

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA - PRAC  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA  
LABORATÓRIO DE CLÍNICA FENOMENOLÓGICA EXISTENCIAL - LACLIFE

Alexsandra Marcela Lins de Souza Ferreira

**Práticas psicológicas na atenção e proteção básicas de saúde e assistência social.**

RECIFE - PE  
2018

Alexsandra Marcela Lins de Souza Ferreira

**Práticas psicológicas na atenção e proteção básicas de saúde e assistência social.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Área de concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Lúcia Francisco.

F383p

Ferreira, Aleksandra Marcela Lins de Souza

Práticas psicológicas na atenção e proteção básicas de saúde e assistência social / Aleksandra Marcela Lins de Souza Ferreira

109 f. :il.

Orientador: Ana Lúcia Francisco

Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco.  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Mestrado em  
Psicologia Clínica, 2018

1. Psicologia clínica. 2. Práticas psicológicas - Brasil. I. Título.

CDU - 159.964.2

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Josefa Vital de Oliveira - CRB-4/543

Alexsandra Marcela Lins de Souza Ferreira

**Práticas psicológicas na atenção e proteção básicas de saúde e assistência social.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Área de concentração: Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Ana Lúcia Francisco.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Banca Examinadora

---

**Prof<sup>ª</sup> Dra Jaileila de Araújo Menezes (Examinadora Externa)**  
Instituição: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

---

**Prof<sup>ª</sup> Dra Simone Dalla Barba Walckoff (Examinadora Interna)**  
Instituição: Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)

---

**Prof<sup>ª</sup> Dra Ana Lúcia Francisco (Orientadora)**  
Instituição: Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)

À todas as mulheres que são mães, estudante, profissional, esposa e filha, dedico esse trabalho, com minha profunda admiração.

## AGRADECIMENTOS

Não há espaço suficiente para agradecer a todos que de alguma forma participaram da construção deste trabalho.

Em especial agradeço a Deus e a todos os seres de luz que me ajudaram a chegar até aqui, em busca de um mundo melhor através da educação.

Minha profunda gratidão à minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dra Ana Lúcia Francisco, por ser um exemplo e modelo como educadora e acima de tudo, pelo seu senso de humanidade que particularmente me encanta.

Aos professores da banca, Prof<sup>a</sup> Dra Simone Walckoff e Prof<sup>a</sup> Dra Jaileila de Araújo, pela disponibilidade e contribuições para a construção deste trabalho.

A Prof<sup>a</sup> Aparecida Craveiro pelo colo acolhedor e sereno nos momentos de inquietação. Sou grata e feliz por toda a nossa trajetória de amor e cuidado.

Ao Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Moab Acioli, pelo incentivo e amparo nos momentos de desafio ao longo desta trajetória.

Como agradecer a João Neto, meu marido, por toda a compreensão, torcida, apoio e dormidas no sofá em troca de me acompanhar para eu escrever um pouco mais.

À minha mãe, Zelândia, que desde sempre priorizou minha formação, a despeito de qualquer dificuldade que a vida tenha trazido. Por ser minha incansável e constante incentivadora.

À minha avó Eliza, que mesmo tendo frequentado tão pouco a escola, foi uma das mulheres mais sábias que já pude conhecer.

Ao meu avô Severino, que desde tão cedo me fez admirar a leitura e os livros.

Agradeço as minhas irmãs Déa e Nana, por serem legítimas companheiras de jornada e acreditarem na realização deste trabalho. E especialmente ao meu irmão Nuninho, por ser meu anjo da guarda aqui na terra, por cuidar de mim em momentos que nem eu mesma consegui.

Aos meus sobrinhos...Bel, Vini e Fernandinho por tornarem minha vida mais leve e feliz pelo simples fato de existirem. Amo vocês!!!

Sou grata ao meu filho João Davi, por me proporcionar tantos encontros comigo mesma ao longo desse um ano e quatro meses... Por ter trazido um sentido maior para minha existência.

Ao Prof<sup>o</sup> Leonardo de Paiva, pelo incentivo e disponibilidade, por ter o coração sempre aberto.

Aos colegas do LACLIFE em especial à Itala Daniela, pelo doce acolhimento e trocas instigantes para o enriquecimento deste trabalho.

Aos participantes desta pesquisa, minha profunda gratidão pela entrega e confiança.

Agradeço também a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa CAPES/PROSUP, durante todo o mestrado, dessa forma, tornou possível a realização dessa pesquisa.

Ferreira, A.M.L.S (2018). Práticas psicológicas na atenção e proteção básicas de saúde e assistência social. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

## RESUMO

A prática psicológica, no Brasil, vem passando por diversas transformações desde a regulamentação da Psicologia como profissão. A partir dos anos 1980, o trabalho do psicólogo, que antes era predominantemente no âmbito da clínica privada, se desloca para o setor público frente às crescentes demandas aos profissionais de Psicologia nas políticas públicas de saúde e assistência. Contudo, as práticas psicológicas parecem ainda não contemplar, satisfatoriamente, os aspectos políticos e sociais que a atualidade requisita, considerando a forte presença destes componentes no sofrimento psíquico. Nesta perspectiva, essa dissertação de mestrado se dirige ao campo da atenção básica de saúde e proteção social básica da assistência social. Toma como campo-tema, a experiência de ser psicólogo nesses contextos, cujas especificidades e singularidades nos chamam especial atenção. Como suporte ao estudo pretendido, realizamos uma pesquisa qualitativa neste campo, na qual entrevistamos 04 (quatro) psicólogos, sendo 02 (dois) que atuam nas políticas públicas de Saúde e 02 (dois) na Assistência Social. Adotamos a entrevista de manejo cartográfico e o diário de bordo como bússolas para nos aproximar do campo-tema pretendido. A compreensão das narrativas foi realizada sob a ótica do método cartográfico. As possibilidades compreensivas que se destacaram neste estudo apontam para um importante momento de tensionamento e reflexão acerca da formação para o trabalho nas políticas públicas. Especial destaque foi dado às condições de trabalho hostis às quais os psicólogos desses campos estão imersos.

Palavras-chave: prática psicológica clínica; atenção básica; proteção básica; aspectos sociais e políticos.

Ferreira, A.M.L.S (2018). Psychological practices in basic health care and protection and social assistance. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

### **ABSTRACT**

Psychological practice in Brazil has undergone several transformations since the regulation of Psychology as a profession. From the 1980s, the work of the psychologist, who was previously mainly in the private clinic, moves to the public sector due to the increasing demand on psychology professionals in public health and health care policies. However, the psychological practices still do not seem to satisfactorily contemplate the political and social aspects that the present time demands, considering the strong presence of these components in the psychological suffering. In this perspective, this dissertation aims at the field of basic health care and basic social protection of social assistance. It takes as a field-theme the experience of being a psychologist in these contexts, whose specificities and singularities call us special attention. In order to support the study, we conducted a qualitative research in this field, in which we interviewed four (4) psychologists, two (02) of whom work in public health policies and 02 (two) in Social Assistance. We adopted the cartographic management interview and the logbook as compasses to get us closer to the intended field-theme. The understanding of the narratives was carried out from the point of view of the cartographic method. The comprehensive possibilities that have been highlighted in this study point to an important moment of tension and reflection about training for working in public policies. Special emphasis has been given to the hostile working conditions to which the psychologists of these fields are immersed.

Keywords: clinical psychological practice; primary care; basic protection; social and political aspects.



## SUMÁRIO

<b>COMO FOMOS AFETADOS PELO CAMPO-TEMA .....</b>	<b>8</b>
<b>1 SOBRE O CAMPO TEMA .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Revisão de literatura ou Estado da Arte .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1.1 Descritores: prática psicológica clínica + atenção básica. ....</b>	<b>17</b>
<b>1.1.2 Descritores: prática psicológica clínica + NASF.....</b>	<b>19</b>
<b>1.1.3 Descritores: Prática psicológica clínica + CRAS. ....</b>	<b>20</b>
<b>1.1.4 Descritores: prática psicológica clínica + aspectos sociais e políticos.....</b>	<b>22</b>
<b>2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS E SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - SUAS .....</b>	<b>23</b>
<b>2.1 A Psicologia no SUS.....</b>	<b>32</b>
<b>2.2 O NASF: dos desafios às potencialidades.....</b>	<b>34</b>
<b>2.3 O Sistema Único da Assistência Social – SUAS... ..</b>	<b>39</b>
<b>2.4 O Centro de Referência em Assistência Social - CRAS .....</b>	<b>42</b>
<b>2.5 Políticas públicas no campo da Psicologia e da Assistência Social.....</b>	<b>47</b>
<b>3 NOSSO CAMINHAR.....</b>	<b>51</b>
<b>3.1 Participantes .....</b>	<b>59</b>
<b>3.2 Recursos.....</b>	<b>60</b>
<b>3.2.1 Entrevista .....</b>	<b>60</b>
<b>3.2.2 Diário de campo .....</b>	<b>62</b>
<b>3.2.3 Compreensão das experiências.....</b>	<b>63</b>
<b>4 TECENDO COMPREENSÕES ACERCA DAS NARRATIVAS:.....</b>	<b>64</b>
<b>4.1 Sobre formação – trajetória profissional e processo de engajamento:.....</b>	<b>75</b>
<b>5 PARA FINALIZAR...ALGUMAS CONSIDERAÇÕES:.....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXOS A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) .</b>	<b>97</b>
<b>ANEXO B: LEVANTAMENTO DO ESTADO DA ARTE.....</b>	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>103</b>

## **COMO FOMOS AFETADOS PELO CAMPO-TEMA**

Para apresentar a questão a ser estudada nesse trabalho, consideramos importante refletir sobre o percurso que motivou o interesse sobre a temática. A escolha pelo tema Psicologia; Saúde Pública e Assistência Social surgem ainda na graduação em Psicologia, quando participei de estágios e projetos que me auxiliaram no processo de ampliação da minha concepção de sujeito, mundo e subjetividade. Como estudante de Psicologia, atuei na função de Educadora Social, no Projeto Futuro em Nossas Mãos, do Grupo Votorantim, voltado para a profissionalização de jovens em situação de vulnerabilidade pessoal e social. Tratava-se de um projeto de natureza interdisciplinar composto de profissionais das áreas de Educação, Assistência Social e da construção civil, e tinha por objetivo a profissionalização de jovens para atuar na construção civil. Na referida função, realizava grupos com os adolescentes participantes do projeto, nos quais discutíamos temas relacionados à adolescência, projetos pessoais e coletivos dos referidos grupos. Tal experiência me mobilizou a procurar maior aprofundamento teórico-prático no que diz respeito ao papel do psicólogo nos espaços em que as demandas da população atendida são de natureza psicossocial. Neste contexto pude perceber a fragilidade da formação acadêmica em Psicologia no que diz respeito ao papel do psicólogo nos campos que requisitam atuação multidisciplinar e interdisciplinar, em articulação com redes de apoio e atividades que contemplem, sobretudo, trabalhos com grupos.

Ainda sobre a experiência motivadora deste trabalho é importante lembrar que durante o período de estágio curricular, ingressei como estagiária de Psicologia no Espaço Criança Esperança de Olinda – ECEO, setor vinculado à atenção Psicossocial das crianças, adolescentes, jovens, famílias e educadores participantes do referido projeto. Neste espaço, pude vivenciar, de forma consistente, uma experiência de estágio que ia ao encontro das minhas inquietações e questionamentos quanto às implicações da psicologia como agente de transformação social. Ainda no período de estágio obrigatório, tive a oportunidade de participar da implantação do setor de Atenção Psicossocial da Creche Nossa Senhora da Ajuda, situada na Comunidade de Peixinhos – Olinda/PE, onde realizamos trabalhos individuais e com grupos de crianças, adolescente, famílias e educadores da instituição. Nesta instituição, pude observar as dificuldades encontradas na implantação do trabalho social - desde a falta de diálogo entre a equipe de trabalho, a ausência de uma rede de saúde, assistência e educação que pudessem dar conta das demandas da comunidade; até a carência de materiais de trabalho.

Como estagiária do curso de Psicologia e, posteriormente, como Psicóloga voluntária, desenvolvi trabalhos no Núcleo Educacional Irmãos Menores de Francisco de Assis – NEIMFA, no período de junho/2010 a julho/2013, instituição da sociedade civil, situada na comunidade do Coque. Ali, “lapidando” minha experiência, trabalhei com grupos de acolhimento às crianças e pré-adolescentes da instituição, desenvolvendo trabalhos na perspectiva do aprender a ser e a conviver. Tais experiências possibilitaram reflexões acerca dos processos de formação humana, considerando o lugar da Psicologia em tais questões, em direção à busca de criar condições favoráveis para o empoderamento de sujeitos sociais ativos, tanto em seus projetos pessoais como coletivos.

No período em que estive vinculada ao NEIMFA, também fiz parte do Programa de Extensão Coque Vive, pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), desenvolvendo atividades voltadas à transformação das representações sociais acerca da comunidade do Coque.

Atuei ainda como pesquisadora voluntária pela UFPE do projeto de pesquisa intitulado Processos de Subjetivação em Adolescentes e Jovens: Superando o Risco e Promovendo Resiliência em Espaços de Educação Não Formal. Na referida instituição, tínhamos supervisão semanal e encontros interdisciplinares mensais. Neste grupo, marcadamente afetivo, pude aprender que a prática da psicologia não precisa ser partidária para ser política, mas sobretudo pensar enquanto profissional que psicologia estamos construindo? A formação e atuação do psicólogo legitimam seu trabalho no campo psicossocial?

De abril de 2011 a abril de 2012, desenvolvi trabalhos com foco na Educação Inclusiva, pela Superintendência Estadual de Apoio à Pessoa com Deficiência – SEAD. Órgão vinculado à Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos do Estado de Pernambuco – SEDSDH- PE. Nesse contexto, facilitava oficinas de sensibilização, nos âmbitos público e privado, para educadores, famílias e gestores, buscando garantir o direito à Educação Inclusiva aos alunos com deficiência. **A partir desta experiência foi possível vivenciar “o estar” em uma instituição pública, assim como perceber os atravessamentos políticos e sociais que perpassam a prática não só da psicologia, mas as práticas profissionais em geral, na esfera pública.**

Nos anos de 2013 e 2014, já graduada, trabalhei como psicóloga em um projeto de extensão universitária, vinculado à UNICAP - Orquestra Criança Cidadã dos Meninos do Coque, no qual realizamos a implantação do Serviço de Psicologia. Dentre as principais atividades desenvolvidas, estavam: diagnóstico institucional, mapeamento da rede de apoio do Coque, acompanhamento aos educadores do projeto, plantão psicológico, encontro com as

famílias, visitas domiciliares, oficinas temáticas com crianças e adolescentes, palestras e apoio à coordenação pedagógica do projeto.

A partir das vivências relatadas, observamos que é necessário que o psicólogo considere que o seu saber e o como fazer, fazem parte de um todo que precisa funcionar de forma harmônica e integrada para que as ações possam ter efetivas contribuições na vida da população atendida. Em outras palavras, nesses diversos contextos em que trabalhei, a interdisciplinaridade e o trabalho em rede se impõem como centrais.

Assim, as experiências aqui descritas tanto no estágio como profissionalmente, sempre me mobilizaram a questionar qual o papel do psicólogo nas instituições em que as demandas são fortemente marcadas por sofrimentos psicossociais? Nesses diversos cenários profissionais, a observação de algumas concepções e práticas no trabalho psicossocial nos inquietaram, sobretudo ao percebermos que muitos psicólogos que ali estavam pareciam fazer em suas práticas uma “adaptação” do modelo de clínica de consultório para atuação em projetos sociais e instituições. Predomina, ainda, o olhar no individual em detrimento de questões sociais e políticas que perpassam o existir. Com base nesse modo de trabalho, parecem querer oferecer estritamente atendimento clínico (psicoterápico) em contextos que, por suas especificidades, requerem também atividades coletivas como grupos, oficinas e formação de redes de apoio. As práticas restritas à psicoterapia indicam a fragilidade dos profissionais de psicologia para dar conta de ações que favoreçam os aspectos sociais e políticos de sua atuação.

Afetada por tão ricas experiências, elegi, agora, no mestrado, como campo-tema de pesquisa estudar, conhecer e refletir acerca dos pressupostos teóricos e técnicos que norteiam o trabalho de psicólogos que atuam nos serviços de saúde e assistência social, buscando compreender, sobretudo, as implicações políticas e sociais destas práticas. De forma específica, nos propomos a descrever as práticas utilizadas pelos psicólogos frente aos sofrimentos apresentados; identificar a compreensão que os psicólogos têm sobre sofrimentos psíquico; e investigar como as práticas psicológicas na atenção/proteção básica de saúde e assistência contemplam os aspectos políticos e sociais implicados no sofrimento psíquico.

No que diz respeito aos pressupostos teóricos, dialogamos nos apoiando nas políticas de saúde e assistência social. Dessa forma adotamos autores como Paim (2009) e Dimenstein (1998), em suas propostas de discutir a trajetória da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde (SUS); Ferreira Neto (2011) e Spink (2007), que trazem importantes contribuições sobre a formação de psicólogos e sua inserção nas políticas públicas, especialmente nas de

saúde; Ana Lúcia Francisco (2012), ao discutir a formação em psicologia, tomando como referência os novos sofrimentos psíquicos e a questão da clínica ampliada.

No campo da Assistência Social, o referencial teórico Lane e Sawaia (1995), nos pareceram pertinente à discussão e reflexão acerca da Psicologia Social e os “novos” caminhos demandados pelos/para os psicólogos nestes contextos; Bock (1999) e Guareschi (2012) também nos auxiliaram na composição dessa dissertação, pois trazem importantes contribuições no que diz respeito ao compromisso social e político dos psicólogos e da Psicologia enquanto ciência; Yamamoto (2010) e Sposati (2008), por sua vez, que discutem a trajetória da Política de Assistência Social (SUAS), com seus avanços e retrocessos e o impacto nas práticas dos psicólogos da assistência. A partir desta trajetória, dialogamos ainda com Edgar Morin (2012), sobre o Paradigma da Complexidade e as contribuições para o modo de ser psicólogo na Saúde e na Assistência Social.

