

UM CASO DE INTERVENÇÃO DO PSICÓLOGO NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

A CASE OF PSYCHOLOGISTS' INTERVENTION IN BRAZIL'S PUBLIC
HEALTH POLICY

Monalisa Nascimento dos Santos Barros, Claudia Abbês Baêta Neves
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
barrosmonalisa4@gmail.com

Resumo: O campo das políticas públicas é provocador de criação e exige de nós, e em nós, o despreendimento de modelos pré-definidos que tendem a se tornar limitadores para a ação prática. Implicando-nos, necessariamente, em ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da vida ativando em nosso dia a dia, um processo contínuo de contratação e pactuação dos diversos atores envolvidos no processo de produção de saúde, especialmente na atenção primária de saúde. Pretendemos apresentar neste texto uma tecnologia de planejamento interessante ao trabalho do psicólogo com grandes grupos. Apresentamos aqui uma ação desenvolvida a partir da técnica do Planejamento e Programação Local de Saúde, não como um modelo a ser privilegiado dentre as tecnologias possíveis, mas escolhemos o PPLS como exemplo de um dispositivo utilizado numa ação produtora de processos coletivos que pôde problematizar, responder e reconfigurar com a comunidade, e com os movimentos no território, as demandas de saúde locais. Para isso, existem diversos outros dispositivos possíveis e ainda a serem inventados. Os efeitos da intervenção do psicólogo no processo foi o de incluir um olhar para os processos de subjetivação em seu fazer-se no enfrentamento dos problemas de saúde daquela comunidade e suas equipes.

Palavras-Chaves: *Psicologia Política — Intervenção psicológica — Individual e Coletivo — Psicologia e saúde pública — Psicologia e política pública*

Abstract: The field of public policy is provocative and demands from us, and in us, the release of pre-defined templates that are likely to become limiting for practical action. Implying ourselves is necessary to go beyond the boundaries, often rigid, of different cores of knowledge / power concerned with the production of life, turning our daily life into a continuous process of engagement and agreement of the various actors involved in the health production process, especially in primary health care. In this paper we intend to present an interesting planning technology for the psychologist working with large groups. We present an action developed from the technique of Local Health Planning and Programming (PPLS), not as a model to be privileged among the possible technologies— instead, we chose the PPLS as an example of a device used in an activity which creates collective processes that could question, answer and reconfigure, with the community, and with the movements in the territory, the demands of local health. For this, there are many other possible devices yet to be invented. The effect of the psychologist's intervention in the process was the inclusion of a look at the subjective processes and their development in addressing the health problems of the community and their teams.

Key Words: *Political Psychology — Psychological intervention — Individual and Collective — Psychology and public health — Psychology and public policy*

INTRODUÇÃO

O campo das políticas públicas é um grande desafio, exatamente por convocar um modo de fazer na intercessão de diversos saberes e poderes. É nesta interseção que experimentamos o encontro com o coletivo, sua heterogeneidade, permeada por disputas de sentidos e diversos modos de fazer avançar e construir democraticamente políticas públicas na realidade brasileira. A oxigenação do Sistema Único de Saúde em seus movimentos instituintes se dá em meio a estes processos, é neles e com eles que se revigora a dimensão pública de todo processo de produção e promoção de saúde.

O campo das políticas públicas é provocador de criação e exige de nós, e em nós, o desprendimento de modelos pré-definidos que tendem a se tornar limitadores para a ação prática. Implicando-nos, necessariamente, em ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da vida ativando em nosso dia a dia, um processo contínuo de contratação e pactuação dos diversos atores envolvidos no processo de produção de saúde. É neste processo que entendemos a importância das práticas psi no acompanhamento dos processos de produção de subjetividades singulares, em constante co-engendramento dos seres, no âmbito das comunidades e em seus modos de afirmação da existência.

