repensando A Clínica Psicológica no SUS. Tese de Doutorado em Psicologia. PUCCAMP: Campinas.

Campos, G. W. S. (2000). Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230.

Czeresnia D.& Freitas C.M. (2003). Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Ed. Fiocruz: Rio de Janeiro.

Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2012). Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(spe), 232-245.

Faria, R. M. (2019). A territorialização da atenção básica à saúde do sistema único de saúde e a construção da perspectiva de adequação dos serviços aos perfis dos territórios. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 9(16), 131-147.

Ferigato, S. H., Carvalho, S. R., & Teixeira, R. R. (2016). Os centros de convivência: dispositivos híbridos para a produção de redes que extrapolam as fronteiras sanitárias. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 8(20), 80-103.

Ferigato, S. (2013). Cartografia Dos Centros De Convivência De Campinas: Produzindo Redes De Encontros. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva – Faculdade De Ciências Médicas. Unicamp: Campinas.

Galletti, M. C. (2007). Itinerários De Um Serviço De Saúde Mental Na Cidade De São Paulo: Trajetórias De Uma Saúde Poética. Tese De Doutorado Em Psicologia Clínica. PUC/SP: São Paulo.

Galletti, M. C. (2004). Oficina Em Saúde Mental: Instrumento Terapêutico Ou Intercessor Clínico?. Editora da UCG: Goiânia.

Gondim, G. M. M. & Monken, M. (2009). Territorialização em saúde. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. <Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/tersau.html>.>

Gondim, G. M. M. *et al.* (2008). O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda, A. C.; Barcellos, Christovam; Moreira, J. C.; Monken, M. *Território, ambiente e saúde*. Ed: Fiocruz. Rio de Janeiro. p. 237-255.

Jorge, M. S. B., Pinto, D. M., Quinderé, P. H. D., Pinto, A. G. A., Sousa, F. Sérgio P., & Cavalcante, C. M. (2011). Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3051-3060.

Klein, K. B. (2009) As Possibilidades Da Psicologia Na Promoção Da Saúde Mental Dentro Do Programa De Saúde Da Família. *CES Revista* (23), 177-195.

Lima, E. A., Castro, E. D. de, Buelau, R. M., Valent, I. U., & Inforsato, E. A. (2015). Interface arte, saúde e cultura: um campo transversal de saberes e práticas. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(55), 1019-1022.

Lima, E. M. F. A. (2006). Por uma arte menor: ressonâncias entre arte, clínica e loucura na contemporaneidade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 317-329.

Macedo, J. P., & Dimenstein, M. (2016). Efeitos do saber-fazer de psicólogos na Saúde Mental do Piauí. *Fractal: Revista de Psicologia*, 28(1), 37-45.

MDS (2016). Perguntas Frequentes: Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS): Brasília.

MEC (2011). Resolução CNE/CES nº 5, de 15 de março de 2011 - Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. Diário Oficial da União: Brasília.

Meneses, M. O, Gomes, A. T., Marques, J. S., Brandão, S. A. S. M. & Leal, S. M. R. D. (2019). Processo De Territorialização Realizado Em Unidades Básicas De Saúde Sob O Olhar Da Enfermagem. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 26(2), 33-37.

Paulin, T. & Luzio, C. A. (2009) A Psicologia Na Saúde Pública: Desafios Para A Atuação E Formação Profissional. *Revista Da Psicologia Da Unesp*, 8(2), 98-109.

Pereira, M. P. B.; Barcellos, C. (2006). O Território No Programa De Saúde Da Família. *Hygeia- Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, 2(2), 47-55.

Pinto, M. B. & Silva, K. L. (2019). Promoção da saúde no território: potências e desafios dos projetos locais. *Escola Anna Nery*, 23(1), e20180282.

Onocko-Campos, R. T., Campos, G. W. S., Ferrer, A. L., Corrêa, C. R. S., Madureira, P. R., Gama, C. A. P., Dantas, D. V., & Nascimento, R.. (2012). Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 43-50.

Pessoa, V. M. (2013). Sentidos E Métodos De Territorialização Na Atenção Primária À Saúde. *Ciência E Saúde Coletiva*, 18(8), 2253-226.

Santos, M. (1996) *Metamorfoses Do Espaço Habitado: Fundamentos Teóricos E Metodológicos Da Geografia*. Editora Hucitec: São Paulo - Sp.

Souza B. R. A. & Delevati, D. (2013). O Fazer Do Psicólogo Na Saúde. *Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde Fits*, 1(2), 79-87.

Tetemann, E. C., Trugilho , S. M. & Sogame, L. C. M (2016). Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. *Textos & Contextos (Porto Alegre)*,15(2), 356-369.