Portanto nessa direção, a presente dissertação encontra-se em quatro capítulos: no primeiro, apresentamos o estado de arte realizado, a fim de identificarmos as principais produções textuais e acadêmicas acerca das temáticas de saúde e assistência que se relacionam com o objetivo do campo-tema pesquisado. No segundo capítulo, trazemos o SUS e o SUAS, apresentando os seus percursos históricos, a legislação que orienta o funcionamento destes serviços, assim como o lugar da Psicologia nestes espaços e os desafios e potencialidades dos referidos dispositivos. Neste contexto, são apresentadas as contribuições de autores que discutem sobre as práticas psicológicas no âmbito das políticas públicas. No terceiro capítulo, explicitamos o caminho metodológico adotado na pesquisa para, por fim, trazer as compreensões. E finalmente, no quarto capítulo, trazemos as compreensões acerca das experiências dos psicólogos entrevistados, as quais são discutidas e articuladas com a perspectiva histórica adotada no presente estudo.

## **CAPITULO 1 - SOBRE O CAMPO TEMA.**

Embora recentes, os estudos de Estado da Arte que objetivam a sistematização da produção numa determinada área do conhecimento já se tornaram imprescindíveis para apreender a amplitude do que vem sendo produzido. Os estudos realizados a partir de uma sistematização de dados, denominada Estado da Arte, recebem esta denominação quando abrangem toda uma área do conhecimento, nos diferentes aspectos que geraram produção. (ROMANOWSKI; ENS – Estado da Arte. Diálogos Educacionais, 2006. p.04)

## 1 SOBRE O CAMPO TEMA

Compreendemos que os novos sofrimentos psíquicos se apresentam intimamente atravessados por componentes do âmbito político e social, conforme pontua Francisco (2012 p. 26);

[...] Apesar do notório crescimento em relação aos campos de atuação dos psicólogos, as práticas profissionais parecem não contemplar os aspectos sociais, políticos e éticos que as demandas da atualidade requisitam.

Neste sentido, observamos o fazer do psicólogo na complexidade e na polifonia do existir, com vistas não só para questões de cunho individual, mas pautado, principalmente, numa prática que se aproxime das múltiplas dimensões do viver.

Com vistas aos objetivos aqui delineados, dialogamos com autores que se propõem a problematizar e compreender as questões relacionadas às práticas clínicas da atualidade, relacionando-as aos paradigmas vigentes no que diz respeito à saúde, educação e assistência social. A direção epistemológica para as argumentações teóricas pretendidas toma como base os pressupostos da psicossociologia e da clínica ampliada. Consultamos autores da Psicossociologia, como Levy (1994), por compreender que os aspectos psíquicos dos sujeitos têm o mesmo grau de importância que os aspectos sociais nos quais estão inseridos, considerando o caráter multidimensional do humano. Dialogamos, também, com Edgar Morin (2011), no que diz respeito ao paradigma da complexidade, na medida em que nos convida a pensar a inseparabilidade entre os fenômenos. Segundo o referido autor, a complexidade se apresenta em todos os elementos sendo, portanto, inseparáveis e constitutivo do todo. Outro importante referencial teórico são as pesquisas realizadas por Francisco (2012), que desde a década de 1990 se propõe a estudar, discutir e refletir sobre novos entendimentos e modos de atuação para a Psicologia na atualidade, em consonância com os estudos de Ferreira Neto (2011) no que diz respeito à formação do psicólogo, políticas públicas e práticas clínicas. As concepções de Deleuze, Guattari & Rolnik (2000), no que diz respeito aos processos de subjetivação e seus efeitos formam a base desse trabalho.

Nosso campo de investigação na atenção básica de saúde serão Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e, na proteção social básica da assistência, os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), ambos da região metropolitana do Recife.

O NASF, de acordo com o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP, 2009, p. 32), busca “ampliar as ações da atenção básica, sua resolubilidade, apoiando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) na rede de serviços e o

processo de territorialização e regionalização”, atuando diretamente junto à população de forma multiprofissional. O processo de trabalho do NASF caracteriza-se, principalmente, em dar suporte aos profissionais da ESF, no sentido de identificar as demandas de qualificação da equipe e os fluxos de encaminhamentos para atendimentos individuais e/ou grupais. A equipe é formada por assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, além de médicos; ginecologista, pediatra, psiquiatra, homeopata e acupunturista. Segundo o CREPOP (2009), as práticas dos psicólogos neste contexto estão voltadas para atenção aos usuários e famílias em situação de vulnerabilidade psicossocial; em ações de enfrentamento ao uso abusivo de álcool e drogas; redução de danos; e trabalhos que visem prevenção, no que diz respeito à incorporação de hábitos de vida saudáveis por parte dos sujeitos.

Por sua vez, espera-se que o CRAS “se ocupe da vigilância social, prevenção de situações de risco e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários”. (CREPOP, 2007), tendo como proposta ser a porta de entrada para os serviços da Assistência Social. Nos municípios de médio e grande porte, a equipe deverá ser composta por no mínimo 02 (dois) assistentes sociais, 01 (um) psicólogo, 01 (um) coordenador técnico e 04 (quatro) técnicos de nível médio. A atuação nesses Centros volta-se para a autonomia dos sujeitos, no intuito de romper com as lógicas de exclusão, marginalização, assistencialismo e tutela da população. Ao psicólogo cabe a proposição e execução de políticas e ações que envolvam a comunidade, os movimentos sociais de grupos geracionais, de gênero, étnicos-raciais, entre outros, com a finalidade de promover autonomia, cidadania e participação da comunidade.

A eleição desse campo-tema se dá tanto pela complexidade dos sofrimentos ali apresentados, como pela própria dinâmica intra e inter institucional que produz/reproduz modos de ser psicólogos e de fazer psicologia.

Nesse contexto, é importante pontuarmos que durante o percurso deste trabalho, o Brasil passou por intensas transformações políticas e governamentais, culminando com o impeachment da até então presidente Dilma Rousseff, em 31 de agosto de 2016. Assim, o presidente interino Michel Temer, com propostas reformistas, traz a tona a PEC 241 ou PEC 55, cuja proposta de comprimir os desembolsos do governo em áreas sociais é o seu centro, prevendo o congelamento dos gastos públicos por um período de 20 anos, entrando em vigor para os três poderes: executivo, legislativo e judiciário.

Muitos especialistas em economia afirmam que o referido plano representa uma ameaça ao crescimento de áreas como a saúde e a educação, alertando que com essa medida, ainda que a economia volte a crescer, os gastos estarão congelados por um período mínimo de



dez anos, impactando diretamente a parcela mais pobre da população que, por sua vez, mais necessita dos serviços oferecidos pela saúde e assistência social.

Tendo em vista a realidade crítica da saúde brasileira, consideramos a PEC 241 ou 55 um risco ao bem estar do povo brasileiro, visto que com o orçamento provisionado para atender a demanda atual da população ainda está longe do SUS ideal, ou pelo menos do Sistema Único previsto na Lei. Portanto, entendemos que com a PEC 241/55 a oferta e qualidade do serviço ficará ainda mais defasada. Quanto à educação, apesar de não ser o foco dessa pesquisa, nos preocupa igualmente esse congelamento de investimentos, porque consideramos a educação o maior e melhor viés para a diminuição das desigualdades em nosso país.

No que diz respeito à Assistência Social, preocupa-nos o fato de que, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de idosos no Brasil vem aumentando significativamente; com isso, acentua-se a demanda do Benefício de Prestação Continuada – BPC, o qual assegura 01 (um) salário mínimo mensal para idosos e pessoas com deficiência. Outro aspecto importante diz respeito ao atual momento de recessão econômica, o que aumenta o desemprego e as situações de vulnerabilidade. Acarretando, conseqüentemente, o crescimento das demandas das políticas sociais, ao mesmo tempo em que, paradoxalmente e de forma perversa, se prevê o sucateamento das mesmas. Em meio a esse cenário se faz importante situar o lugar da psicologia para lidar com as diversas demandas desses campos.

### **1.1 Revisão de literatura ou Estado da Arte**

Segundo Flick (2011), o levantamento bibliográfico possibilita ao pesquisador avaliar a viabilidade de um estudo, assim como a escolha do caminho metodológico a ser utilizado e os recursos para colheita de dados.

De acordo com Ferreira (2009), o estado da arte ou levantamento bibliográfico serve para situar o pesquisador e o leitor acerca dos estudos e publicações já existentes sobre o tema em questão. Ainda segundo a referida autora, o pesquisador procura mostrar a partir das publicações encontradas, o que já se sabe sobre o tema, as principais contribuições e os principais entraves, resultando num mapeamento e análise do que já foi publicado sobre determinado tema ou problema de pesquisa.

Definidas como de caráter bibliográfico, elas parecem trazer em comum o desafio de mapear e de discutir certa produção acadêmica em diferentes

campos do conhecimento, tentando responder que aspectos e dimensões vêm sendo destacados e privilegiados em diferentes épocas e lugares, de que formas e em que condições têm sido produzidas certas dissertações de mestrado, teses de doutorado, publicações em periódicos e comunicações em anais de congressos e de seminários (FERREIRA, 2002, p.03).

Para o levantamento bibliográfico ou estado da arte que compõe o eixo principal deste trabalho intitulado “Práticas psicológicas na atenção e proteção básicas de saúde e assistência social” foram selecionados alguns descritores de pesquisa e banco de dados eletrônicos, no período compreendido entre 2010 a 2015. De modo a conhecer os trabalhos mais relevantes e mais recentes sobre a prática psicológica clínica neste campo, fizemos um recorte em relação ao Sistema único de Saúde – SUS, com ênfase no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, assim como o Sistema Único de Assistência Social – SUAS, enfatizando o Centro de Referência em Assistência Social – CRAS. A eleição deste período se deve ao incremento das políticas públicas no campo da saúde e da assistência social, viabilizados pelos programas de governo (entre 2003 e 2016), permitindo que ações significativas pudessem ser realizadas nesses campos.

Dentre as opções de sites para pesquisas acadêmicas online, elegemos realizar as buscas nas bases de dados bibliográficos eletrônicos a seguir: Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia (BVS-Psi) – que agrupa a Scientific Electronic Library Online (SciELO), o Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC) e o portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Utilizamos como fonte para este levantamento, com vistas a obter um panorama o mais amplo possível do campo-tema a ser pesquisado, os seguintes descritores: “prática psicológica clínica + NASF”, “prática psicológica clínica + CRAS”, “prática psicológica clínica + aspectos sociais e políticos”, “prática psicológica clínica + atenção básica”, “prática psicológica clínica + proteção social básica”. Podemos observar que o termo prática psicológica clínica acompanhou todas as buscas realizadas, visto que este trabalho pretende compreender como se dá a ação propriamente dita do profissional de psicologia nos serviços já mencionados.

Como critério de inclusão no refinamento da pesquisa bibliográfica consideramos os trabalhos no campo da Psicologia; trabalhos publicados no período de 2010 a 2015; publicação em língua portuguesa e trabalhos publicados em banco de dados de acesso público.

Como critérios de exclusão atentamos para os trabalhos que não fossem da área psi; trabalhos anteriores ao período cronológico estabelecido; publicação de acesso pago e publicações em língua estrangeira.

Para a construção deste panorama procuramos localizar e identificar pesquisas que abordassem direta ou indiretamente a ação psicológica realizada nos NASF e CRAS, tecendo alguns comentários acerca dos textos selecionados. Dessa forma, construímos os quadros a seguir com o intuito de demonstrar as pesquisas realizadas, a partir dos descritores apresentados anteriormente, considerando os trabalhos na forma de artigo, dissertações, monografias e teses. A região (estado) em que os trabalhos foram publicados também foram objeto de nossa atenção, com o intuito de conhecer os estados que têm publicado sobre o campo-tema objeto deste estudo.

Nesta perspectiva, observamos que as publicações ocorrem nas mais diversas regiões do Brasil, com uma pequena relevância para o Estado de São Paulo, talvez pelo grande número de Faculdades e Universidades. Além dos quadros a seguir, encontra-se, em anexo, tabelas que, em interface com os quadros abaixo, trazem mais detalhadamente os trabalhos encontrados em nossas buscas, além de indicarmos os objetivos e os resultados dos trabalhos considerados nesse estado de arte.

### 1.1.1 Quadro 1 - Descritores: prática psicológica clínica + atenção básica.

Tipo de publicação	Quantidade	Ano de publicação	Estado
Artigo	21	Entre 2010 e 2015	Diversas
Dissertação	01	2010	SP
Monografia	00	—	—
Tese	01	2010	SP

Dos 21 artigos apresentados no descritor “prática psicológica clínica + atenção básica, em sua maioria relatos de pesquisa, de intervenções e ensaios teóricos, a ênfase recai sobre a prática psicológica nesses espaços, percebida como carente de subsídios teóricos que balizem o trabalho do psicólogo. Apontam, ainda, que as dificuldades encontradas na realização do

trabalho nesses campos de atuação relacionam-se à formação do psicólogo, ao trabalho multidisciplinar, à oferta e à demanda dos serviços e a fragilidade da rede apoio, entre outros.

No que diz respeito à atuação dos psicólogos na Atenção básica, não encontramos publicações de monografias acerca deste tema, o que nos chama atenção para a insipiente produção e reflexão sobre esta temática nos cursos de graduação. Com isso, pensamos que a formação do psicólogo está intimamente ligada à produção acadêmica, o que nos leva a pensar numa falta de referência a temáticas e disciplinas no tocante a esse tipo de atuação. Já no nível de pós-graduação, localizamos uma dissertação e uma tese, ambas publicadas em 2010 no estado de São Paulo, o que coincide de certa forma, com os investimentos públicos, à época, nessa área, infelizmente em franco processo de retrocesso pela PEC 241.

O único trabalho de dissertação, encontrado com os referidos descritores, objetiva mostrar como se dá a prática de psicólogos inseridos em unidades básicas de saúde (UBS), também apontando para o distanciamento entre teoria e prática, além de discutir as atividades dos psicólogos nesses espaços. Busca, também, contextualizar o SUS e problematizar a formação em psicologia. Apontam para os aspectos históricos que compõem a inserção do psicólogo na saúde, assim como os diversos desafios superados e ainda vivenciados pelos profissionais nesse campo de atuação.

O único trabalho de tese encontrado, também em 2010, aborda a fragilidade da formação e a proposta da clínica ampliada, no qual, a autora faz um resgate histórico acerca da inserção do psicólogo na saúde pública e propõe novos olhares e práticas para o profissional psi no SUS, com ênfase na questão da clínica ampliada.

Vale ressaltar que os trabalhos que tratam da saúde pública, especificamente na psicologia, trazem fortemente as questões relativas à implementação do SUS, problematizam a formação em Psicologia e, na maioria das vezes, questionam as práticas psicológicas nestes espaços de trabalho.

É relevante observar que o número de trabalhos publicados em 2010 se apresenta de forma relevante nas buscas realizadas, provavelmente expressão da maior inserção do profissional de psicologia nesses campos a partir deste período, visto que nesse mesmo ano se completou dois anos da criação do NASF e, conseqüentemente, o crescimento contínuo de psicólogos inseridos na Atenção Básica. Nesse mesmo ano, o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Política Pública (CREPOP), publica um relatório de pesquisa, intitulado “Práticas Profissionais de Psicólogos e Psicólogas na Atenção Básica à Saúde”, com o intuito de potencializar a qualificação e atuação dos profissionais psi nesses espaços de trabalho.

Ainda no ano de 2010, o Ministério da Saúde publica sua cartilha da clínica ampliada, intitulada “Clínica Ampliada e Compartilhada”, como uma iniciativa vinculada à proposta do Humaniza SUS (apresentado na página 28), objetivando disseminar e propor novas e diferentes formas de se fazer clínica, com vistas no trabalho compartilhado para uma saúde integral.

### 1.1.2 Quadro 2 - Descritores: prática psicológica clínica + NASF.

Tipo de publicação	Quantidade	Ano de publicação	Estado
Artigo	08	Entre 2010 e 2015	Diversas
Dissertação	00	—	—
Monografia	01	2015	RS
Tese	00	—	—

A partir das buscas com os descritores; prática psicológica clínica + NASF, encontramos 08 artigos, nenhuma dissertação, 01 trabalho de monografia de especialização e nenhuma tese. Observamos que estas publicações versam sobre os principais desafios encontrados pelos profissionais psi em sua prática no referido campo de trabalho, chamando atenção para a busca de práticas que deem conta dos sofrimentos de cunho psicossocial. Outra questão recorrente nos referidos artigos, diz respeito à formação, na medida em que as práticas psicológicas nesses espaços carecem de subsídios teóricos que balizem o trabalho do psicólogo. Dessa forma, ratificando essa lacuna, nos deparamos com poucas publicações no nível de pós-graduação e com apenas uma única monografia que trata especificamente da temática em questão. Outro ponto comum nas conclusões desses artigos é a dificuldade para o trabalho em rede e a distância para uma realidade de trabalho sequer interdisciplinar, quiçá multidisciplinar.

Percebe-se a partir da leitura das pesquisas realizadas, que a maioria dos artigos encontrados não trata especificamente da realidade vivenciada no NASF; sua citação se deve ao fato de fazer parte do cenário do SUS, o qual é discutido com maior frequência. Outro aspecto que nos chama atenção, é de não encontrarmos dissertações ou teses que tratem dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família como eixo central do trabalho, o que pode indicar o

incipiente interesse da comunidade acadêmica sobre o assunto. Esta análise ratifica a necessidade em aprofundar, de forma específica as práticas psicológicas clínicas nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

O trabalho de monografia de uma especialização de gestão em saúde, publicado em 2015, traz uma contribuição diferenciada ao fazer uma significativa comparação entre as normas técnicas preconizadas pelo Ministério da Saúde - MS e as práticas realizadas pelas equipes NASF de uma determinada regional em um município no Rio Grande do Sul. O referido trabalho descreve as deliberações para cada um dos profissionais que compõe a equipe dos Núcleos, e com isso constrói um trabalho comparativo com a realidade encontrada na prática dos diversos profissionais entrevistados para a pesquisa.

Os artigos que tratam desta temática, apresentam, em sua maioria, as práticas dos psicólogos no campo do NASF, com enfoque maior no SUS e/ou na Atenção Básica para, a partir de então, contextualizar os Núcleos de Apoio à Saúde da família. A nosso ver esse fato deve-se à “recente” criação do NASF e mais uma vez apontam para um baixo quantitativo de monografias, dissertações e teses, revelando uma possível “alienação” acadêmica em relação aos novos campos de trabalho dos psicólogos na contemporaneidade.

### 1.1.3 Quadro 3 - Descritores: Prática psicológica clínica + CRAS.

Tipo de publicação	Quantidade	Ano de publicação	Estado
Artigo	08	Entre 2010 e 2015	Diversas
Dissertação	02	2014 e 2015	SP e PR (respectivamente)
Monografia	00	—	—
Tese	01	2013	RN

Partindo para as buscas relacionadas à Assistência Social e utilizando os descritores prática psicológica clínica + CRAS, foram considerados 08 artigos, 02 dissertações, 01 tese e nenhuma monografia.