Não há modo certo de fazer, senão premissas éticas, políticas e clínicas. Há diversos dispositivos possíveis de serem utilizados na ação de um psicólogo nas políticas públicas. Pretendemos apresentar neste texto uma tecnologia de planejamento situacional, utilizada na saúde coletiva, que pode se apresentar como uma ferramenta interessante ao trabalho do psicólogo com grandes grupos, mesmo tendo apenas um turno por semana no local, quando muito, como é a realidade da maioria dos psicólogos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando sua abrangência e resolubilidade. São equipes multiprofissionais, que inclui o psicólogo e que devem trabalhar de forma integrada às equipes Saúde da Família, apoiando-as e compartilhando saberes. A lógica do trabalho deve ser o apoio matricial.

Lembramos que a ferramenta em si não é

boa, nem má, mas é, como nos aponta Benevides (2005) “sobretudo num certo método, num certo modo de operar que acreditamos poder estar nossa maior contribuição e também nosso maior desafio” (p.24).

As sanitaristas Carmem Teixeira e Ana Luiza Vilasboas(1993) descreveram uma técnica conhecida por Planejamento e Programação Local de Saúde, o PPLS, a partir de experiências no nível local que vinham se mostrando extremamente ricas. Para ser efetiva é essencial, no uso desta tecnologia, que a programação local em saúde aproxime-se cada vez mais das condições de saúde do território, principalmente pelo compartilhamento e problematização da experiência entre usuários e equipe, produzindo uma pactuação coletiva do que entendem como sendo as necessidades de saúde. O PPLS se mostra um dispositivo potente de problematização de si e do mundo, formação de redes e de processos potencializadores de autonomia tanto da equipe quanto dos membros da comunidade.

Planejar significa preparar-se para a ação, acolher os desvios e interpelações produzidos na experimentação, e tem como passo inicial a identificação das demandas percebidas por uma determinada população. A partir desta identificação se definem os problemas, os objetivos e se constroem os caminhos estratégicos a serem adotados, sujeitos a alterações durante a sua execução.

Durante cinco anos uma das autoras deste texto desenvolveu uma intervenção em três diferentes unidades de saúde da família, no município de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, disponibilizando em cada uma delas um turno por semana. A utilização do PPLS como um dispositivo de ação foi fundamental para a construção de intervenções que resultaram no fortalecimento da comunidade para o enfrentamento das situações de saúde priorizadas por eles mesmos como mais importantes, num processo de construção de demandas.

DESCREVENDO UMA EXPERIÊNCIA

Escolhemos descrever neste artigo, especificamente, o trabalho desenvolvido pela primeira autora deste artigo na comunidade do Conjunto da Vitória, em maio de 2007, na área da abrangência da unidade de Saúde da Família do Bairro Conveima, em Vitória da Conquista, Bahia. Vitória da Conquista é uma cidade de porte médio,

com uma população estimada em cerca de 340 mil habitantes, localizada no nordeste do Brasil. O bairro Conveima é considerado um bairro popular, na periferia da cidade.

A comunidade foi convidada, por toda a equipe de saúde, incluindo a psicóloga e seus alunos, a participarem de uma oficina inicial para a priorização do problema de saúde mais relevante na comunidade.

A oficina foi iniciada com a apresentação dos objetivos do encontro e das pessoas. Em seguida usamos como dispositivo a apresentação de um problema cuja solução só seria possível se fosse executada coletivamente. Numa das oficinas desenvolvidas apresentamos uma pedra grande e desafiamos o grupo para que fizessem essa pedra passear pela sala sendo levantada apenas por um dedo. A comunidade foi convocada a pensar e propor soluções ao problema, até que o grupo se propôs a convidar vários presentes para que cada um colocasse apenas um dedo embaixo da pedra e em grupo pudessem fazer o percurso indicado.

“A força em jogo acumula dupla função. Ela se exerce, simultaneamente como receptividade e espontaneidade. Afeta a si própria, propõe ao processo direções inesperadas, impondo diferenciação às suas próprias linhas de produção” (Tedesco, 2006, p.360). Após a solução encontrada, o grupo foi provocado a pensar em como resolver os problemas da comunidade. Foi discutida a dificuldade em resolver todos os problemas de uma só vez e os participantes foram convidados a falar acerca de um problema que fosse comum à maioria das pessoas, ou seja, o mais prevalente e importante para a comunidade.

O convite à experimentação de uma escuta porosa aos processos e seus movimentos estava posto a todos os envolvidos, escutar as entrelinhas, os vestígios, para além e aquém das palavras e enunciados prescritos nos programas e cartilhas das políticas vigentes. Conhecer os interlocutores, fazer ver e dizer de onde falavam, como falavam, seus graus de pertença as diferentes instituições presentes na comunidade, religiosas, políticas e culturais, possibilitou a produção de novos interlocutores e enunciados produtores de outros sentidos e caminhos na intervenção. Pois, afirmar a escuta como experimentação perturbadora “significa indicar que as necessidades do outro, com o qual lidamos, precisam ser incluídas, não por uma operação humanista e piedosa, mas como elemento perturbador e analisador dos modos de vida naturalizados, das práticas de

saúde instituídas” (Heckert, 2007, p. 211).

De início as proposições do grupo, nesse levantamento, foram pontuadas por demandas de cunho individual, referidas a necessidades de saúde específicas de cada participante, por exemplo: “Devia ter um médico de varizes, no posto.” No processo de intervenção a psicóloga problematizava estas escolhas e ressaltava a necessidade de pensar a escolha do problema de modo mais abrangente e coletivo, naquilo que eles achavam que mais afligia as pessoas. “A apreensão dos processos de produção de subjetividade e a apreensão de uma transformação, de um movimento: É nesta direção que afirmamos que a subjetividade é um processo que excede o modo-sujeito, no qual somos constituídos” (Neves; Gonçalves; Roza; Santos-Filho, 2010, p.48).

Olhar e falar da realidade são práticas ao mesmo tempo produzidas e produtoras daquilo que tomamos como realidade. Quando o grupo começou a expressar suas formas de compreensão da realidade, emergiram diversas e divergentes análises. Foi um momento importante em que as relações de poder, as dificuldades em expressar suas ideias frente a um grupo heterogêneo (usuários, estudantes e profissionais) e o modo como lidar com os direitos emergiram. Aos poucos as proposições do grupo foram tomando uma forma nova, diferente de como começaram aparecer.

Não há homogeneidade na maneira de descrevê-lo. A realidade do objeto abriga a dispersão entre as falas, compõe também com suas divergências. Longe de se organizarem numa categoria clara, num conceito com contornos precisos, tal como o pensamento da representação clássica almejava, os conjuntos de falas estabelecem entre si jogos, jogos de poder cuja resultante faz emergir o objeto produzido. (Tedesco, 2006, p.360)

No decorrer do processo percebemos que as ideias começavam a se repetir e passamos, então, para o momento seguinte. Entregamos pequenos papéis com canetas para que escrevessem três grandes problemas, e nos disponibilizamos como equipe para escrever para aqueles que não conseguissem. Foi feito um quadro com todas as repostas e localizamos entre todas as repostas, aquelas que apareceram mais vezes. Um cartaz preparado para os problemas finalistas foi feito e colocado na parede.

Chegou, então, o momento de priorizarem o problema. Solicitou-se aos participantes que fizessem uma explicação de porque aquele problema é considerado o mais importante, cada

problema foi explicado por uma pessoa da comunidade e feita a defesa deste como o mais relevante. As redes de saberes se entrecruzam, dialogam, se experimentam e se estranham. Todos os participantes foram convocados a votar no problema que consideravam mais importante e se contabilizaram os votos. O problema priorizado seria o problema a ser trabalhado. O problema priorizado, a violência, foi levado ao tronco de uma árvore de papel que colocamos na parede.