Dentre os artigos selecionados, observamos uma relevante reflexão sobre a importância do CRAS para a operacionalização e consolidação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS). Contudo, muitos desses artigos concluem que ainda existem

muitos psicólogos praticando a clínica tradicional nesses espaços, bem como apresentam uma concepção de subjetividade reduzida à interioridade do sujeito, fortemente percebida como objeto primordial da psicologia, tanto dos por parte dos profissionais psi, como por parte da equipe e dos usuários. Observa-se, ainda uma constante tensão e conflito no que concerne ao papel do psicólogo na equipe, sendo importante salientar que na equipe técnica todos os profissionais são contratados como técnicos sociais, o que contribui para esse estado de coisas. Com isto, diversos artigos de pesquisa pontuam que, os próprios psicólogos tem dificuldade em se diferenciar dos Assistentes sociais, assim como delimitar seu lugar na equipe, sem perder de vista a proposta da multi/interdisciplinaridade.

Em sua maioria, tais publicações tem a proposta de discutir os principais desafios que atravessam as práticas psicológicas na proteção social básica (PSB) e no CRAS, assim como analisam as políticas que compõem a PSB. Percebe-se, novamente, que o número de artigos se sobressai em relação às demais publicações, chamando-nos atenção o fato de não encontrarmos, pelos nossos critérios de busca, monografias que tratem dos Centros de Referência em Assistência Social. Tal observação, nos leva a pensar numa possível ausência de debates acerca desse campo nos cursos de formação de psicólogos, ainda que este tema venha sendo cada vez mais caro à Psicologia, em decorrência da constante e crescente emergência e inserção de profissionais psi.

É válido ressaltar algumas questões convergentes nos trabalhos relacionados, principalmente no tocante à questão da formação e, conseqüentemente, os desdobramentos que impactam as práticas dos profissionais de Psicologia. Nas buscas realizadas, encontramos publicações em forma de cartilhas técnicas, elaboradas pelos diversos conselhos regionais de Psicologia, publicadas em período anterior ao estipulado para compilação deste estado da arte. Tal fato poderá indicar que as discussões sobre o CRAS tiveram expressivo crescimento em um primeiro momento, quando da implantação do serviço, mas foram esmorecendo aos poucos.

Os trabalhos de dissertação (02), considerados para esse estado de arte foram publicados em 2014 e 2015 nas cidades de SP e PR, respectivamente. O primeiro versa sobre a atuação do psicólogo no CRAS e como se dá o enfrentamento à vulnerabilidade, propondo-se a investigar a prática profissional de psicólogos de um município da grande São Paulo e como esses profissionais realizam práticas efetivas nesses contextos. Tal pesquisa traz alguns apontamentos comuns a outros trabalhos acerca dos Centros de Referência, sendo elas; a presença do caráter ainda assistencialista, assim como a precariedade dos recursos e a rotatividade da equipe técnica, o que inviabiliza a execução e legitimação do trabalho.

A outra dissertação se propõe a investigar as imagens de si e da prática profissional nos CRAS, configuradas no discurso dos psicólogos. Tal pesquisa contou com Assistentes Sociais em sua amostra, com o intuito de conhecer o olhar desse profissional acerca do trabalho e do papel do psicólogo. O presente trabalho evidenciou que os psicólogos legitimam a subjetividade como objeto da psicologia, contudo não se sentem autorizados a trabalhá-la no campo da Assistência, visto que a relacionam a psicoterapia, a qual não é prevista pelo Sistema Único da Assistência Social (SUAS). Outro relevante aspecto desta pesquisa é o fato dos profissionais entrevistados se identificarem com a clientela atendida, ao se sentirem vulneráveis, desempoderados e sem autonomia em relação a sua prática profissional, o que em seus discursos apontam para uma tensão entre o saber e o fazer da Psicologia.

A única tese encontrada que trata desta temática, objetiva conhecer e compreender a atuação e a experiência dos profissionais de psicologia em municípios do interior de uma cidade do Nordeste brasileiro, com o intuito de analisar a funcionalidade das práticas psicológicas nas políticas de combate a pobreza. A referida pesquisa chama atenção para uma infeliz repetição por parte dos profissionais, no tocante a responsabilização do usuário pela sua condição social, assim como para a fragilidade da territorialização, precisa estudar e considerar cada território em suas demandas e particularidades. Contudo, a autora pontua que alguns profissionais buscam romper com o tradicionalismo da Psicologia, empreendendo novas formas de compreensão e do fazer profissional.

#### **1.1.4 Descritores: prática psicológica clínica + aspectos sociais e políticos.**

Representamos na tabela 4 as buscas realizadas com os descritores Prática Psicológica clínica + aspectos sociais e políticos. Foram encontrados 09 artigos, 00 dissertações e 00 monografias e teses.

**Quadro 4 -** Descritores: prática psicológica clínica + aspectos sociais e políticos.

Tipo de publicação	Quantidade	Ano de publicação	Estado
Artigo	09	Entre 2010 e 2015	Diversas
Dissertação	00	—	—
Monografia	00	—	—
Tese	00	—	—



Os artigos (08) destacados nessa pesquisa, objetivam ampliar as discussões acerca do papel social e político da Psicologia, assim como problematizam as práticas psicológicas clínicas na atualidade. Os referidos artigos concluem ressaltando a necessidade de repensar e contextualizar as práticas psicológicas no âmbito da saúde e assistência social, destacando a importância da formação no processo de (re)construção das práticas psis nesses espaços.

No que diz respeito à consideração dos aspectos sociais e políticos na prática psicológica, observamos que o número de publicações em forma de artigos e livros predomina dentro dos critérios de buscas adotados neste trabalho. É relevante salientar que muitos ou quase todos os trabalhos considerados nesta compilação, apontam para a questão da formação como eixo fundamental para legitimar o compromisso social e político da Psicologia através das práticas psicológicas, visto que todas as pesquisas indicam a fragilidade nessa formação. Alguns trabalhos, em nível de pós-graduação discutem sobre o lugar político da psicologia, considerando seguimentos temáticos, tais como a questão da clínica ampliada, a visita domiciliar e o trabalho em rede.

A pouca produção de monografias, dissertações e teses, nos leva a pensar sobre o quanto é tímido o papel da academia diante das discussões sobre a Psicologia enquanto ciência e profissão.

No contexto desse trabalho, para compreender sofrimento psíquico adotamos uma perspectiva integralizada, própria da clínica ampliada, que define saúde não como a ausência de doença, mas sim, considera o sujeito em sua integralidade biopsicossocial, buscando compreender o processo e significado de adoecimento no contexto em que o usuário está inserido. Portanto, valoriza as singularidades e potencialidades de cada um, rompendo a lógica tradicional, com uma concepção fragmentada de ser humano e com foco na doença. Nesta perspectiva, a clínica ampliada enfatiza a necessidade e importância do trabalho multi/interdisciplinar, a fim de alcançar um olhar integral para relação sujeito-doença .

A partir desse cenário, observamos a relevância de se debruçar sobre este campo de pesquisa. Nessa direção, tomamos como objetivo geral, compreender as implicações políticas e sociais da prática de psicólogos que atuam na atenção/proteção básica de saúde e assistência social. De forma específica, objetivamos descrever as práticas utilizadas pelos psicólogos frente aos sofrimentos apresentados, identificar a compreensão que os psicólogos têm sobre sofrimento psíquico e por último, investigar como as práticas psicológicas na atenção/proteção básica de saúde e assistência contemplam os aspectos políticos e sociais implicados no sofrimento psíquico.

Com este trabalho de mestrado, pretendemos contribuir com reflexões e aprofundamentos acerca da atenção psicológica nos contextos da atenção e proteção básica da saúde e assistência social. Acreditamos, também, que esta pesquisa poderá ter desdobramentos no fazer dos psicólogos, visando beneficiar as pessoas atendidas nos serviços de Psicologia, em seus diversos campos de atuação, bem como oferecer reflexões que possam subsidiar a formação acadêmica deste profissional.

**CAPITULO 2 - O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS E O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SUAS.**

Você tem sede que? Você tem fome de que? A gente não quer só comida, a gente quer comida diversão e arte, a gente não quer só comida a gente quer saída para qualquer parte.

(Música: Comida. Composição: Arnaldo Antunes, 1987)

## **2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS E O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - SUAS**

No Brasil, com a promulgação da Constituição Federal em 1988, a chamada “Constituição Cidadã”, pelo seu cunho democrático e participativo, enfatiza e cria políticas voltadas à cidadania com foco na dignidade humana. Esta dispõe sobre a Ordem Social, a qual tem por objetivo o bem estar e a justiça sociais. Após um longo período de ditadura militar (1964-1985), apesar de algumas limitações e paradoxos, o Brasil inaugura um movimento de redemocratização do país, com abertura para novos conceitos e a repaginação de conceitos já existentes (PAIM, 2009).

A Carta Magna trata da Seguridade Social, a qual compreende um conjunto integrado de ações, alicerçados fundamentalmente por três pilares: Saúde, Previdência Social e a Assistência Social. Dessa forma, assegurar os direitos referentes aos referidos pilares é função compartilhada entre o Poder Público e a sociedade; porém, ao primeiro cabe a responsabilidade de organizar a seguridade com base nos objetivos descritos:

- 1) Universalidade da cobertura e do atendimento;
- 2) Uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- 3) Seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- 4) Irredutibilidade do valor dos benefícios;
- 5) Equidade na forma de participação do custeio;
- 6) Diversidade da base de financiamento;
- 7) Caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Em 1974, no Canadá, o ministro Lalonde produz um relatório, o qual recebe seu nome. Tal documento trata sobre a promoção da saúde moderna, onde aponta a estreita causalidade entre o estilo de vida e ambiente ao processo saúde-doença. (Sundfeld, 2010). Dessa forma, a promoção da saúde passa a ser cada vez mais discutida, através de conferências como por exemplo a de Alma-Atá (1978) e Otawa (1986), ambas promovidas pela Organização Mundial de Saúde – OMS. O encontro de Alma-Atá foi pioneiro no reconhecimento da saúde como um direito, como também em considerar a promoção da saúde uma estratégia para autonomia e emancipação dos sujeitos. A carta de Otawa, resultado de uma importante conferência, além de ter sido elaborada por profissionais do SUS, afirma que a saúde está

atrelada à complexidade do ser no mundo. O relatório pontua, também, a importância da interface entre os vários setores; econômico, político e cultural. (Ibidem)

Por sua vez, no Brasil, a Constituição de 1988 emerge a partir da pressão de diversas forças sociais, principalmente no que diz respeito aos movimentos populares, denunciando a configuração de um Estado autoritário com práticas descontextualizadas das demandas da população. Entre outros avanços, os movimentos sociais desse período inauguram novos discursos e novas práticas. De acordo com Ferreira Neto (2011, p. 29),

O avanço desse processo modificou a linha de atuação dos movimentos sociais. A postura autônoma e oposicionista cedeu lugar a uma mais integrativa, em parcerias regulamentadas com o Estado. A nova tendência implementou condutas mais propositivas e atividades mais vinculadas as instituições. Tornou-se crescente a necessidade de aprofundamento de novos vínculos da sociedade civil com o estado.

De acordo com Ferreira Neto (2011), além da Constituição de 1988, outros dois marcos foram fundamentais para se pensar o SUS; o primeiro destes foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a qual contou com grande participação popular na defesa da saúde como direito fundamental da pessoa humana, assim como a necessidade da construção de um Sistema único de Saúde (SUS). O segundo é o Movimento de Luta Antimanicomial, que se inicia no final dos anos 1970, mas se radicaliza no final dos anos 1980, durante a realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru-SP. Nesse congresso são debatidos a ruptura decisiva em relação ao modelo vigente de assistência psiquiátrica no Brasil; os princípios teóricos e éticos da assistência psiquiátrica e finalmente à defesa radical por uma sociedade sem manicômios.

Como desdobramento da carta magna, o SUS foi regulamentado a partir da Lei Orgânica da saúde (8.080/90) e a Lei Orgânica Complementar (8.142/90). Paim (2009) aponta que, no artigo 196 da Constituição Federal Brasileira, já está prevista a criação de um Sistema único de Saúde (SUS), mas só dez anos depois, em 1990 é promulgada a lei 8.080 que cria o SUS, o qual abrange as ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada. O SUS está fundamentado, de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, com direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da comunidade.

Após a revisão dessas orientações contidas na nossa Constituição, podemos concluir que o SUS é o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das

diretrizes de descentralização, integralidade e participação da comunidade. É, portanto, uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com os princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subsequentes (Ibidem, p. 51).

A descentralização diz respeito à importância dos municípios na gestão dos recursos e ações, tendo em vista a diversidade social e sanitária do país, sendo assim cada secretaria de saúde fica responsável pelas decisões e organização dos serviços, sob a orientação do Ministério da Saúde.

O atendimento integral diz respeito à proteção, promoção e recuperação da saúde. Paim (2009, p. 50) esclarece que:

Esta diretriz do SUS, que busca compatibilizar ações preventivas, e curativas, individuais e coletivas, é conhecida como integralidade da atenção. Representa uma nova forma de cuidar das pessoas e de buscar soluções adequadas para os problemas e necessidades de saúde da população de um bairro ou de uma cidade.

A terceira diretriz, que diz respeito à participação da comunidade no intuito de democratizar as decisões e serviços, preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta também favorece o controle social, visto que o envolvimento da comunidade possibilita a identificação dos problemas locais, assim como o encaminhamento e fiscalização das soluções.

Sendo assim, a operacionalização do SUS está alicerçada em princípios, a saber:

- Princípio da Universalidade - compreende que a saúde é um direito de todos e é dever do Poder Público a provisão de serviços e de ações que lhe garanta;
- Princípio da Integralidade – as ações devem buscar, ao mesmo tempo, proteção, promoção e recuperação e o indivíduo deve ser visto em sua integralidade, ou seja, como ser físico, psíquico e social;
- Princípio da Equidade – trata da necessidade de redução das disparidades regionais e sociais existentes no Brasil;
- Princípio da regionalização - através da municipalização;
- A participação e o controle social – consiste na obrigatoriedade da formação e do funcionamento dos conselhos de saúde, impulsionando dessa forma a sociedade a participar dos caminhos traçados pelo SUS.

- A descentralização da saúde – o estabelecimento de cooperação financeira com órgãos das três esferas e com entidades Públicas e Privadas;
- Princípio da intersetorialidade – garantindo ações de natureza interdisciplinar e intersetorial, envolvendo as dimensões do trabalho, habitação, lazer, educação, cultura, etc.

O SUS atua como um sistema misto de atenção, composto pelos serviços públicos e complementados pelos serviços privados. No âmbito público a assistência à saúde está dividida em dois níveis de atendimento, o de atenção básica e o de média e alta complexidade (MAC). A atenção básica corresponde à porta de entrada no sistema de saúde e envolve a promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças; neste nível primário de atenção, a população deve ter acesso a equipes multidisciplinares, assim como a médicos de diversas especialidades. O outro nível de atenção, denominado média complexidade, abrange os serviços ambulatoriais especializados e os serviços hospitalares, geralmente demandando recursos tecnológicos para fins de diagnósticos e terapias. A alta complexidade compreende os serviços de altíssima tecnologia e custos, como cirurgias e tratamentos oncológicos (BRASIL, 1997).

Acerca do trabalho na Atenção Básica, Ferreira Neto (2011), propõe uma importante reflexão no que diz respeito ao desafio do trabalho multidisciplinar nestes contextos. De acordo com o autor, a atuação na atenção primária “carrega certa tendência ‘desprofissionalizante’, sendo as ações compartilhadas por todos os membros da equipe, sem grandes reservas de mercado profissional, mesmo que estas ainda existam e sejam necessárias” (Ibidem, p. 135). Sendo assim, observa-se que, de uma forma geral, há uma tendência nas formações (graduações) em saúde a desenvolver atividades específicas do seu campo de atuação, o que muitas vezes leva o profissional a desenvolver práticas fragmentadas que privilegiem sua formação, ainda que a despeito das demandas concretas da população.

Em todos esses níveis de atenção apresentados encontramos a inserção do psicólogo; porém, para fins desse trabalho de pesquisa nos detemos à prática psicológica no nível básico de atenção através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

Ainda no que se refere à atenção básica, em 1994 o Ministério da Saúde cria o Programa Saúde da Família (PSF), atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), por não se tratar mais de um programa. Esta estratégia preconiza o acompanhamento da família no ambiente em que vive, realizados por equipes multiprofissionais e agentes comunitários de saúde, visando uma maior compreensão do processo saúde – doença e priorizando a

promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Dessa forma, objetiva superar o modelo de atenção ambulatorial e hospitalar, que se traduz pelo excesso de procedimentos, gerando, ainda, fragmentação do cuidado e maior custo para o estado. (Ministério da Saúde, 2013). De acordo com o que preconiza o Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização através do Ministério da Saúde (2008), tem-se que:

A humanização da atenção e da gestão no SUS é uma prioridade inadiável. Sabemos que, se por um lado, a falta de recursos compromete a qualidade, por outro, a existência deles pode não ser suficiente. Se o desafio é humanizar a atenção e a gestão do SUS, temos, também, o desafio de criar instrumentos para que a clínica e a gestão sejam pensadas juntas, inseparavelmente. Entendendo que não só médicos fazem a clínica, mas todos os profissionais de saúde fazem cada um à sua clínica (BRASIL, 2008, p. 03).

De acordo com o que estabelece a Estratégia de Saúde da Família, em 2001 institui-se a Rede de Saúde Mental, fruto da mobilização de trabalhadores da saúde, usuários e familiares. A partir de experiências exitosas na Europa, com pessoas com transtorno mental, visa-se um modelo assistencial que superasse e substituísse os hospitais psiquiátricos por um modelo comunitário, com base no território e de grande capilaridade (Ibidem).

Entretanto, o Ministério da Saúde (2013, p.21) esclarece que:

O desafio que se coloca é, ao invés de criar circuitos paralelos e protegidos de vida para seus usuários, habitar os circuitos de trocas nos territórios da sociedade. Isso leva o desafio da saúde mental para além do SUS, já que para se realizar ele implica na abertura da sociedade para a sua própria diversidade.

Dessa forma, faz-se necessário a ampliação da oferta de serviços que objetivem dar conta da demanda em saúde mental. Dentre os principais serviços da rede de saúde mental localizados na atenção primária, conhecidos como equipamentos substitutivos, encontramos os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, que acolhe pessoas em sofrimento psíquico severo, promovendo sua reinserção social e familiar, através da reabilitação e autonomia. Segundo Dimenstain (2008), este modelo sofre fortes críticas, visto que, muitas das vezes, são implantados sem levar em consideração as especificidades locais, de modo que ainda persistem atendimentos baseados no modelo tradicional da clínica clássica.

Outro equipamento substitutivo importante são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), estes são moradias para pessoas em sofrimento psíquico grave, geralmente advindos de hospitais, CAPS ou em condição de morador de rua, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos. A rede conta ainda com o Programa de Volta para Casa - PVC, buscando o acompanhamento fora da unidade de tratamento, de pessoas em sofrimento psíquico e que



tiveram longos períodos de internação psiquiátrica. É importante observar que os usuários que estão no SRT ou PVC recebem o auxílio-reabilitação, pago ao próprio beneficiário durante um ano, podendo ser renovado, caso necessário (BRASIL, 2013). Os Centros de Convivência também fazem parte dessa Rede, com objetivo de propiciar um espaço de convívio e inclusão social para pessoas em sofrimento psíquico, seja por transtorno mental, seja pelo uso de drogas. Os Consultórios de rua também compõem a Rede de Saúde Mental, constituindo-se em equipes que atuam de forma itinerante com ações e cuidados de saúde, para assistir à população de rua. E finalmente conta-se com a Escola de Redutores de Danos (ERD), que capacita profissionais e pessoas das comunidades para o trabalho com usuários de drogas, no intuito de promover prevenção e cuidados para este público. (Ibidem, 2013)

Contudo, diversos autores como Ferreira Neto (2011), Dimenstein (2008), Spink (2006), Paim (2009), estudiosos das temáticas abordadas nesse capítulo, alertam para os diversos desafios que os profissionais de saúde encontram na consolidação das práticas preconizadas pela Política Nacional de Saúde, assim como o enorme hiato que ainda existe entre o que há no papel e o que de fato é operacionalizado no dia a dia do trabalho.

Concordamos com Ferreira Neto (2011, p. 132) quando pontua que:

O SUS é um projeto de superação, ainda inacabado, do modo liberal de atenção. Esse inacabamento não se refere ao movimento necessário de contínua revisão de seu funcionamento, mas a algo mais estrutural. O movimento sanitário, que construiu o projeto do SUS, como todo movimento social, sempre trabalhou com utopias ativas ou imagens-objetivo, indicadores da direção desejada. Assim devem ser entendidos os princípios do SUS e seus desdobramentos em políticas específicas, como as de formação em saúde. Tais indicadores acenam mais como um alvo do que como uma prática concreta. A razão não é falsear, mas mobilizar forças e apoio legal para a realização de suas metas.

Consideramos que as dificuldades são particulares no que diz respeito às demandas de cada território, assim como a configuração de cada uma das equipes de profissionais. Entretanto, muitos dos percalços com que os trabalhadores da saúde lidam na prática diária, são comuns aos diversos contextos de trabalho na Atenção Básica. Estes serão trazidos no capítulo 4 da presente pesquisa, que, ainda que se configure a amostra de uma determinada realidade, busca o entrelaçamento dos fios condutores que ligam as partes ao todo.

## 2.1 A Psicologia no SUS

A regulamentação da Psicologia enquanto ciência e profissão, em 1962, acontece num cenário marcado historicamente pela hegemonia do poder militar através da ditadura e pela ascensão da burguesia. A Psicologia desponta em um contexto de supervalorização da interioridade subjetiva, o que produz formas de pensar o sujeito e a atuação profissional ancorados na lógica que sobrevaloriza os aspectos intrapsíquicos em detrimento do contexto social. Nesse momento, a formação dos psicólogos se caracterizava como sendo eminentemente clínica, individual, em consultórios, voltada para um público que detinha poder aquisitivo para bancar a oferta dos serviços. Segundo Francisco (2012, p.56), o vocabulário da psicologia nesse contexto era: “tratamento, cura, adaptação ou ajustamento”, o que configura profissionais com foco em avaliações para fins de diagnósticos, atendimentos individuais e normatizações.

Nessa perspectiva, a clínica psicoterápica passa a ser o modelo de atuação adotado prioritariamente entre os psicólogos, o que atravessa a formação em psicologia e se desdobra também no imaginário social promovendo uma forma de identidade – ser psicólogo é ser profissional liberal clínico. Para Ferreira Neto (2011, p.27), “a cultura psicológica construída nesse processo impôs sua hegemonia no domínio do privado por meio de seu vocabulário, seus valores, seus critérios de normalidade, enfim, sua ética”. Tal afirmativa nos remete ao conceito de endogamia social, que, segundo o referido autor, caracteriza-se pela desconsideração das determinações sociais requeridas na prática psicológica, isso porque terapeuta e paciente comumente são oriundos de um mesmo contexto social, político e cultural.

Entretanto, com o crescimento das demandas sociais, inaugura-se um extenso debate sobre as diretrizes curriculares dos cursos de Psicologia, apontando para a necessidade de mudanças no que diz respeito à concepção de clínica e de seus conceitos básicos: homem, processos de subjetivação, saúde-doença, para citar alguns. Busca-se uma compreensão ampliada do campo com vistas ao contexto social e à busca de equilíbrio no que concerne a atuação dos psicólogos na área clínica, tradicionalmente/concebida, e as demais possibilidades de ação clínica em contextos diversos.

A partir da década de 1980, fruto de todo o processo de reflexão e crítica promovido pelo Movimento da Reforma Sanitária, o qual abriu caminho para a organização dos trabalhadores de Saúde Mental no Movimento da Luta Antimanicomial, a Reforma Psiquiátrica tomou impulso no Brasil. Este cenário fez crescer o número de psicólogos

inseridos no âmbito da saúde pública e especificamente no campo da Saúde Mental; passa-se a buscar a substituição do modelo hospitalocêntrico por uma rede de serviços norteados por “uma ética inclusiva, libertária e que aponte para o respeito e a construção da cidadania da pessoa com transtorno mental” (CREPOP, 2013, p. 85).

De acordo com Spink (2007), a psicologia foi uma das últimas profissões a ser inserida no âmbito da saúde pública; com isso a entrada dos psicólogos no SUS demarca a necessidade de pensar a formação e a atuação destes profissionais, em decorrência das demandas que o trabalho na saúde pública requisita. Spink (2003) aponta alguns impactos sofridos pelos psicólogos ao saírem do contexto de proteção e autonomia forjado pelo modelo estrito de consultório. A autora reflete sobre a nova realidade que se descortina para os profissionais de Psicologia no que diz respeito aos desafios institucionais e ao fato de que o paciente agora é cliente da instituição. Em consonância, Ferreira Neto (2011), pontua que o encontro com uma clientela advinda de uma realidade social desfavorável e demarcada por sofrimentos psíquicos atravessados por diversos componentes que dizem respeito à realidade política e social, convoca a Psicologia a questionar a atuação e a formação dos psicólogos.

Na perspectiva deste autor, há um divórcio indesejado entre Instituições de Ensino Superior e o SUS, ressaltando que a questão da formação para a atuação em saúde pública é anterior à idealização do SUS (Ibidem, p. 136). O mesmo alerta para o fato de que muitas diretrizes precisam ser consideradas e fortalecidas no que diz respeito à formação; dentre elas destaca a capacidade de pensar criticamente para solucionar problemas concretos, a capacidade para o trabalho em equipe, a educação continuada, o compromisso ético-político e o desenvolvimento de ações que promovam prevenção e autonomia por parte dos sujeitos.

O modelo biomédico, neste cenário, é problematizado na construção de referenciais que balizem o trabalho do psicólogo no SUS, tendo em vista que este fazer necessita de práticas que deem conta dos princípios preconizados pelo SUS no que diz respeito à integralidade, humanização, interdisciplinaridade e consciência crítica para uma psicoeducação.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia 2011 (CFP), a perspectiva psicossocial deve servir como base teórica e prática para a orientação do trabalho no SUS. Sobre este assunto o CFP (2011) elabora um documento que versa sobre a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (Raps), intitulado “Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011” e afirma que:

O conceito de psicossocial é manejado por especialistas da saúde, mas pode ser utilizado de forma ingênua. O termo é uma junção do psicológico e do social, mas, na prática, essas ações seguem separadas das ações em saúde, porque o mundo da biomedicina se formou banindo o que seja psíquico e social. Sabe-se, no entanto, que não é possível separar o psíquico e o social na vida diária. Com essa separação, a biomedicina, de forma geral, não consegue conferir às pessoas sua integralidade (Conselho Federal de Psicologia, 2011, p.09).

Tal afirmativa nos revela que a supremacia da biomedicina ainda é preponderante nas práticas de saúde do SUS e nos alerta para o fato de que o olhar segregado e dicotomizado sobre o sujeito e os processos de saúde e doença vão de encontro aos princípios que devem orientar o trabalho do psicólogo na saúde pública.

Benevides (2005, p. 23), no intuito de contribuir com a interface entre a Psicologia e o SUS toma alguns princípios éticos, afirmando que o papel da Psicologia é o entrecruzamento dos princípios da inseparabilidade; da autonomia - co-responsabilidade e do princípio da transversalidade. O 1º defende que ainda que haja diferenças, é impossível separar a clínica da política, o individual do social, o singular do coletivo; o de autonomia e da co-responsabilidade, busca promover práticas que favoreçam sujeitos engajados e autônomos, protagonistas de sua realidade, enquanto o da transversalidade busca a intercessão da Psicologia com outros campos de saberes.

A partir desse cenário, percebemos os desafios e impasses no que diz respeito ao trabalho do psicólogo no campo da saúde. De acordo com a literatura consultada, os profissionais que atuam neste âmbito encontram dificuldades referentes à formação, planejamento, capacitação, articulação com a rede de apoio e necessidade de uma maior aproximação entre a atenção básica e os serviços especializados.

## **2.2 O NASF: dos desafios às potencialidades**

Em janeiro de 2008, através da portaria GM nº 154, o Ministério da Saúde cria o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o intuito de apoiar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) no que diz respeito à abrangência e resolubilidade das ações da Atenção Primária de Saúde (APS). Este serviço faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS) e localiza-se como uma estratégia da Atenção Básica da Saúde (ABS). A organização dos referidos serviços surge a partir do questionamento ao modelo hospitalocêntrico de atenção à saúde mental, vigente antes da Reforma Psiquiátrica, de modo que os sujeitos eram vistos e considerados de forma fragmentada e reducionista, a partir de sua doença, gerando cronificação e modos de lidar desumanizados por parte do sistema de saúde.

A partir dos movimentos de luta antimanicomial, cresce o número de serviços substitutivos, ancorados no conceito de clínica ampliada, também conhecida como clínica social e clínica transdisciplinar. Segundo Ferreira Neto (2008) este modo de fazer clínica acontece em contextos comunitários e interdisciplinares, utilizando-se de oficinas, visitas domiciliares, grupos psicoeducativos entre outros. Neste modelo são considerados aliados ao trabalho do psicólogo as famílias, comunidades, demais profissionais que atuem no território, igreja, etc. Esta perspectiva está fundamentada em princípios teóricos e metodológicos baseados na compreensão ampliada do processo saúde-doença, na construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, na ampliação do “objeto de trabalho” da equipe, com o intuito de se pensar o usuário de forma integral e em relação com seu meio concreto de existência.

No contexto da proposta de humanização do SUS emerge, então, o que se passou a designar como clínica ampliada. Dentre suas propostas está a transformação dos meios ou instrumentos de trabalho, ressaltando a importância do suporte para os profissionais de saúde que estão face a face com os usuários no serviço. “Para que se realize uma clínica adequada é preciso saber além do que o sujeito apresenta de “igual”, o que ele apresenta de “diferente”, de singular”. (BRASIL, 2009). Conforme afirma Sundfeld (2010), a clínica ampliada não desconsidera a importância e validade da técnica e do conhecimento especializado, mas busca, sobretudo, desconstruir as visões e práticas que fragmentam o sujeito e conseqüentemente o cuidado na/da saúde. De acordo como o Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização através do Ministério da saúde (2008) podemos afirmar que:

Uma prática muito comum nos serviços de saúde é justamente a redução dos usuários a um recorte diagnóstico ou burocrático (o diabético, o alcoolista ou, pior ainda, o leito número tal...). A proposta de clínica ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial desses saberes. Este desafio de lidar com os usuários enquanto Sujeitos buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico é tanto mais importante quanto mais longo for o seguimento do tratamento e maior for a necessidade de participação e adesão do Sujeito em seu projeto terapêutico (BRASIL, 2008, p. 03).

As equipes do NASF devem se propor a dar suporte técnico e trabalhar de forma integrada com as equipes de saúde da família (ESF) priorizando ações intersetoriais e interdisciplinares, objetivando compartilhamento, apoio matricial e construção de projetos terapêuticos singulares para indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2010). Caracteriza-se como seu principal objetivo viabilizar a corresponsabilização e a integralidade

do cuidado. Considera o perfil epidemiológico daquela população para que a composição da equipe de trabalho, assim como as propostas e estratégias de trabalho, sejam contextualizadas com as necessidades e potencialidades da comunidade atendida.

Dessa forma, espera-se que as equipes trabalhem conjuntamente, realizando discussão de casos, visitas domiciliares, consultas compartilhadas, capacitações, dentre outras formas de atuação integrada. Conforme apontam Nascimento & Oliveira (2010), este modelo de atuação visa, principalmente, superar a lógica fragmentada de cuidado ainda predominante no âmbito da saúde. Concordamos com Morin (1983 apud GIACOMONNI, 2012), quando afirma que:

A inserção do profissional em uma equipe interdisciplinar supõe que cada um desenvolva suficientemente sua competência até articular com as outras competências (dos outros profissionais), que ligadas em cadeia, formariam o anel completo e dinâmico do conhecimento.

Nessa perspectiva, destaca-se o apoio matricial como uma das principais demarcações no trabalho das equipes do NASF, o que se caracteriza pela troca de saberes através dos diversos olhares que compõem o NASF e as ESF, de forma que este coletivo de profissionais esteja em torno de um objetivo comum de trabalho. Espera-se, a partir desta interface, fortalecer a proposta de realização de um trabalho ancorado em práticas multi e interdisciplinares, colaborando para mudanças no modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010). Com isto, pretende-se minimizar a tradição no que diz respeito à verticalização dos saberes em saúde, em que o saber do médico é considerado prioritário, mesmo que esteja situado em equipes multidisciplinares, conforme indica Ferreira Neto (2011). O autor chama atenção, também, para o fato de que uma equipe composta por profissionais de diferentes campos do saber, não garante que estes dialoguem entre si assegurando práticas interdisciplinares. Portanto, consideramos importante ressaltar este aspecto que nos parece bem demarcado na proposta de trabalho do NASF. Sendo assim, trazemos o que afirma a cartilha de 2008 do Humaniza SUS, no que diz respeito à proposta de trabalho da Atenção Básica:

A proposta de equipe de referência exige a aquisição de novas capacidades técnicas e pedagógicas tanto por parte dos gestores quanto dos trabalhadores. É um processo de aprendizado coletivo, cuja possibilidade de sucesso está fundamentada no grande potencial resolutivo e de satisfação que ela pode trazer aos usuários e trabalhadores. É importante para a humanização porque se os serviços e os saberes profissionais muitas vezes recortam os Sujeitos em partes ou patologias, as equipes de referência são uma forma de resgatar o compromisso com o Sujeito, reconhecendo toda a complexidade do seu adoecer e do seu projeto terapêutico. Uma das dificuldades de executar esta proposta é

reconhecer a interdependência entre profissionais e serviços, porque isso pode significar reconhecer os próprios limites e a necessidade de inventar caminhos e soluções que estão além do saber e competência de cada um. Se esta é a dificuldade, esta é também a grande força motriz, uma vez que o trabalho criativo é muito mais saudável e prazeroso. O desafio, portanto, é o da mudança de uma cultura organizacional no SUS, ou melhor, a mudança de uma cultura organizacional ainda em desacordo com os princípios do SUS (BRASIL, 2008, p. 39)

O Ministério da Saúde (2009), através do caderno 27, orienta que a composição das equipes do NASF será definida pela gestão municipal, entretanto, deve-se levar em consideração as necessidades e demandas territoriais da comunidade e também dos profissionais que serão apoiados. O processo de trabalho dos profissionais deve priorizar:

- A) Atendimento compartilhado: com intervenções interdisciplinares e troca de saberes, capacitações, responsabilidades coletivas propiciando experiências a todos os profissionais envolvidos. Desta forma espera-se; realização de estudos de caso, planejamento dos projetos terapêuticos singulares (PTS), reuniões, programações de consultas, entre outras.
- B) Intervenções específicas dos profissionais do NASF: estas só deverão acontecer diretamente em situações extremas, para que se priorize o contato dos usuários/famílias com as ESF e esta também deverá acompanhar o caso.
- C) Ações comuns no território: refere-se às ações que devem ocorrer articuladamente as ES e outros setores. Sendo estas, projeto de saúde no território, planejamentos, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social e enfrentamento da violência e ações junto aos demais equipamentos públicos.

De acordo com Sundfeld (2010), acerca do Projeto Terapêutico Singular (PTS), trazido no item A do parágrafo acima, entende-se como sendo o conjunto de propostas terapêuticas produzidas a partir da discussão e articulação entre a equipe interdisciplinar e o usuário. Uma espécie de “estudo de caso clínico”, de forma que os diversos saberes se articulam com a finalidade de construir um plano de ações que visem o bem estar integral de um determinado sujeito ou família. A Cartilha da Política Nacional de Humanização (2008) nos chama atenção para o termo Projeto Terapêutico Singular, no lugar de Projeto Terapêutico Individual, com o intuito de revelar a possibilidade de um projeto para um grupo ou família, assim como a importância de um planejamento visando à singularidade como elemento central de cada demanda.

A portaria 154 do Ministério da Saúde (2009) prevê duas modalidades de NASF: NASF 1 e NASF 2. O primeiro caracteriza-se pela vinculação a um mínimo de 08 (oito) e o máximo de 20 (vinte) equipes de saúde da família. A equipe de trabalho deve ser composta por pelo menos 5 (cinco) profissionais de nível superior, sendo estes; psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, médicos, farmacêuticos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais.

O NASF 2, vincula-se a um mínimo de 03 (três) equipes de SF, e a composição do quadro funcional prevê a atuação de pelo menos três profissionais de nível superior, podendo ser psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, educador físico, fonoaudiólogos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais.