Os participantes foram provocados a refletir por que a violência é um problema de saúde e a aprofundar o entendimento da questão. Houve questionamentos, inclusive por parte dos profissionais de saúde, se o problema priorizado seria de fato um problema de saúde. Foram os membros da comunidade que garantiram o tema quando colocaram as seguintes questões: “Minha filha foi esfaqueada, isso não é um problema de saúde?” “Conheço pessoas que nem saem de casa mais, por medo, isso não é um problema de saúde?” Na discussão foram aparecendo argumentos que diziam respeito à necessidade do aumento do vínculo entre as pessoas da comunidade, do medo, da falta de espaços coletivos...

Convidamos os participantes a pensarem em todos os aspectos envolvidos na questão da violência que eles vivenciavam. “Pois argüir a história é poder dela extrair seus processos de produção, é desnaturalizar seus eventos fazendo aparecer este jogo de forças que dá corpo à realidade” (Passos & Benevides, 2001). Os participantes provocados começaram a falar a respeito do que pensavam sobre a violência no bairro, suas possíveis causas, e o que era trazido na discussão era escrito nas raízes da árvore.

Compreendendo que não há uma relação previamente estabelecida entre causas e efeitos, fora do processo que as produziu, convidamos os participantes a pensar quais as consequências deste problema para as pessoas e para a comunidade e fomos escrevendo na copa da árvore de papel. A provocação era para desnaturalizar os discursos instituídos que ali compareciam reproduzidos como um conjunto de verdades constituídas e naturalizadas produtoras de redes de vitimização, culpabilização e impotência. Alguns deles eram expressos como: “A falta de segurança pública é resultado do progresso, nossa cidade está crescendo e por isso se tornou violenta.” Ou: “Esse é um problema de todo o Brasil, como podemos enfrentá-lo?” “É na cidade toda, vamos colocar mais policiais no bairro?” “A falta

de segurança é também por falta de iluminação, vamos conseguir colocar mais postes de luz no bairro?” A discussão seguia para um impasse, uma sensação de impotência que delegava a um ‘alguém’ (Estado, polícia, político, representante oficial) a busca de soluções e a permissão para a ação.

Percebíamos que os questionamentos não podiam ficar cristalizados num movimento convergente e homogêneo de produção de realidade, obstaculizando o nomadismo constituinte dos processos de produção de singularidade. O desafio se estabeleceu e a intervenção requeria uma modulação nestes funcionamentos que possibilitasse a produção de novas perguntas e enquadres do problema escolhido. Nada disto seria possível sem a produção conjunta de uma torção nos modos de colocar o problema e fazê-lo trazer outras variantes no fazer /pensar/viver.

Passos e Benevides (2001) nos ajudam a compreender a função clínica demandada. A intervenção clínica se desloca do plano das individualidades e objetivações constituídas e

“se constitui como um plano problemático a ser criado exigindo o esforço intuitivo de desmontagem dos problemas estabelecidos e a invenção de novos problemas, de novos modos de existência. Este é o sentido, acreditamos, de uma clínica da produção da subjetividade, uma clínica não do sujeito, mas da subjetivação, não da mera solução dos problemas, mas da criação de novas questões”. (p. 123)

Começaram, então a surgir falas como: “No bairro não somos donos de nosso espaço, não podemos transitar quando queremos”. “Não conheço os meus vizinhos, por medo”. “A violência provoca isolamento”. “Quando tenho um problema de saúde por violência nunca me perguntaram como isso aconteceu, a equipe não vê”. “Se sofro uma agressão não tenho a quem procurar”. “Ninguém vê o que se passa aqui no conjunto, não só a equipe.” “Não vejo a equipe como aliada, nem sei o que eles fazem aí dentro”. E outros tantos depoimentos que marcavam um retorno à fluidez nas falas e recolocavam o problema num plano mais encarnado na realidade de ação daquela comunidade, possibilitando questionamentos aos modos de funcionamento da equipe de saúde em suas relações de escuta aos problemas da comunidade, do território e quanto a efetivação das políticas públicas locais. O trabalho com a dimensão processual do grupo proporcionou que se abrissem possibilidades de rompimento dos movimentos de assujeitamento e heteronomia

fazendo aparecer possibilidades de enfrentamento.