É importante ressaltar que todos os NASF da cidade do Recife são tipo 2, em decorrência da contingência populacional e das demandas territoriais. De acordo com o caderno 27 do MS (2009), a composição da equipe NASF é de responsabilidade do gestor municipal. A eleição do tipo de NASF para cada município se dá a partir de critérios que identificam a densidade demográfica do município em questão e as demandas do referido território.

Percebemos que apesar de existir uma sistematização e estruturação para o fluxo de trabalho e funcionamento dos núcleos da família, na prática os profissionais de saúde ainda encontram diversos impasses para a operacionalização de suas atividades. Dessa forma, CFP (2009) aponta alguns desafios cotidianos dos psicólogos que atuam no NASF, destacando: a articulação entre saberes e práticas; atuação transdisciplinar; consideração da diversidade e integralidade; promoção de ações para educação continuada e, por fim, o rompimento da lógica de referência e contra-referência. Estes e outros aspectos serão melhor abordados no capítulo 4 deste trabalho, dedicado ao encontro com as experiências dos profissionais psi que atuam nesse contexto da atenção básica.



### 2.3 O Sistema Único da Assistência Social – SUAS...

A Constituição federal de 1988 instituiu que a Assistência Social é um direito do cidadão e dever do Estado, indicando, dessa forma, que a assistência social foi introduzida no texto constitucional como política pública, integrante do sistema de proteção social, juntamente com a saúde e a previdência social, no que diz respeito à Seguridade Social.

No período pós-constitucional, apesar das dificuldades enfrentadas, em 1993, foi sancionada a Lei nº 8742 — Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) — que tornou operacionais os princípios contidos na Constituição Federal, estabelecendo uma nova matriz para a Assistência Social brasileira. Segundo Yazbek (1998, p. 55), a LOAS: “expressa uma mudança fundamental na concepção da Assistência Social que se afirma como direito, como uma das políticas estratégicas de combate à pobreza, à discriminação e à subalternidade em que vive grande parte da população brasileira”. Sendo esta definida como Política de Seguridade Social, compõe o tripé da Seguridade, juntamente com a Saúde e a Previdência Social, articulada também a outras políticas do campo social.

A LOAS estabeleceu uma gestão descentralizada e democratizada da Assistência Social, sendo uma das aquisições fundamentais a incorporação de novos elementos ao debate desta Política, decorrentes da instalação da relação participativa entre os três níveis de governo e, destes, com a sociedade (SPOSATI, 2001). Entretanto em 2003, ano em que a LOAS completava dez anos, a Assistência Social ainda não havia se constituído como uma política de seguridade social, visto que as ações ainda aconteciam de forma sobreposta, descontínua, fragmentadas e sem impacto. Dessa forma, o grau de responsabilidade do Estado no enfrentamento à pobreza ainda era tímido em suas ações.

Segundo Sposati 2006, embora já houvesse deliberações para a implantação de um sistema único na área desde a I Conferência Nacional, realizada em 1995, os movimentos não encontraram respostas na gestão federal do período. Contudo, cumprindo a decisão da IV Conferência Nacional, em junho de 2004, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome apresentou e o Conselho Nacional aprovou a Política Nacional de Assistência Social (PNAS/2004), na qual foram definidas as bases para o novo modelo de gestão da Política de Assistência Social em todo o território brasileiro. A Política Nacional trouxe avanços em relação à LOAS, no que diz respeito ao marco teórico, à estrutura organizativa e aos mecanismos de gerenciamento e controle das ações.

Em 2005, é instituído o Sistema Único de Assistência Social – SUAS, descentralizado e participativo, tendo por função a gestão das ações específicas da Assistência Social no

campo da Proteção Social brasileira. O SUAS é um sistema público não contributivo, ou seja, deve atender a todos os cidadãos que dele necessitarem. Realiza-se a partir de ações integradas entre a iniciativa pública, privadas de Assistência Social e da sociedade civil, tendo por objetivo garantir a proteção social à família, à infância, à adolescência e aos idosos, a partir do amparo a crianças e adolescentes carentes; à promoção da integração ao mercado de trabalho e à reabilitação e promoção de integração à comunidade para as Pessoas com Deficiência. (BRASIL, 2005).

De acordo com a Lei 12.435 de 2011, os objetivos do SUAS são:

I - consolidar a gestão compartilhada, o cofinanciamento e a cooperação técnica entre os entes federativos que, de modo articulado, operam a proteção social não contributiva;

II - integrar a rede pública e privada de serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social, na forma do art. 6o-C;

III - estabelecer as responsabilidades dos entes federativos na organização, regulação, manutenção e expansão das ações de assistência social;

IV - definir os níveis de gestão, respeitadas as diversidades regionais e municipais;

V - implementar a gestão do trabalho e a educação permanente na assistência social;

VI - estabelecer a gestão integrada de serviços e benefícios;

VII - afiançar a vigilância socioassistencial e a garantia de direitos.

Como parte do processo de implantação do SUAS, contemplando medidas de ordem regulatória, em julho de 2005, foi aprovada a Norma Operacional Básica – NOB/SUAS, que definiu tipos e níveis de gestão, instâncias de articulação, pactuação e deliberação, e financiamento da Política de Assistência Social. A partir desta regulamentação, foram iniciadas, em todo país, as ações voltadas para a implantação do sistema, em especial, no que diz respeito ao posicionamento dos gestores municipais frente às regras de habilitação dos municípios ao SUAS, atendendo às disposições da resolução expedida pelo Conselho Nacional de Assistência Social. Dessa forma, consolida-se o modelo de gestão compartilhada, e a cooperação técnica entre as três instâncias governamental (federal, estadual e municipal) que, de modo articulado e complementar, operam a Proteção Social.

O referido Sistema organiza as ações da Assistência Social em dois tipos de proteção social. A primeira é a Proteção Social Básica, destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social, cuja operacionalização está a cargo do Centro de Referência em Assistência Social – CRAS. Conforme o MDS 2009, o CRAS é uma

unidade pública, responsável pelo planejamento e realização de serviços da proteção social básica do SUAS, em áreas de vulnerabilidade e risco nos diversos estados de todo o Brasil. A partir da capilaridade nos diversos territórios, torna-se referência para assistência de um significativo número de famílias. A segunda é a Proteção Social Especial, situada na média complexidade, destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outras situações de violação de direitos, cuja responsabilidade operacional encontra-se a cargo do Centro de Referência Especializado em Assistência Social - CREAS. Sendo assim o Artigo 6º c. Lei Nº 12.435 de 2011, parágrafo 3º, pontua que: “Os CRAS e os CREAS são unidades públicas estatais instituídas no âmbito do Suas, que possuem interface com as demais políticas públicas e articulam, coordenam e ofertam os serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social”.

A partir do MDS (2005), a gestão das ações e a aplicação de recursos do SUAS são negociadas e pactuadas nas Comissões Intergestores Tripartite – CIT, (composto pela esfera federal, estadual e municipal) e na Comissão Intergestores Bipartite – CIB, (composto pela esfera estadual e municipal). Esses procedimentos são acompanhados e aprovados pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e seus pares locais (Conselhos Estaduais e Municipais), que desempenham o controle social.

Concordamos com Bento (2003), quando afirma que é inegável que a implantação do SUAS, como um instrumento da gestão, é um importante passo para a consolidação da Assistência Social como política pública. Entretanto, há ainda muitos desafios que ultrapassam o âmbito meramente operacional. O referido autor pontua, ainda, que a superação desses desafios passa por questões de ordem técnica, mas, especialmente, de ordem política, embora não existam aspectos puramente técnicos, nem puramente políticos por serem mutuamente implicados.

De acordo com o autor, é notório que alguns avanços aconteceram ao longo desses doze anos, desde a implantação do SUAS, avanços decorrentes, especialmente, da normatização e da padronização das ações socioassistenciais, da criação de parâmetros técnicos e da profissionalização da Assistência Social; com a definição de equipes de referência para os serviços na área; do aumento do financiamento, especialmente por parte do governo federal, através de transferências diretas à população usuária e aos municípios, mediante a definição de pisos de proteção social; e da implantação de um sistema de informação que permitiu o acesso dos gestores, das entidades e dos conselheiros, aos dados relacionados à gestão da política no município.

Em consonância com a preconização do MDS (2005), é importante pontuar que cabe ao Governo do Estado, por meio da Secretaria de Estado Desenvolvimento Social – SEDS, um papel estratégico na coordenação da política de desenvolvimento social do Estado: estabelecer rumos, diretrizes e fornecer mecanismos de apoio às instâncias municipais, ao terceiro setor e à iniciativa privada. Ao manter a responsabilidade pelo apoio financeiro aos municípios e entidades de assistência social, a SEDS fixa sua atuação no apoio técnico, capacitação, monitoramento e avaliação das ações sociais desenvolvidas em todo o Estado

Compreendemos que a consolidação do SUAS é uma construção que continua avançando, como pode ser observado nas mais recentes legislações e normatizações, a exemplo da Lei nº 12.435/2011 (Lei do SUAS) e Resolução/CNAS nº 32/2011, que teve início com base em procedimentos democraticamente estabelecidos. Este sistema foi formulado em instâncias abertas à participação e à discussão entre atores com interesses diversificados, por meio das conferências e fóruns de Assistência Social. Assim como, de universidades, de organizações dos trabalhadores e tantos outros. Portanto, em seu processo de consolidação, já conta e deverá continuar contando com todos esses atores, a exemplo dos participantes deste estudo, que demonstraram interesse, concordância e compromisso com o futuro do SUAS, através de suas práticas no CRAS.

Percebemos então, a importância de integrar o elenco de personagens políticos estratégicos, os usuários da Assistência, a fim de romper definitivamente, com a cultura histórica existente nesta área, que os colocou na condição de favorecidos, assistidos e, portanto, de subalternizados.

## **2.4 O Centro de Referência em Assistência Social - CRAS**

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), criado em 2005, situa-se como uma instituição da proteção social básica, previsto pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004) que, por sua vez, é operacionalizada através do Sistema Único de Assistência Social (SUAS, 2005). O serviço do CRAS se propõe a desempenhar um papel fundamental no território em que se localiza, pela oferta pública do trabalho social com famílias, preconizado pela Proteção e Atendimento Integral a Famílias (PAIF).

De acordo com a PNAS (2004), a Proteção Social Básica tem como principais objetivos prevenir situações de risco e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se às populações que se encontram em vulnerabilidade social, privações ou

fragilizações de vínculos. Esta política prevê que os casos que denotam violação de direitos serão encaminhados para os programas e serviços que compõem a Proteção Social Especial.

A perspectiva do CRAS é o desenvolvimento local a partir da prevenção e promoção da vida. (BRASIL, 2007), de forma que a atuação deve voltar-se para as potencialidades dos sujeitos, famílias e comunidades. Este serviço constitui-se como a porta de entrada do usuário na Assistência Social e o modelo de atuação preconizado neste contexto deve ser articulado com a rede socioassistencial e intersetorial do território situado, considerando a complexidade e as possibilidades sobre o que está posto.

O Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome (MDS, 2005) orienta que ao se instalar um CRAS, deve-se considerar o perfil demográfico da população situada no território, no intuito de priorizar locais em que sejam identificados números expressivos de famílias em situação de risco e vulnerabilidade, assim como locais em que se observa grande concentração de beneficiários dos programas de transferência de renda do Governo Federal. Dessa forma, pressupõe-se que através do CRAS a Proteção Básica se territorializa e se aproxima da população, assumindo dois grandes pilares do SUAS no que diz respeito à territorialização e a matricialidade sociofamiliar (BRASIL, 2007).

É importante ressaltar que o princípio da territorialização, reconhece a influência dos múltiplos fatores políticos, econômicos e sociais que interferem na vulnerabilidade pessoal e social dos indivíduos e famílias em seu território, conforme afirma Sposati (2008).

[...] ao invés de metas setoriais a partir de demandas ou necessidades genéricas, trata-se de identificar os problemas concretos, as potencialidades e as soluções, a partir de recortes territoriais” (BRASIL, 2004, p.37).

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) 2009, publica Orientações técnicas: Centro de Referência em Assistência Social – CRAS, ainda sobre a questão do território, traz a possibilidade de um CRAS itinerante para atender áreas de baixa densidade populacional e/ou espalhamento da população, como exemplo, as populações indígenas, quilombolas, de assentamento. O referido texto trata também da importância das equipes volantes para realizar a cobertura dessas áreas que atendem a Comunidades Tradicionais.

Por sua vez, os princípios da matricialidade sociofamiliar centraliza na família ações da política de proteção básica por considerar o âmbito familiar um “espaço privilegiado e insubstituível de proteção social e socialização primárias, provedora de cuidados aos seus

membros, mas que precisa também ser cuidada e protegida” (TEIXEIRA, 2009 apud BRASIL, 2004).

O processo de implantação de um CRAS, segundo Brasília (2009), se inicia a partir de um conjunto de providências tomadas pelo órgão gestor municipal de assistência social. Espera-se que o município identifique o número de CRAS a ser instalado em cada localidade, assim como o quantitativo de famílias referenciadas e os serviços ofertados em cada um desses. O referido texto, destaca ainda que, “a localização do CRAS é fator determinante para que ele viabilize, de forma descentralizada, o acesso aos direitos socioassistenciais”. (BRASÍLIA, 2009, p. 33). Com isso, preconiza-se que nos municípios de pequeno porte, o Centro deve ser instalado em áreas mais centrais, facilitando o acesso da maioria dos beneficiários, já nos municípios de médio e grande porte, deve-se instalar em áreas de maior vulnerabilidade e menos Índice de Desenvolvimento Humano.

Ainda no que concerne a implantação dos Centros, é imprescindível considerar; a elaboração do diagnóstico socioassistencial, identificando assim a necessidade dos serviços; o planejamento com outras instâncias sociais acerca da unidade; a garantia das condições estruturais e física; a seleção, admissão e capacitação da equipe de trabalho.

As equipes previstas para o funcionamento do CRAS devem ser multidisciplinares e atuar de forma transversal e interdisciplinar. Deve ser composta minimamente por técnicos de nível médio para apoio administrativo e por técnicos de nível superior, sendo estes psicólogos, assistentes sociais e um coordenador técnico; o quantitativo mínimo de cada um desses profissionais dependerá do porte do CRAS e está atrelado ao número de famílias atendidas. De acordo com a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS (NOB - RH/SUAS) 2006, sobre a relação entre o porte do CRAS e a equipe técnica, considera que:

1. Municípios de Pequeno Porte I – Até 2.500 famílias referenciadas: 2 técnicos de nível superior, sendo 1 assistente social e outro, preferencialmente, psicólogo; 2 técnicos de nível médio.
2. Municípios de Pequeno Porte II – Até 3.500 famílias referenciadas: 3 técnicos de nível superior, sendo 2 assistentes sociais e, preferencialmente, 1 psicólogo; 3 técnicos de nível médio.
3. Municípios de Médio, Grande, Metrópole e Distrito Federal - a cada 5.000 famílias referenciadas: 4 técnicos de nível superior, sendo 2 assistentes sociais, 1 psicólogo e 1 profissional que compõe o SUAS; 4 técnicos de nível médio.

Além desses profissionais, as equipes de referência para os CRAS devem contar sempre com um coordenador, cujo perfil é: técnico de nível superior, concursado, com experiência em trabalhos comunitários e gestão de programas, projetos, serviços e benefícios socioassistenciais.

Segundo critérios do MDS (2005), famílias referenciadas dizem respeito ao quantitativo de famílias que vivem no território do CRAS e estão em situações que compõem o alvo das ações e serviços desenvolvidos nos referidos Centros.

As atribuições profissionais das equipes do CRAS estão relacionadas ao acolhimento, encaminhamento e informações aos usuários, planejamento e implementação do PAIF, que se caracteriza pelo trabalho social com famílias objetivando o fortalecimento e não ruptura de vínculos, de forma que suas ações tenha caráter preventivo e protetivo. O MDS (2015), afirma que as atividades do PAIF estão voltadas para atendimento as famílias, visitas domiciliares, orientações e encaminhamento a outros serviços e políticas, apoiando e promovendo eventos, palestras, campanhas, além de auxiliar a comunidade no enfrentamento e resolução de problemáticas em comum.

Sobre o PAIF, trazemos Cruz e Guareschi (2012, p. 31)

O Paif destina-se a promover o acompanhamento de famílias em uma determinada região (territorialização); potencializar a família como unidade de referência, fortalecendo vínculos internos e externos de solidariedade; contribuir para o processo de autonomia e emancipação social das famílias, fomentando seu protagonismo; desenvolver ações que envolvam diversos setores, com o objetivo de romper o ciclo de reprodução da pobreza entre gerações; e atuar de forma preventiva, evitando que essas famílias tenham seus direitos violados, recaindo em situações de risco. Essas famílias, em decorrência da pobreza, estão vulneráveis, privadas de renda e do acesso aos serviços públicos, com vínculos afetivos frágeis, discriminadas por questão de gênero, etnia, deficiência, idade, entre outras.

É importante salientar que todas essas atividades devem acontecer de acordo com a demanda específica de cada território. Considerando que cada comunidade e grupos vivenciam realidades comuns, mas também singulares.

Além do PAIF (executado exclusivamente pelo CRAS), outros serviços podem ser agregados aos Centros, desde que haja compatibilidade física, material e humana para tanto, assim as referidas unidades também tem a função de gestão territorial, de forma que se responsabilizam pela articulação da rede socioassistencial incluindo instituições do âmbito público, privado e não governamental. Além disso, a articulação da rede intersetorial, sendo esta onde se encontram os demais serviços ofertados pela rede pública e a busca ativa através

da qual é possível conhecer as demandas e potencialidades do território, para que assim possa atuar de forma singular em cada realidade.

Outra importante atividade a cargo do CRAS é a produção de material socioeducativo, no intuito de sensibilizar, mobilizar e informar a comunidade acerca de alguma temática ou serviço. É atribuição do mesmo orientar os cidadãos sobre os benefícios assistenciais, assim como inscreve-los no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), através dos quais os usuários do CRAS que estejam no perfil poderão ser beneficiados com o Benefício de Prestação Continuada (BPC), voltado para Pessoas com Deficiência e Idosos, garantindo 1(um) salário mínimo mensal para o referido público, mediante comprovação que os mesmos não possuem meio de sustento. Existe também o Programa Bolsa Família (PBF) que de acordo com o MDS (2003), caracteriza-se pela transferência direta de renda, destinado às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza. O PBF faz parte do Plano Brasil Sem Miséria, que tem como foco beneficiar cidadãos com renda familiar per capita inferior a 77 reais mensais. De acordo com Santos (2016), em muitos Centros, a equipe psicossocial ainda atua com foco em fiscalizar os usuários acerca das condicionalidades para o recebimento do PBF, o que pode acarretar um subaproveitamento da equipe.

De acordo com as condicionalidades, as famílias ficam comprometidas com:

1. A matrícula e frequência das crianças e adolescentes de 6 a 15 anos no ensino regular;
2. O acompanhamento do calendário de imunização, garantindo a vacinação da criança.

Outros benefícios, chamados de benefícios eventuais, também abarcados pelo CRAS, são destinados em caso de morte, nascimento, calamidade e vulnerabilidade provisória.

No intuito de compilar e facilitar o transito das informações acerca das atividades desenvolvidas em cada Centro, o SUAS conta com um sistema de informação próprio chamado de Rede SUAS, que visa atender gestores, técnicos e usuários. (Brasil, 2013)

Além das atividades descritas anteriormente, espera-se que a equipe técnica do CRAS, realize; mediação de grupos com crianças, adolescente, jovens, adultos, idoso; visitas domiciliares; busca ativa no território; escuta individual e articulação da rede de apoio socioassistencial (BRASIL, 2005). No que diz respeito à articulação da rede socioassistencial, consideramos importante trazer dois conceitos caros a Política de Assistência Social, são eles a referência e contrarreferência, o primeiro diz respeito aos encaminhamentos feitos pela equipe do CRAS para algum serviço socioassistencial ou política setorial. Já a contrarreferência são os encaminhamentos que chegam de algum outro serviço para os cuidados da equipe CRAS.



Contudo, pesquisas recentes em torno do trabalho do CRAS revelam diversos impasses e desafios no cumprimento e legitimação dessas atividades, na medida em que os profissionais esbarram em realidades institucionais como falta de recursos, rotatividade da equipe técnica, carência de uma rede de apoio que possa dar conta da demanda de encaminhamentos, falta de estrutura física e de equipamentos que favoreçam a execução dos trabalhos previstos (SILVA; FONSECA; MELLO, 2009)

## **2.5 Políticas públicas no campo da Psicologia e da Assistência Social**

Nos últimos 30 anos, a psicologia tem ganhado espaço nas instituições públicas de saúde, assistência, ONG's, judiciário, hospitais, creches, asilos, projetos sociais, entre outros (YAMAMOTO, 2010). A partir da criação do SUAS, a atuação dos psicólogos assume lugar de destaque no campo da Assistência Social, porém este não é um fenômeno recente, apesar de não haver registros oficiais que estabeleçam um marco legítimo de tal atuação. Contudo, é possível identificar, anterior ao marco histórico, a presença de psicólogos em equipe social principalmente no âmbito jurídico (COIMBRA, 2003 apud OLIVEIRA, 2012).

De acordo com pesquisa realizada pelo CREPOP em 2009, 83,9% dos psicólogos entrevistados afirmaram atuar no âmbito das políticas públicas, o que passa a demandar um novo perfil profissional para este novo campo de atuação. A expressão da Psicologia no campo da Assistência Social destaca-se a partir da criação do SUAS, mais especificamente com a implantação dos CRAS e CREAS, visto que há a obrigatoriedade do profissional de Psicologia na equipe mínima para o funcionamento desses Centros.

Assim como o sistema divide-se em proteção social básica e especial, a atuação do psicólogo acontece nas duas instâncias, sendo que a proteção básica é o nível que envolve maior número de usuários e famílias, demandando, assim, uma diversidade de intervenções e uma rede socioassistencial articulada com outras políticas como as de Educação, Saúde, Habitação e outras. (BRASIL, 2006)

De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) 2011, cerca de 33 (trinta e três) mil psicólogos estavam inseridos em CRAS e CREAS no país. A partir do notório crescimento da inserção de psicólogos no campo da Assistência Social, urge produzir conhecimentos que possam embasar a prática profissional da categoria. Isto porque este novo cenário desloca o saber-fazer dos profissionais, sinalizando para a necessidade de novas formas de compreensão do sofrimento psíquico, ancoradas no compromisso ético-político de atuação (FRANCISCO, 2012).

Acerca do compromisso ético político da Psicologia no contexto da Assistência social, concordamos com Hofling, 2001 apud Lasta, Guareschi & Cruz, 2012, quando afirmam que para compreender as políticas públicas é necessário analisar as questões de fundo, ou seja: que políticas espera-se implementar; qual o contexto histórico daquele determinado período; que tipo de controle social se busca com determinada política.

Assim, em uma intervenção psicossocial cuida-se, primeiramente, de compreender o contexto que circunda o sujeito, quer seja o de uma instituição ou de uma comunidade/sociedade, pois acredita-se que isto trará melhores condições para compreender os modos de pensar, sentir e agir do (s) grupo (s) alvo da intervenção (LANE; SAWAIA, 1995). A partir desse contexto, as práticas psicológicas no campo da Assistência Social, devem contemplar os aspectos biopsicossociais do sujeito, adotando uma perspectiva sócio-histórica e psicossociológica, considerando que o psicológico e o social estão absolutamente interligados e que, portanto, é impossível compreender o sujeito sem antes compreender suas condições concretas de existência. O sujeito se constitui e também adoce enquanto se relaciona, enquanto vive no mundo e com o mundo.

Segundo Moreira (2011) as práticas psicológicas com olhar ético e político precisam ser impactadas pelo que vem do campo, não só pelo que já temos de repertório como práticas. Sobre este aspecto, consideramos relevante refletir a partir do pensamento foucautiano no que diz respeito à desnaturalização das práticas institucionalizadas, ou seja, a partir do questionamento e da busca pelas condições de emergência<sup>1</sup> das práticas psicológicas, refletir e compreender sobre os saberes e modos de atuação instituídos<sup>2</sup> que formatam o exercício da Psicologia na Assistência (LASTA; GUARESCHI; CRUZ, 2012);

Nesse contexto, concordamos com Francisco (2016, p. 19), quando afirma que:

Vale lembrar que os Estabelecimentos/Organizações em seus modos de funcionamento foram concebidos para e nos moldes de uma Sociedade Disciplinar – caracterizada pelo controle do tempo, do espaço e dos corpos; historicamente, as condições que permitiram o surgimento dessa sociedade já não são as mesmas – assistimos ao surgimento gradual de uma Sociedade de Controle contínuo e de comunicação instantânea.

Nessa direção, os serviços precisam ser constituídos por ações e propostas a partir da leitura das necessidades locais, de forma que não exista um saber “a priori” que simplesmente se aplica, mas um saber que se alimenta do encontro com o outro e com as demandas.

<sup>1</sup> **Condições de Emergência** “Trata-se de deslocar as análises para o plano das relações de poder e de saber em cada momento histórico e em cada espaço social específico.” (Veiga-Neto, 2011, p.113).

<sup>2</sup> **Instituído:** Aquilo que está posto como verdade, o que tende a estar cristalizado. (Guattari; Rolnik, 2007)

Concordamos com Cruz & Guareschi (2012) quando nos chamam atenção para a necessidade de que os profissionais das políticas públicas pensem a partir do lugar do outro e não apenas reproduzam conhecimentos e técnicas, mas se sensibilizem para temáticas pouco discutidas no contexto acadêmico, como por exemplo: assistência social, direitos humanos, cidadania, entre outros.

Acerca do trabalho do psicólogo no CRAS, o CREPOP (2008, p. 20) propõe que a partir das intervenções, possamos atravessar a lógica da violência e da desigualdade que perpassa a realidade das populações vulneráveis, “investindo na apropriação do lugar de protagonista na conquista e afirmação de direitos” da população atendida nesse campo. Acerca deste aspecto consideramos importante a seguinte reflexão:

O resgate da história recente no que se refere às práticas da psicologia na assistência social também mostrou que muitas ações pautaram-se na dicotomização normal/patológico, família estruturada/desestruturada, além de culpabilizar as famílias por sua condição socioeconômica. Podemos dizer que o discurso científico vem produzindo subjetividades desqualificadas, colocando os sujeitos em uma posição de tutela em relação ao conhecimento dos especialistas (CRUZ; HILLESHEIM; GUARESCHI, 2005 apud, CRUZ; GUARESCHI, 2012, p. 31).

Nesse contexto, os autores lançam mão de importantes questões tratadas no referido texto como desafios para o profissional psi e também para os cursos de psicologia, que diz respeito a estranhar o familiar, no sentido de se propor a articular a dimensão política e políticas públicas desde a formação em Psicologia, incluindo ações que não estejam a serviço de normatizações e, por fim, acreditar no potencial dos sujeitos. Pretende-se que assim seja possível romper com os processos de assistencialismo e tutela, exclusão e marginalização (CFP, 2007). Desse modo, espera-se que as atividades dos psicólogos no CRAS promovam autonomia e emancipação para que os usuários do serviço possam progressivamente exercer seus direitos e deveres enquanto cidadãos. Acerca desses aspectos, concordamos que:

Tendo em vista isto, cabe dizer que frente a essas questões estão colocados grandes desafios à Psicologia e as práticas psi nos Centros de Referência em Assistência Social, que é de poder pensar o sujeito psicológico para além de um sujeito a ser normalizado e institucionalizado por uma política de Assistência Social e que pelo risco da “vulnerabilidade social” e da “pobreza” deixa de ser percebido e pensado enquanto sujeito no qual também existe vida, contradições, passividades e resistências”. (LASTA; GUARESCHI; CRUZ, 2012, p. 64)

Em 2007, o CFP elaborou um documento chamado Referências Técnicas para atuação do (a) psicólogo (a) no CRAS/SUAS, na tentativa de identificar e sistematizar as práticas psicológicas nesses campos/temas, a fim de discuti-las reflexivamente, assim como criar parâmetros de atuação dos psicólogos. Nesta publicação estão elencados alguns princípios que devem nortear a prática dos psicólogos nos CRAS; dentre eles indica-se a importância em atuar alinhados aos objetivos da Proteção Social Básica; a importância do trabalho interdisciplinar; o olhar para o contexto local, considerando os aspectos políticos, econômicos, culturais e sociais; potencializar os recursos psicossociais individuais e coletivos dialogando com o saber popular e o saber científico, destacando-se, ainda, a relevância da formação continuada por parte do profissional; priorizar os casos de maior vulnerabilidade e risco psicossocial e favorecer a participação comunitária. Finalmente, o referido texto chama atenção para a flexibilidade de atuação para além dos settings convencionais.

Acerca da construção desses parâmetros de atuação para o psicólogo na Assistência, Oliveira (2012) nos chama atenção para alguns aspectos que são importantes considerar; o primeiro deles é macroestrutural, pois diz respeito às políticas sociais e ao modo de produção capitalista. O segundo, diz respeito à consolidação da Psicologia como ciência e profissão, conforme discutimos ao longo desse trabalho. Sendo assim, concordamos que:

[..] a práxis do psicólogo vai sendo construída em uma proliferação de discursos; são práticas que se traduzem em novas políticas públicas, em parâmetros de atuação profissional. Produzindo novos sentidos, estabelecendo novas relações (LASTA; GUARESCHI; CRUZ, 2012, p. 57).

Nesta perspectiva, o psicólogo se depara com alguns desafios, tanto no tocante a operacionalização do trabalho, conforme falamos anteriormente, como também no que diz respeito à apropriação das políticas de Assistência Social, a interface e o diálogo com outros campos do saber, a necessidade de práticas que deem conta de sofrimentos psíquicos fortemente atrelados a componentes políticos e sociais e o olhar para as possibilidades objetivas e subjetivas do trabalho com famílias, comunidade e equipe multidisciplinar (CFP, 2007).

Oliveira, Amorim & Dantas (2011), pontuam que é importante considerar a tradição clientelista da Assistência Social, que se busca romper, mas que ao mesmo tempo ainda perpassa a estruturação das ações deste campo, muitas vezes baseadas em práticas emergenciais e não emancipatórias. Assim, não só a psicologia precisa superar o antigo modelo individualizante/particularizante de trabalho, mas outros campos de saber e de práticas para fazer face aos desafios atuais.

Vale lembrar as ricas contribuições trazidas por Rolnik (1994) em sua proposta de uma clínica ético-estético-política. Segundo a autora o ético diz respeito a um lugar ofertado para que as potencialidades emergjam e se desenvolvam; o estético refere-se a este trabalho que é construção em processo; o caráter político, por sua vez indica que ao afirmar uma forma de existência autônoma e potencializada afirma-se também uma posição política.

Trazendo para o âmbito dessa pesquisa, consideramos como campo macro político, as políticas governamentais que regem o SUS e o SUAS e, de forma mais específica, as que se referem ao NASF e CRAS. Considerando o âmbito meso político, situamos os respectivos equipamentos dirigidos aos usuários e no plano micro político o trabalho realizado pelos psicólogos nestes serviços.

Na medida em que estamos trazendo à tona as políticas públicas no campo da saúde e da assistência social, bem como a formação dos psicólogos desses contextos, é relevante uma reflexão crítica acerca do preparo dos profissionais psi para a realização de suas atividades no âmbito dessas políticas. Para nos auxiliar a refletir sobre esta carência na formação, adotamos como subsidio, a grade curricular de dois cursos de graduação em Psicologia da cidade do Recife/PE, sendo um de Universidade pública, representado pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e o outro de Universidade particular, representado pela Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP). No tocante às políticas públicas, os currículos em questão demonstram que ainda há um insipiente investimento teórico, metodológico e consequentemente prático, no nível de graduação das instituições aqui representadas, conforme podemos conferir nos currículos em anexo.

A leitura destes currículos nos permite observar que os mesmos privilegiam disciplinas que abordam temáticas voltadas para a clínica tradicional, como por exemplo, as diversas etapas de desenvolvimento da criança, do adolescente, do adulto e idoso, além da forte ênfase em disciplinas de avaliação psicológica e as voltadas para as psicopatologias. Ambas as grades curriculares mencionam apenas uma única disciplina de estudos dos grupos e as disciplinas de intervenções psicossociais têm propostas genéricas e caráter predominantemente teórico, ainda que nestas sejam abordadas as práticas psicológicas nos diversos espaços da saúde e assistência. Nos chama atenção a timidez para não dizer falta de ênfase, em disciplinas que abordem especificamente as políticas públicas, principalmente no âmbito da saúde, assistência e educação, já que estes campos absorvem cada vez mais profissionais da psicologia.

Nos currículos das duas instituições encontramos disciplinas que contemplam as áreas de atuação mais antigas ou talvez mais consolidadas dentro da psicologia, como as escolas, os

recursos humanos e consultórios que reproduzem o modelo médico. Dessa forma, sentimos falta de disciplinas que discutam a prática em hospitais, no âmbito jurídico, as questões de gênero e sexualidade, a psicologia do esporte e tantas outras possibilidades de atuação que a cada dia se descortina para o profissional de psicologia.

Na UFPE existe uma disciplina de políticas públicas oferecida no 8º período; já na UNICAP encontramos as disciplinas denominadas Seminário I e II, respectivamente no 7º e 10º período, que tem propostas abertas, a serem construídas de acordo com a necessidade de cada turma, daí um espaço possível para se discutir as práticas psis nos “novos” campos de trabalho do psicólogo. As disciplinas de incentivo à pesquisa ganham relevo no currículo da UFPE, talvez por se tratar de uma instituição pública e com isso receber maior investimento financeiro para pesquisa.

Outro aspecto que nos chama bastante atenção na grade curricular da UNICAP são as diversas, e não menos importantes disciplinas como; Introdução à Filosofia, Socioantropologia, Humanismo e Transcendência, Introdução a Teologia, Humanismo e Cidadania, Teologia II e Ética em Ciências Humanas, contudo com ementas e conteúdos bastante semelhantes, carecendo de uma análise crítica acerca de suas frequências nos currículos, apesar de considerarmos o fato de estarmos tratando de uma instituição de valores religiosos e com isso a relevância das citadas disciplinas.

A partir desse cenário, torna-se visível que a formação em psicologia ainda não acompanha a demanda dos diversos campos de atuação da atualidade do profissional de psicologia, apesar dos esforços empreendidos na reestruturação dos projetos políticos pedagógicos, as instituições de ensino ainda continuam formando profissionais para atuar nos “antigos” postos de trabalhos, com práticas que não dão conta dos sofrimentos psicossociais, apresentados na atualidade que, necessariamente, não se reduzem a processos puramente subjetivos do sujeito. Esse percurso de formação acaba por produzir um intenso sofrimento nos trabalhadores quando se deparam com situações e demandas as quais não se sentem aptos a compreenderem e enfrentarem.

### **CAPITULO 3 – NOSSO CAMINHAR.**

A cartografia parte ainda de outra leitura da realidade, pois não quer só buscar o qualitativo, mas também romper com a separação sujeito e objeto. Em contraposição a uma forma de pensar dicotômica, essa vertente convoca a imanência, a exterioridade das forças que atuam na realidade, buscando conexões, abrindo-se para o que afeta a subjetividade. (ROMAGNOLI, R.C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia e Sociedade*, v. 21, n.2, p.166-173, 2009)

### 3 NOSSO CAMINHAR...

*“é caminhando que se faz o caminho”*

Objetivando compreender as práticas psicológicas na atenção e proteção básicas de saúde e assistência social, a presente pesquisa situa-se no campo paradigmático da pesquisa qualitativa, por esta privilegiar a experiência não como prova de algum fato, mas como sentido para aquele sujeito e/ou contexto. De acordo com Minayo, (1999) este tipo de pesquisa volta-se para realidades que não podem ser quantificadas, por tratar-se de fenômenos que estão no âmbito dos significados. Neste tipo de estudo o pesquisador preocupa-se em compreender o fenômeno em questão, considerando o contexto em que surge, assim como a experiência dos participantes, sem pretensão de generalizações e/ou representações numéricas.

Turato (2003) afirma que o método qualitativo deve ser considerado como compreensivo-interpretativo, visto que o seu objeto são os sentidos ou significações produzidas pelos seres humanos. O referido autor pontua, também, que nesse tipo de pesquisa valoriza-se a experiência sem relações de causa e efeito, mas a compreensão reflexiva do fenômeno que se apresenta.