Na sequência da discussão pedimos que as pessoas pensassem numa frase que apresentasse uma solução ampla para o problema e esta frase tornou-se o objetivo geral daquele PPLS. Retomando as discussões retratadas nas raízes e fazendo conexão com as consequências descritas na copa da árvore, construímos, numa produção conjunta, os objetivos específicos do trabalho. Para cada objetivo específico foram levantadas possibilidades de enfrentamento da questão da violência na comunidade, e no levantamento já íamos comprometendo as pessoas no desenvolvimento da atividade proposta.

Apresentamos o novo cartaz, agora com objetivo geral: criação de estratégias para o enfrentamento da violência no bairro. E dos objetivos específicos, da forma que foi construída pelo grupo, para checar se traduzia a discussão ocorrida. Uma vez acertado o formato final, levantamos no grupo algumas possibilidades de ação e os responsáveis da comunidade e da equipe por cada objetivo específico.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos foram, (a) Introduzir a questão da violência como problema de saúde pública a ser trabalhado pela Equipe de Saúde da Família do Conveima I. (b) Aumentar os níveis de informação da comunidade quanto a rede de proteção social existente na cidade. (c) Criar oportunidades de construção de novas formas de relacionamento dentro da comunidade do Conjunto da Vitória. (d) Proporcionar maior acesso à Educação para a Saúde. (e) Estimular a participação do Conjunto da Vitória nas atividades desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família. (f) Promover uma experiência de utilização coletiva do espaço público com segurança pelos moradores do Conjunto da Vitória. (g) Promover visibilidade social ao problema da violência no Conjunto da Vitória.

O tabela 1 foi resultado do PPLS aplicado e foi aqui reproduzido da forma como foi construído pelo grupo.

Nesta altura, avaliou-se esta etapa do planejamento e marcamos uma segunda oficina dentro de 30 dias. A equipe e os membros da comunidade, a partir da primeira oficina, se reuniram para traça-

Tabela 1. *Desenvolvimento de intervenção*

Objetivo Específico	Ação	Atividades	Responsável	Prazo	Indicador	Formas de divulgação	Formas de Verificação
1	Formação p a equipe	Palestras Grupo de trabalho	Saulo	1º mês	Questionário pré/pós	Mural 1º mês	Lista de presença e fotos
2	Conferência pública	Divulgação Local Convidados	Karine e Monalisa	2º mês	Questionário pré/pós	Mural 2º mês	Lista de presença e fotos
3, 4 e 5	Dia de Arte e Saúde	Torneio de futebol, show de talentos, tarefas antecipadas, tarefas surpresas.	Laiane, Aruze e Leissa	3º mês	Execução tarefas gincana	Mural 3º mês	No. De participantes e fotos
6	Cine Cidadão	Cinema e projeção	Milena	4º mês	No. Participantes	Mural 4º mês	No. De participantes
7	Audiência Pública	Convite e mobilização social	Ionei	4º mês	Lista, fotos	Mural 4º mês	Lista, fotos registros imprensa

rem as metas, desenharem as ações, proporem prazos, formas de avaliação da ação e de divulgação das mesmas na comunidade. Este trabalho foi desenvolvido dentro do prazo previsto de trinta dias e apresentado como proposta na segunda oficina, desenvolvida em conjunto e com base nas demandas apresentadas.

A segunda oficina, nem sempre conta com as mesmas pessoas, por isso precisa iniciar com a retomada do trabalho feito anteriormente, até o ponto em que parou. Sempre convocando pessoas da comunidade para que pudessem contar o que ocorreu. Os responsáveis por criar a programação apresentaram as propostas, de forma flexível às mudanças sugeridas até que se chegou a um formato final a ser executado por todos. A ideia é que as ações fossem coletivas, intersetoriais, com envolvimento de um número significativo de pessoas e que pudessem ser efetivas no que se propunha. Ou seja, compreendemos que quanto maior vínculo e maiores as redes de relações, maior seria a autonomia. Na segunda oficina foi consolidada a matriz do PPLS.

Os elementos da matriz são compostos de: (a) objetivo: intenções e os resultados esperados do projeto ou programa orientando o seu desenvolvimento; (b) metas: estabelecem os efeitos esperados em um tempo determinado (c), atividades: procedimentos do projeto ou programa que são direcionados à obtenção dos resultados desejados; (d) responsáveis / participantes: dirigentes e ou grupos de trabalho que conduzirão e executarão as atividades; (e) recursos ou insumos: recursos usados no projeto ou programa, inclui recursos financeiros, humanos ou materiais; (f) prazo: tempo proposto para execução da atividade; (g) indicadores: são medidas quantitativas e qualitativas que permitem acompanhar o desempenho das ações realizadas.

O quadro acima representa o resumo das atividades que foram desenvolvidas para se alcançar os objetivos geral e específicos traçados na primeira oficina e serão melhor explicados abaixo.

AÇÕES DESENVOLVIDAS PARA ATENDIMENTO DOS OBJETIVOS ESPECÍFICOS

As ações foram (a) Formação em VIOLÊNCIA E SAÚDE PÚBLICA – Construção de intervenções possíveis pela Equipe de Saúde da Família do Conveima I. Essa ação teve como objetivo trazer para toda a equipe de saúde da família

um encontro para discutirem a necessidade de identificação da violência na comunidade, com o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, reconhecimento das portarias de notificação compulsória de violência, serviços de referência na rede de saúde para acolhimento dos diferentes tipos de violação de direitos. A Formação foi voltada para todos os componentes da equipe e lideranças da comunidade. Foi uma atividade construída a partir da crítica dos usuários ao modo como suas queixas acerca da violência não recebiam um acolhimento adequado. (b) Conferência Popular sobre Saúde e Segurança. Essa ação teve com o objetivo trazer para a comunidade informações sobre a rede de proteção social existente na cidade. Assim foram convidados os serviços de Delegacia da mulher, Caps Ad, CRAS, Bombeiros, Ministério Público, Um vereador da cidade e o Samu 192. Foram desenvolvidas oficinas em salas de aula da escola do bairro e as pessoas escolhiam que informações gostariam de obter. Uma mulher exclamou depois de ter participado de uma oficina conduzida pelo Centro de Referência da Mulher: “Agora eu quero ver ele me bater, vou direto na Delegacia da Mulher!” No final da manhã foi feita uma mesa redonda no pátio da escola com a participação de mais de 100 pessoas que puderam fazer perguntas, registrar queixas e fazer sugestões. As pessoas se manifestavam, questionavam, se surpreendiam por não conhecerem esses equipamentos sociais existentes na cidade. (c) Dia de Arte e Saúde. Essa atividade foi contínua, durou cerca de três meses e envolveu todos os agentes comunitários de saúde (ACS) do bairro, na promoção de uma gincana com atividades envolvendo as diferentes etapas do desenvolvimento e com tarefas voltadas para todas as idades. Cada ACS tornou-se líder de uma equipe. As tarefas da gincana envolviam promoção de relacionamento interpessoal que envolviam diferentes grupos etários (show de calouros infantis, torneio de futebol, desfile de roupas recicladas pelas mulheres do bairros, balda dos idosos...) e tarefas relâmpago com conteúdos relacionados às atividades da equipe de saúde da unidade no dia da Feira de Saúde (Trazer o maior número de cartões de gestante com mais de 6 consultas, trazer cartões de vacinação em dia, dizer o dia de atendimento do dentista, dizer o dia de visita domiciliar do médico...). As atividades foram levadas muito a sério. No torneio de futebol, por exemplo, a equipe teve que mediar questões