Em consonância com Creswel (2010), consideramos que a pesquisa qualitativa é emergente e não previamente configurada, ou seja, o pesquisador conta com a possibilidade de rever e reconsiderar as questões da pesquisa que surgem durante o processo. A colheita dos dados também pode mudar à medida que o pesquisador percebe a melhor forma de acessar o fenômeno a ser estudado. Acerca desse aspecto, Flick (2009) afirma que:

A pesquisa qualitativa não se refere apenas ao emprego de técnica e de habilidade aos métodos, mas inclui também uma atitude de pesquisa específica. Essa atitude está associada à primazia do tema sobre os métodos, a orientação do processo de pesquisa e a atitude com que os pesquisadores deverão alcançar seus objetivos (FLICK, 2009, p. 36).

O cuidado com a metodologia a ser adotada na pesquisa é uma constante preocupação nas diversas áreas de conhecimento. Entendemos que o acesso ao fenômeno a ser pesquisado, viabilizado a partir de uma metodologia, deve estar em consonância com a natureza e objeto da pesquisa. Dessa forma, nas ciências ditas humanas e sociais as pesquisas qualitativas vêm ganhando cada vez mais espaço e legitimidade, visto que nesses referidos campos de saber os fenômenos estudados devem ser compreendidos em sua



complexidade e dinamismo, levando-se em consideração os diversos atravessamentos que os compõem.

Sendo assim, a escolha pela pesquisa qualitativa nos convoca a legitimar o singular, contrapondo o paradigma moderno de ciência, ancorado nas ideias cartesianas e no positivismo clássico. Segundo Morin (1993), tal perspectiva tende a simplificar, reduzir e linearizar as experiências e/ou fenômenos; O autor nos chama atenção para o fato de que, embora este paradigma da simplificação tenha trazido importantes contribuições à ciência, este não pode ser tomado como caminho único e absoluto de compreender a realidade.

Dada à complexidade dos fenômenos e a questão da presente pesquisa, concordamos com Passos, Kastrup e Escóssia (2009, p. 10) quando afirmam que:

Ao rachar a palavra método ou *metá-hódos*, percebemos que *hódos* (caminho) vem depois e inteiramente condicionado pela *metá* que o antecipa e o predetermina. Porém, pensemos no método como *hódos-metá* como uma aposta na experimentação do pensamento – um método não para ser aplicado, mas para ser experimentado.

Dessa forma entendemos a metodologia como sendo o caminho percorrido, ou seja, é um trabalho constante de observar e perceber o caminho que nos leva a determinado lugar ou objetivo. Creswell (2007), salienta que na pesquisa qualitativa o pesquisador reflete sobre suas implicações pessoais durante toda a investigação, de forma que isso se torna inseparável do processo de pesquisar.

Para fins deste estudo situamos o método cartográfico na perspectiva qualitativa, como via de acesso à compreensão das experiências relatadas pelos participantes da pesquisa. O pensamento ancorado nesta perspectiva considera a possibilidade de ir ao fenômeno tal como ele se mostra, ou seja, como ele se apresenta e é percebido por cada sujeito. A compreensão dos fenômenos a partir dessa ótica, vai de encontro ao projeto da Modernidade que supõe que a verdade é única, linear e universal, a despeito de contexto ou percepção de quem vive a experiência.

O método cartográfico não busca uma verdade totalitária e sim possibilidades compreensivas de um dado fenômeno. De acordo com Frota (1998, p. 28), pensar está ligado a “indagar, questionar, tentar compreender. Algo processual, parcial, relativo, muito diferente do conhecer metafísico que pretende ‘dominar’ o conteúdo de uma matéria ou disciplina.

A partir do delinear do nosso trabalho, a Cartografia se mostrou como a possibilidade de método que melhor se adequa à nossa proposta de caminhar, principalmente devido ao fato de que a cartografia nos convida a “acompanhar um processo e não representar um objeto”, de

acordo com Passos, Kastrup & Escossia, (2009, p. 32). A cartografia se apresenta como um método de compreensão em sintonia com o caráter processual da nossa investigação. O processo diz de um sendo, um indo e não de um foi, ou um é, ancorados no conceito de rizoma, de forma que tudo está interligado, tudo se toca, não há como identificarmos começo, meio e fim, ou seja relação de causalidades, visto que no rizoma não há um único sentido, nem uma mesma entrada. (DELEUZE; GUATTARI, 1995 apud PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2009).

Deleuze & Guattari (1995) tomam emprestado da geografia o termo cartografia para indicar que a paisagem da/na pesquisa muda a todo o momento e que de forma alguma é estável, o que, de acordo com Costa & Fonseca (2008), configura uma metaestabilidade, ou seja o fluxo de equilíbrio – desequilíbrio – reequilíbrio, estabilidade – instabilidade – nova estabilidade.

Os referidos autores afirmam, ainda que a cartografia é um método de pesquisa-intervenção, considerando que o conhecimento e a transformação são indissociáveis, em relação ao pesquisado, ao pesquisador e à realidade.

Conhecer a realidade é acompanhar seu processo de constituição, o que não pode se realizar sem uma imersão no plano da experiência. Conhecer o caminho de constituição de dado objeto equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio caminho, constituir-se no caminho. Esse é o caminho da pesquisa-intervenção. (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA 2009, p. 31.)

A atitude cartográfica no processo da pesquisa pressupõe a adoção de pistas para o pesquisador cartógrafo, em detrimento de regras pré-definidas a serem aplicadas. Tais pistas vão servir como guia para a abertura ao que surge na paisagem e para o que vai sendo produzido durante a pesquisa. As referidas pistas foram sistematizadas por Passos, Kastrup & Escossia, (2009), no livro intitulado *Pistas do Método da Cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*.

Apresentadas de forma sintética, a Pista 1 – Traz a Cartografia como método de pesquisa-intervenção, a partir da análise institucional feita por Passos e Benevides, na qual os autores discutem a inseparabilidade entre conhecimento e transformação – campo e pesquisador; Pista 2: Trata do funcionamento da atenção do cartógrafo, Kastrup constrói uma interface entre diferentes teorias que discutem o funcionamento da atenção; Pista 3: Pozzana e Kastrup, apresentam a proposta da Cartografia como sendo o acompanhamento de processos, propondo uma (re)invenção metodológica em oposição a ciência moderna, que busca

representar objetos; Pista 4: Intitulada “Movimentos-funções do dispositivo no método da cartografia”, Kastrup e Benevides, apresentam movimentos-funções de produção e transformação da realidade; Pista 5: Escóssia e Tedesco discutem acerca do coletivo de forças como plano da experiência cartográfica; as autoras nos chamam atenção para a coexistência entre o plano de forças estáveis e produzidas. Pista 6: Trata da cartografia como dissolução do ponto de vista do pesquisador, na qual, segundo Passos e Eirado o objetivismo e subjetivismo são duas faces da mesma moeda. Pista 7: Alvarez e Passos afirmam que cartografar é habitar um território existencial; os autores refletem sobre a importância do cartógrafo mergulhar no território da pesquisa. Pista 8: Intitulada “Por uma política de narratividade, Passos e Benevides apontam para o fato de que, a proposta metodológica da cartografia demanda mudanças na narrativa do cartógrafo, nos reposicionando epistemologicamente.

Durante o percurso dessa pesquisa, adotamos as pistas abordadas como bússolas, que nos direcionavam principalmente; a uma atenção flutuante; a busca da dissolução do nosso ponto de vista; ao mergulho existencial no campo-tema e a adoção de uma política de narratividade.

Consideramos importante ressaltar que na pesquisa cartográfica a palavra processo refere-se à processualidade e não a processamento. Conforme aponta a pista 2, esta atitude de pesquisa demanda do cartógrafo uma atenção flutuante, ou seja, “concentrada e aberta, um tipo de atenção que não tem um foco a priori e sim que é capturada pela paisagem. Esse tipo de atenção caracteriza-se por quatro variedades:” o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento” (KASTRUP, 2007, p. 40).

O rastreio diz respeito a conhecer o campo e deixar-se ser afetado pelo que se revela como alvo; O toque se apresenta como um recrutador da atenção no campo das sensações e não apenas da cognição, ou seja, aquilo que está em alto relevo para a percepção; O pouso, configura uma parada, um zoom momentâneo em determinado fenômeno, ao mesmo tempo que percebe uma diversidade de acontecimentos e estímulos, mesmo que em graus diferentes; O reconhecimento atento, se traduz por “ir ver o que está acontecendo, abrindo mão dos nossos conceitos a priori e lançando mão de uma percepção aberta ao que (e como) se revela.

O método cartográfico também nos convoca a olhar e refletir acerca dos movimentos institucionais implicados na pesquisa, visto que estes aparecem tanto na imersão do pesquisador, como do pesquisado e nesse sentido, Costa & Fonseca (2008), apontam para os movimentos moleculares. Tais autores caracterizam esses movimentos como tentativas de quebra das linhas duras, já que estas e as linhas flexíveis coexistem nos contextos institucionais.

Em sua tese de doutoramento, Francisco (2000, p. 47) afirma que:

Enquanto que as linhas de segmentaridade dura funcionam através de um sistema arborizante em que todos os centros ressoam e caem em um ponto de acumulação [...] as linhas flexíveis e de fuga operam segundo um sistema rizomático. Neste há múltiplas entradas e saídas; os centros não ressoam todos juntos, não tem uma relação de univocidade entre si, não caem e convergem para um mesmo ponto. Nas linhas flexíveis o que se observa é uma polifonia, acolhida e significada segundo seu contexto e pelo seu modo de produção, ainda que possa vir a surgir nelas, operações de endurecimento e centralização.

Nesse contexto, consideramos fundamental a compreensão dos movimentos e processos institucionais, tanto no que diz respeito às linhas de segmentaridade, quanto à articulação entre o instituído e o instituinte. De acordo com Francisco (2016), o instituído diz respeito às normas, regras e funcionamento pré-estabelecido numa determinada instituição, imbricados nas linhas duras. Já o instituinte, diz respeito aos movimentos de resistência, oposição, mudanças, transformações, que perpassam as linhas de segmentaridade flexíveis, de forma que ambos coexistem e se tocam.

Ainda de acordo com a autora (Ibidem, 2016), o engendramento desses fenômenos se dá porque uma instituição/organização não é composta apenas por objetivos práticos e formais; estas são tecidas também pelos desejos, intensidades e afetos. Nessa perspectiva, ela propõe uma relevante reflexão em torno da interface entre o território da ética e as linhas flexíveis, afirmando que quando a ética acolhe as linhas flexíveis, abre possibilidades para os processos criativos de sentidos. A autora nos chama atenção para o fato que:

Assim me parece válido admitir que a proposta de uma perspectiva ética no lugar da tecnocrata e da burocracia supõe vários movimentos: colocar em questão a predominância de linhas de segmentaridade duras na maioria dos estabelecimentos que apenas repetem o já existente e inibem a possibilidade de outras invenções; pensar os estabelecimentos como em processo, em permanente mutação, ainda que mantidas certas coordenadas para que eles não se descaracterizem (FRANCISCO, 2016, p. 21).

A partir dos conceitos trazidos nesse texto, pensamos as práticas psicológicas nos contextos do NASF e do CRAS. Isto nos faz refletir sobre a importância e urgência de modos de trabalho a serviço da mudança, da transformação, do empoderamento. É sabido que os profissionais que atuam nestes espaços estão regidos por uma política que tenta dá conta dos diversos aspectos que compõe os campos em questão, contudo é imprescindível que as instituições e profissionais incluam a dimensão ética e as linhas flexíveis em seus processos

de trabalho, incorporando formas criativas (no sentido de reinvenção, de gerar novas conexões) em seus velhos modos de fazer psicologia no âmbito das políticas públicas.

A partir do exposto, consideramos que a compreensão cartográfica atravessa nossa pesquisa tanto no diário de campo, visto que através deste, podemos expressar e considerar nossos sentimentos, percepções e afetações no campo e em todo o processo da pesquisa, assim como na “entrevista cartográfica”, já que esse modo de entrevistar possibilita ao pesquisador transitar no campo das intensidades, isto é “prioriza a experiência da entrevista em detrimento da entrevista sobre uma experiência”. (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013, p. 307).

### **3.1 Participantes**

As escolhas dos colaboradores desta pesquisa se deu de forma intencional sendo 4 (quatro) psicólogos, 2 (dois) do sexo feminino e 2 (dois) do sexo masculino; destes, dois atuam na Proteção Social Básica e dois na Atenção Básica de Saúde. Os referidos profissionais foram convidados por fazerem parte do CRAS e NASF com maior número de família cadastradas. Buscamos tal critério por entendermos que as demandas nesses centros possivelmente são maiores e mais variadas.

Todos os entrevistados trabalham nas respectivas áreas há pelo menos 2 (dois) anos, critério também adotado nesta pesquisa, considerando que pouco tempo na área poderia suscitar relatos pautados em perspectivas puramente teóricas. Todos os colaboradores ingressaram nos serviços da Assistência ou Saúde através de concurso ou seleção simplificada. É importante ressaltar que apesar das respectivas áreas de atuação serem consideradas do âmbito psicossocial, nenhum dos psicólogos participantes tem essa formação, todos têm formação de base na clínica. Os profissionais participantes desse estudo receberam nomes fictícios no intuito de preservarmos sua identidade.

Consideramos importante mencionar o acentuado grau de dificuldade encontrado no acesso a estes profissionais, tanto pelos tramites burocráticos exigidos pelas respectivas instituições, quanto pela resistência dos próprios psicólogos em falar sobre suas práticas.

## 3.2 Recursos

### 3.2.1 Entrevista

Com o intuito de compreender a prática psicológica no CRAS e NASF, realizamos entrevista individual com os participantes, onde partimos inicialmente de uma pergunta disparadora: **“como é a sua experiência em ser psicólogo no CRAS/NASF?”**

Considerando a “entrevista como experiência compartilhada entre entrevistador e entrevistado”, Tedesco, Sade & Caliman (2013, p. 299), nos chamam atenção para o fato de que não existe entrevista cartográfica e sim um manejo cartográfico no encontro com o entrevistado. Ou seja, um manejo em que a escuta e o olhar se ampliam para além do conteúdo puro trazido na entrevista, para que se possa “dar voz” aos instantes de rupturas, pausas, emoções, repetições, resistências presentes nas falas, considerando que a expressão dá sentido ao conteúdo, assim como a circularidade e o engendramento entre o conteúdo e a expressão. A partir de uma questão (pergunta) aberta e disparadora de sentidos, abre-se espaço para as falas, sentimentos, emoções e produções de sentidos, não existindo uma forma pronta ou previamente estruturada para a condução da entrevista cartográfica e sim, o manejo cartográfico.

Em consonância com o caráter interventivo da pesquisa cartográfica, as autoras salientam a possibilidade de que, através deste modo de entrevistar, é possível intervir, promover mudanças e catalisar instantes.

A entrevista na cartografia considera a inseparabilidade dos dois planos da experiência: a experiência de vida ou o vivido da experiência e a experiência pré-refletida ou ontológica (EIRADO et al., 2010). O primeiro plano refere-se ao que usualmente chamamos "experiências de vida", que advêm da reflexão do sujeito sobre as suas vivências e inclui seus relatos sobre histórias de vida, ou seja, o narrado de suas emoções, motivações e tudo aquilo que o sujeito pode representar como conteúdo vivido. Já a experiência pré-refletida ou ontológica refere-se à processualidade, ao plano da coemergência, plano comum, coletivo de forças, do qual advêm todos os conteúdos representacionais. Esses dois planos não são excludentes, funcionam em reciprocidade. Caso a entrevista vise explorar exclusivamente as opiniões, crenças, atitudes e valores dos entrevistados, ela focalizará restritamente as representações vividas, considerando apenas um dos aspectos da experiência, a dimensão de conteúdo, que isolada do seu plano genético, aparecerá como um dado representando estados de coisas (TEDESCO; SADE; CALIMAN, 2013, p. 3).

A entrevista na cartografia não visa à fala sobre a experiência e sim a experiência na fala, ou seja, possibilitar os dizeres encarnados pela experiência, carregados de intensidade e afetos. Nessa proposta, a entrevista não se caracteriza como um recurso que possibilita o acesso à experiência, mas diz respeito a própria experiência narrada. Ou seja, a atitude cartográfica, na entrevista, abre caminhos para que possamos mapear as diversas faces e características de um terreno e não apenas descrevê-lo. Consideramos que a própria narrativa cria seus movimentos que perpassa o passado, o presente e o futuro.

Considerando o manejo cartográfico na entrevista, esta não acontece no intuito de coletar informações ou dados pré-existentes; seu objetivo é a compreensão da experiência encarnada na dimensão do vivido. Tedesco, Sade & Caliman (2013, p. 304) pontuam que: “são os efeitos dessa experiência compartilhada, produzida e ostentada na prática linguageira da conversa em curso na entrevista, que a cartografia elege como seu objeto”.

As referidas autoras propõem três diretrizes para orientar o entrevistador cartógrafo:

1. A entrevista não busca a fala da experiência e sim a experiência que é produzida na fala;
2. A entrevista intervém na abertura à experiência do processo de dizer;
3. A entrevista busca a pluralidade de vozes.

Na primeira diretriz é importante que os conteúdos possam surgir encarnados por meio dos afetos que a experiência suscita, posto que a experiência se efetiva na fala. A segunda diretriz chama atenção para a postura do entrevistador, visto que a condução da entrevista deve promover aberturas às variações, às multiplicidades, na perspectiva de que toda entrevista é produtora de experiências e realidades. O que diferencia este tipo de entrevista, das demais formas de entrevistar é o cuidado do entrevistador em utilizar a linguagem para a construção de experiências em detrimento da obtenção de discursos fechados, fixos, explicativos e pré-concebidos, evitando o a priori reducionista. A terceira e última diretriz para uma entrevista de manejo cartográfico, aponta que não nos interessa saber se aquele discurso é do próprio narrador ou adquirido pelas suas afetações.

De acordo com as autoras, “interessa à entrevista na cartografia as interferências recíprocas entre as múltiplas vozes que, ao resistirem à totalização num sentido único, criam dizeres como linhas de devir a serem acompanhadas” (Ibidem, p. 313). Ou seja, cartografar como as falas vão emergindo durante a narrativa.

Tedesco, Sade & Caliman (2013), consideram que a partir do caráter performático da linguagem, é possível traçar uma aproximação com a clínica, na perspectiva de que a clínica

não se define pelo lugar de atuação, a clínica se caracteriza pela escuta e percepção do virtual e do manifesto. Sendo assim, a partir da experiência do dizer é possível criar mundos, num movimento constante de devir, conferindo vivacidade à linguagem.