namentos e denúncias. Uma denúncia chegada foi para decidirmos se um determinado jogador poderia representar o grupo se ele não era morador do bairro. No Show de Talentos infantis, as famílias organizaram torcidas e se emocionavam. O momento de culminância da gincana foi dentro de uma feira de saúde promovida pela Equipe em conjunto com a comunidade. (d) Cine Cidadão. Esta atividade foi a mais bem avaliada pela comunidade, consistiu em promover sessões de cinema na praça do bairro, numa articulação com um programa do município que nunca havia estado nesta região. Foi divulgado na comunidade o filme, dia e horário de cada exibição. No início, gerou certo desconforto na equipe responsável pela atividade, pois as pessoas não demonstravam muito interesse no filme, mesmo este sendo brasileiro e escolhido pelos participantes da oficina. Elas transformaram essa ocasião para conversarem nas calçadas, os vizinhos conversavam, as crianças brincavam mais livremente nas ruas. Só após uma reflexão do que estava acontecendo, pudemos perceber que este era o objetivo do cinema, promover uma apropriação do espaço público com liberdade, dentro de uma comunidade que vivia sob o medo. Neste conjunto havia um toque de recolher que impedia esse tipo de atividade coletiva depois das 18 horas. Mas a construção coletiva da ação possibilitou a criação de estratégias de viabilização desta atividade e a comunidade escolheu um dia na semana para este tipo de encontro. (e) Audiência Pública sobre segurança no conjunto da Vitória. Foi conseguida uma sessão especial na Câmara de Vereadores na qual os moradores do bairro puderam expor as dificuldades enfrentadas pela comunidade para lidarem com o tráfico, a falta de iluminação, os assaltos, a violência. Esta atividade foi desenvolvida por uma comissão que se mobilizou como um embrião de uma futura associação de moradores.

O desenvolvimento deste trabalho com o tema da violência propiciou um maior conhecimento por parte da comunidade com relação às ações da unidade de Saúde da Família, da rede de proteção social existente na cidade, dos seus próprios direitos, assim como o reconhecimento por parte da equipe de que precisavam entender melhor a questão da violência e criar estratégias para incluírem e lidarem com o problema nos seus atendimentos. Proporcionou, também, a formação de vínculos entre pessoas da comunidade que não se conheciam, ao mesmo tempo em que possibilitou a construção de elementos

para novas ações na própria da equipe de saúde da família.

Em outras palavras, proporcionou a construção de redes, promoveu a intersectorialidade, aumentou a transversalidade através de dispositivos de co-gestão e promoveu um alto grau de participação institucional e de processos de autonomia. Usamos o conceito de transversalidade como desenvolvido pela Regina Benevides de Barros e o Eduardo Passos, sendo o grau de abertura que garante às práticas de saúde a possibilidade de diferenciação ou invenção, a partir de uma tomada de posição que faz dos vários atores, sujeitos do processo de produção da realidade em que estão implicados. Ao aumentar os graus de transversalidade vemos a possibilidade de superar a organização do campo assentada em códigos de comunicação e de trocas circulantes nos eixos da verticalidade e horizontalidade: o vertical que hierarquiza os gestores, trabalhadores e usuários e o horizontal que cria comunicações por estames. Quando se propõe ampliar o grau de transversalidade o que se espera é produzir uma comunicação multivetorializada construída na intercessão entre os eixos.

Estes movimentos puderam ser constatados através de uma maior participação nas atividades da equipe, na consolidação do grupo que tenta formar a associação de moradores em torno da necessidade de dar visibilidade aos problemas de violência do bairro e na produção de um novo posicionamento da equipe no trato com o problema da violência.

A naturalização da realidade da violência no primeiro momento de discussão do tema poderia ter determinado a paralisia do processo, pois ressoou também na descrença inicial de quem estava conduzindo o trabalho. Na intervenção nos vemos, muitas vezes, tomados por referenciais absolutos de julgamento que naturalizam e cristalizam os processos de produção da subjetividade e que podem nos levar a obstaculizar e/ou despotencializar movimentos instituintes, ainda impensáveis, que são índices de re-invenção de si constituintes dos processos de produção de coletivo.

Entretanto, a aposta na produção social de coletivos e redes a partir das demandas comunitárias em saúde viabilizou uma intervenção que dialogasse com, e entre, as redes de saberes produzindo vínculos, reposicionamentos e exercícios de autonomia na invenção de novas possibilidades de vida nos grupos trabalhados e nas práticas da equipe.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentamos aqui uma ação desenvolvida a partir da técnica do PPLS, não como um modelo a ser privilegiado dentre as tecnologias possíveis, mas escolhemos o PPLS como exemplo de um dispositivo utilizado numa ação produtora de processos coletivos que pôde problematizar, responder e reconfigurar com a comunidade, e com os movimentos no território, as demandas de saúde locais. Para isso, existem diversos outros dispositivos possíveis e ainda a serem inventados. Pois, entendemos que a escolha de uma técnica só tem sentido dentro de um contexto e sendo parte de uma ação mais contínua e fundamentada nas demandas reais da comunidade, uma vez que abordar as práticas de cuidado e de gestão em saúde implica compreender a multiplicidade que as constitui.

A técnica pela técnica pode não acrescentar nada ao trabalho. Entretanto o reconhecimento da potência de produção de coletivos a partir dos problemas vivenciados, junto com a adoção de tecnologias da saúde coletiva, somadas à atenção aos processos de produção de subjetividade que se dão em meio a estes processos é uma combinação potencialmente aberta a novos modos de produzir interferências nas práticas de cuidado em saúde nos territórios, sua comunidade e políticas de saúde.

Os efeitos da intervenção do psicólogo no processo foi o de incluir um olhar para os processos de subjetivação em seu fazer-se no enfrentamento dos problemas de saúde daquela comunidade e suas equipes.

REFERÊNCIAS

- Benevides de Barros, R. (2005). A Psicologia e o sistema único de Saúde: Quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17, 21-25.
- Benevides de Barros, R., & Passos, E. (2005). Humanização na saúde: um novo modismo?. *Interface*, 9, 389-394.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2010) Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. *Cadernos HumanizaSUS*, 1
- Heckert, A. L. C. (2007). Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? En: Pinheiro, R.; de Mattos, R. A. (Org.). *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. 1 ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC, (pp. 199-212).
- Heckert, A. L. C. & Neves, C. A. B. (2007) Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. En: Pinheiro, R. et al. (Orgs.). *Trabalho em Equipe sob o Eixo da Integralidade: valores, saberes e práticas*. 1. ed. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, Cepesc, Abrasco.
- Neves, C. A. B., Gonçalves, L., Roza, M., Santos Filho, S. (2010) Memória como cartografia e dispositivo de formação-intervenção no contexto dos cursos da Política Nacional de Saúde in: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. *Cadernos HumanizaSUS*. Brasília : Ministério da Saúde,.
- Passos, E., Benevides, R. (2001). Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. *Revista Psicologia Clínica*, 13, 89-99.
- Tedesco, S. (2006). As práticas do dizer e os processos de subjetivação. *Interação em Psicologia*, 10, 357-362.
- Teixeira, C. F.; Vilasboas, A. L. Q. (2005) Orientações metodológicas para o Planejamento e Programação das ações de vigilância da saúde nas áreas de abrangência do PACS-Bahia. En: "Manual para treinamento introdutório das Equipes de Saúde da Família (texto de apoio 6)". Salvador: SESAB/UFBA/ISC.