As autoras nos chamam atenção para o fato de que na entrevista, o pesquisador cartógrafo não deve estar preocupado com o tempo de duração e/ou lugar formal para esta acontecer, pois as conversas informais, o contato telefônico, podem e devem configurar possibilidades de narrativas sobre a experiência.

### **3.2.2 Diário de campo**

Outro recurso utilizado foi o diário de campo, que segundo Minayo (1993, p. 100), permite que constem todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais. O diário é tecido a partir das percepções e experiências do pesquisador durante todo o processo de pesquisar, desde os primeiros contatos telefônicos ou presenciais com a instituição ou participantes da pesquisa, até observações sobre a instituição e sua dinâmica.

Para a composição do diário de campo, adotamos também uma postura cartográfica e nessa perspectiva, buscamos conhecer a realidade não como ela é e sim como ela se movimenta, ou seja, cartografar é acompanhar processos, movimentos, é mais do que apreensão de estruturas e estabilidade das coisas. (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2009). Na cartografia os “dados” são as próprias experiências, visto que o funcionamento da atenção do cartógrafo é flutuante, ou seja, deve-se olhar para tudo o que se apresenta sem partir de nenhum a priori, eliminando interpretações prévias e colocando em dúvida suas certezas. O pesquisador que adota uma postura cartográfica atua como um sistematizador da coletividade em que está inserido, atento às realidades emergentes a partir do encontro entre sujeito e objeto.

Sendo assim, o diário de campo, neste contexto, é composto pela polissemia que se expressa ao pesquisador afetado pelo campo, pelas narrativas e pelo seu objeto. O diário surge como um recurso que possibilita ao pesquisador o reencontro com suas impressões, sentimentos e afetações acerca do campo. O nosso diário foi utilizado para me situar enquanto pesquisadora no percurso da pesquisa, me auxiliando a dar um fio de compreensão para compartilhar essa experiência com o campo. Dessa experiência encarnada. O diário dando suporte para contar minha história enquanto pesquisadora.

O diário como recurso também possibilita a compreensão da implicação da pesquisadora durante o percurso da pesquisa, ou seja, a percepção e mergulho nos afetos e



afetações que permearam os diversos momentos da construção deste trabalho. Na perspectiva de Romagnoli (2009, p.171) “Na implicação do pesquisador é que se encontra um dos mais valiosos dispositivos de trabalho no campo. É a partir de sua subjetividade que afetos e sensações irrompem, sentidos são dados, e algo é produzido.” Este modo de fazer pesquisa nos traz um conforto metodológico, nos possibilitando a tranquilidade de expressar os afetos e produzir os sentidos que surgem no contato com as paisagens reveladas no campo.

Ainda sobre a implicação do pesquisador concordamos que:

Os textos diarísticos revelam as implicações do pesquisador e realizam restituições insuportáveis à instituição científica. Falam sobre a vivência do campo cotidiana e mostram como, realmente, se faz a pesquisa. E é isso que não se deve dizer ou mostrar (Lourau, 1993, p. 72). O texto diarista enuncia sua própria produção, liberando-se da pretensão do conhecimento definitivo sobre o objeto” (LOURAU, 1993 apud PASSOS; BENEVIDES, 2009, p. 175).

Dessa forma, o pesquisador está incluído no processo da pesquisa e é constantemente recrutado para estar implicado no campo e resgatado a todo o momento pela análise de sua implicação, o que caracteriza um dos pontos fortes da pesquisa-intervenção.

### **3.2.3 Compreensão das experiências**

Ao tratarmos da compreensão (análise) na pesquisa cartográfica, Barros e Barros (2013) problematizam o termo “dados”, comumente utilizado nas pesquisas, seja para caracterizar a etapa conhecida por “coleta de dados”, seja para falar da questão da análise.

Com isso, as autoras afirmam que “a análise em cartografia permite, ao longo de toda a realização da pesquisa, o acesso a uma objetividade que, em lugar de fixar um sentido unívoco, tende a proliferar sentidos” (Ibidem, p. 373). Nessa perspectiva, espera-se que o processo de intervenção, inerente ao método cartográfico, produza realidades que não estavam “dadas”, a espera de uma análise, visto que esta atitude de pesquisa gera efeitos (antes e depois) e é nisso que cartografia está interessada, no aspecto generativo da pesquisa, que produz realidades, sendo estes os próprios “dados” a serem “analisados”. Dessa forma as autoras chamam atenção para a aproximação entre a questão da “análise” e a dimensão clínica, já que ambas viabilizam processos de criação e reposicionamento.

Para tratar da questão da análise na cartografia é importante compreender que a objetividade e a subjetividade não são separadas uma da outra, visto que a experiência abarca tanto uma quanto a outra. Tradicionalmente as pesquisas consideram que os dados

representam o objeto estudado; no entanto, na cartografia interessa não apenas os “dados”, mas, sobretudo, seu processo de constituição. Assim sendo, Barros & Barros (2013, p. 375) defendem que:

Para a cartografia os dados não se constituem como tais porque são passíveis de verificação ou de reprodução. O conhecimento a ser produzido e compartilhado pela pesquisa cartográfica abrange as zonas de ambiguidades, acolhendo a experiência sem desprezar nenhuma de suas faces, seja a da objetividade, seja a da subjetividade.

Portanto, essa perspectiva afirma que a compreensão de um fenômeno e/ou experiência, acontece a partir da decomposição de um conjunto de elementos que compõe determinada realidade. O que convoca também o pesquisador a uma análise (compreensão) da sua implicação como pesquisador, conforme discutimos anteriormente, já que a neutralidade não condiz com o modo de pesquisar aqui em questão. Assim sendo, o “dado” na compreensão da cartografia é a própria interação sujeito-objeto/pesquisado e pesquisador, ou seja, o problema não é dado a priori, este depende do campo de forças em que está inserido, o que condiz com a questão do *hodos-meta*.

A compreensão cartográfica consiste em trazer à tona os movimentos que compõem uma determinada realidade em que o pesquisador se encontra imbricado, possibilitando, assim, o encontro com o instituído e o instituinte, expressos pelos analisadores. Barros e Barros (2013) apontam para o termo analisador, de forma muito cara no que se refere à análise (compreensão) cartográfica, pois é por meio desses analisadores que se compreende o processo de produção de determinada realidade. Portanto, a tarefa do pesquisador na pesquisa de abordagem cartográfica é a construção de analisadores (“compreensores”). O cartógrafo é analista e não analisador. Todas as situações de análise-intervenção ou compreensão-intervenção baseiam-se no manejo de analisadores. Acerca do papel desses analisadores as autoras afirmam que (Ibidem, p. 376)

Tal manobra analítica visa dar visibilidade à dinâmica instituído-instituinte que constitui as instituições. Nessa dinâmica, se expressam manifestações de não conformidade com o instituído, o revelado, que são os analisadores. É o analisador que realiza a análise; ao pesquisador cabe a construção de analisadores. Analisar é evidenciar, por meio dos analisadores, o processo de produção histórica das instituições, desnaturalizando-as. A análise faz aparecer esse esquecimento, essa ignorância institucional instituída, esse silêncio sobre o que e como se institui dada realidade.

Esse manejo de análise (compreensão), não está atrelado a nenhum procedimento pronto, pré-estabelecido, nem sequencia de etapas. A escolha do procedimento vai ser definida a partir da imersão na experiência da pesquisa, visto que neste modo de pesquisar a compreensão não acontece separadamente das demais fases da pesquisa, pois os “dados” não estão lá para serem compreendidos, estes emergem a partir da relação sujeito-objeto. Nesta perspectiva compreender revela atitude implicada, tendo, portanto, uma dimensão ética. Tendo em vista que estes processos têm ressonância na produção e compreensão da experiência, abre possibilidades para o reposicionamento diante de uma realidade. Dessa forma, as autoras defendem que a compreensão cartográfica também se aproxima da dimensão clínica, na medida em que inclui a multiplicidade de sentidos, favorecendo, assim, processos criadores.

Sobre a validação na pesquisa cartográfica, Passos & Kastrup (2013), afirmam que analisar não está a serviço de encontrar a causa ou determinante do fenômeno investigado, e sim, a ampliação da rede multifacetada de sentidos que caracterizam o campo de forças da experiência em questão. Segundo os referidos autores, temos que:

Validar as estratégias de análise de uma pesquisa cartográfica nos leva, portanto, a perguntar acerca de seu funcionamento participativo; do estabelecimento de um plano comum com os participantes e outros grupos de interesse da pesquisa; da sua capacidade de reformulação do problema, pressupostos e desenho metodológico; dos analisadores emergentes no processo da pesquisa e de seu uso; dos efeitos produzidos pela análise ampliada; dos interesses gerados pelo processo de investigação (Ibidem, p. 398).

Sendo assim, os autores sugerem alguns indicadores que apontam para a validação de uma pesquisa de cunho cartográfico, sendo estes; o acesso à experiência, a consistência e a produção de efeitos. No que se refere ao acesso à experiência “o que se visa não é falar da experiência, mas falar de dentro dela”. Passos & Kastrup (2013) nos chamam atenção para o fato de que não se pode querer validar estudos acerca da experiência, visto que esta é privada, singular e irreplicável, portanto não é passível de verificação.

Nessa perspectiva, observamos que, em pesquisas que adotam postura cartográfica, a questão da validação não se restringe a verificação de resultados, visto que a validação tem a ver com o que foi produzido durante todo o processo de investigação, favorecendo a emergência de certos resultados.

## **CAPITULO 4 - TECENDO COMPREENSÕES ACERCA DAS NARRATIVAS.**

É a narrativa que descortina os fios de sentido que nos conduziram e motivaram.  
Capturando assim o personagem que temos sido, fomos e podemos ser.  
(CRITELLI, D. M. História pessoal e sentido da vida: Historiobiografia, 2013, p. 39).

#### **4 TECENDO COMPREENSÕES ACERCA DAS NARRATIVAS:**

Neste capítulo, apresentaremos as narrativas colhidas a partir do nosso encontro com o campo de pesquisa e com os profissionais participantes deste estudo. Contudo, consideramos relevante situar o leitor acerca do percurso vivido até o encontro com os referidos psicólogos e psicólogas. A partir de então, utilizaremos uma linguagem mais descontraída e pessoal, por se tratar de relatos de experiências tanto da pesquisadora, quanto dos profissionais entrevistados para fins deste estudo. Como também, por se tratar de uma pesquisa cartográfica, nos permite adotar a primeira pessoa do singular, conforme explicitado no capítulo anterior deste trabalho.

Antes de entrarmos propriamente em campo, ou seja, antes de irmos às instituições escolhidas para entrevistar os profissionais, precisamos da Carta de Aceite do respectivo órgão gestor do serviço em questão, sendo estes à Secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos (SDSDH) no que diz respeito ao CRAS e a Secretaria de Educação na Saúde (SES) no que diz respeito ao NASF.

Em ambas as secretarias nosso primeiro contato foi por telefone, o que nos fez perceber que, mesmo os dois serviços fazendo parte da Prefeitura do Recife, cada uma das Secretarias tem a sua forma de anuência para pesquisas científicas. Na Saúde, encontramos maior fluidez, visto que a SES tem um protocolo de recebimento das solicitações para aceites de pesquisa. O referido órgão conta com um processo pré estruturado onde é solicitada uma inscrição online do projeto de pesquisa e, posteriormente, a entrega física dos documentos e formulários solicitados virtualmente. Após este processo, fomos direcionadas para o coordenador da equipe psi do NASF e, apesar de ser um processo um tanto demorado, consideramos que este passo a passo facilitou nossa trajetória em busca do aceite da instituição.

Nosso percurso em busca da Carta de Anuência para a realização da pesquisa na Assistência Social foi bem mais demorado e confuso, tendo em vista que a SDSDH, até o momento da minha solicitação, não contava com um protocolo preestabelecido que orientasse os pesquisadores no que diz respeito às solicitações de aceites para pesquisas. Isto nos demandou vários telefonemas frustrados, pois em cada ligação éramos atendidas por um profissional diferente e que parecia não ter conhecimento de qual o procedimento necessário para nossa solicitação. Finalmente, após compartilhar nossas angustias com uma colega de turma do Programa de Pós-Graduação da Unicap e também gestora em uma secretaria vinculada a SDSDH, esta intercedeu pessoalmente por nós a uma colega servidora do órgão

em questão. A partir de então, passamos a refletir: como seria o trâmite caso não pudéssemos contar com essa ajuda? E os tantos outros pesquisadores que não tem alguém facilitador de tal processo?! Nesse percurso ficou claro o quanto a inexistência de um protocolo norteador dificulta e, em alguns casos, inviabiliza a pesquisa.

Ainda no campo da Assistência Social, após conseguir a Carta de Anuência para a entrada no campo, fomos direcionadas para uma gestora que nos colocaria em contato com os coordenadores dos CRAS selecionados para a pesquisa. Nesse momento, chamou-nos a atenção uma fala da mencionada gestora: “eu vou escolher os melhores psicólogos para você entrevista-los, vou escolher aqueles que trabalham direitinho”. Percebemos, assim, que a mesma não havia entendido o real intuito de uma pesquisa científica, no que concerne ao encontro e compromisso com as realidades emergentes. Foi, portanto, necessária uma conversa onde tentamos esclarecer a referida gestora sobre os critérios, já mencionados no capítulo anterior, para escolha dos participantes a serem convidados para esse estudo. Consideramos importante destacar a trajetória relatada acima, no intuito de demarcar a importância de processos, normas e orientações que viabilizem o encontro do pesquisador com seu campo de pesquisa.

As narrativas foram colhidas a partir da escuta de (04) quatro profissionais, sendo dois (02) da Assistência Social (CRAS) e dois (02) da Saúde (NASF). Tais profissionais foram identificados por palavras que expressassem algum sentimento, podendo ser tanto um sentimento em relação à entrevista, quanto em relação a sua prática de trabalho. A partir de suas escolhas, eles serão aqui chamados de Gratidão e Expectativa (psicólogos do CRAS), Superação e Construção (psicólogos do NASF). Os participantes Gratidão, Expectativa e Construção optaram pelos seus pseudônimos a partir do sentimento na entrevista, já a colaboradora Superação se coloca a partir do sentimento em relação ao seu trabalho no NASF.

A participante Gratidão justifica a escolha do seu pseudônimo pelo sentimento mobilizado na entrevista: diz se sentir grata pela oportunidade de falar, se expressar, grata pelo espaço de escuta e pelo nosso interesse na referida temática. O participante Expectativa pontua que participar de uma pesquisa acadêmica sempre traz sentimentos de expectativa, tanto no que diz respeito à entrevista, como nos desdobramentos da pesquisa. O participante Construção, afirmou que o momento da entrevista possibilitou construções de novos olhares, de sentidos e conexões. E finalmente a participante que se denomina como Superação, afirma escolher este sentimento, pois a partir da entrevista se deu conta que seu trabalho no NASF representa uma grande e diária superação.

Neste capítulo nos propomos, ainda, relatar as percepções e experiências registradas em nosso diário de campo, visto que a implicação da pesquisadora durante todo o percurso do trabalho, também é relevante para compreender as dinâmicas que perpassaram a realização desta pesquisa. Com a finalidade de otimizar a apresentação e compreensão das narrativas dos psicólogos entrevistados, trazemos os principais analisadores (compreensores) que emergiram no/do encontro pesquisador – participantes – campo: formação, trajetória profissional, engajamento, aspectos facilitadores e dificultadores para o desenvolvimento do trabalho (recursos, infraestrutura, formas de gestão, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, articulação da rede socioassistencial/territorialização).

Meu primeiro contato com o CRAS, localizado na zona sul da cidade do Recife, foi em julho de 2016; liguei para a coordenadora do referido Centro e agendamos meu contato pessoal com a psicóloga que seria colaboradora da pesquisa. Este Centro funciona numa grande casa, localizada numa avenida principal, bem movimentada, com intenso fluxo de ônibus e carros, acredito que de fácil acesso para os usuários, já que este está como Centro de Referência para diversos bairros e comunidades da zona sul do Recife. Apesar de não ter tido oportunidade de transitar pelos diversos espaços do referido Centro, a casa aparentava ter boas instalações e manutenção.

Conforme combinado, cheguei de manhã e após me identificar na recepção, fui orientada a aguardar que a psicóloga me chamaria. Durante toda a minha permanência no local, meu contato foi unicamente com a recepcionista e, posteriormente, com a psicóloga colaboradora da pesquisa, que se denominou Gratidão. Sua faixa etária está entre 35 - 40 anos, e tem formação inicial na área clínica. Senti que havia uma tensão em relação a minha presença no recinto. Sentei ali mesmo no espaço de espera dos usuários que estavam em busca do serviço, me colocando na posição de expectadora de tudo o que me rodeava e acontecia naquele espaço. Percebi que haviam vários cartazes informativos com horário de funcionamento do CRAS e dias da semana de alguns serviços oferecidos. Visualizei diversos cartazes educativos, relacionados à prevenção do *aedes aegypti*, bolsa família, carteira de livre acesso, entre outros.

Após aproximadamente 30 minutos de espera, a psicóloga que chamaremos de Gratidão me convidou para sua sala de trabalho, sendo esta a sala comum de toda a equipe técnica do referido CRAS. A primeira pergunta da Gratidão foi quanto tempo duraria a nossa conversa, pois a mesma informou haver muitas pessoas para atender, já que aquele era dia de plantão psicológico na instituição.

Com isso, fiz uma breve explicação sobre a pesquisa, conversamos sobre os objetivos e motivação para a realização deste trabalho e então fiz o convite oficial para a colaboradora, a mesma aceitou e após a leitura e assinatura do TCLE iniciamos a entrevista a partir da pergunta norteadora “Como é a experiência de ser psicóloga neste CRAS”? Nesse primeiro momento percebi que a entrevistada estava um pouco tensa, com expressão corporal de alerta, razão porque lhe falei sobre o desconforto inicial que pode surgir num momento de entrevista, principalmente quando pensamos que estamos sendo avaliados, mas que do contrário disso, a entrevista, no nosso estudo, tem a finalidade de conhecer a experiência acerca do trabalho naquele serviço.

À medida que o diálogo foi acontecendo percebemos que a narrativa da participante Gratidão foi ganhando uma fluidez maior, apesar do caráter formal na postura e fala da psicóloga. Num dado momento, consideramos necessário convocar a psicóloga Gratidão a refletir sobre o quanto é natural e importante que haja dificuldades nos espaços e operacionalização dos trabalhos; iniciei tal reflexão por perceber que o discurso da Gratidão estava pautado no que deve ser feito e não no que realmente é feito, no plano do ideal e não do real. A partir de então, percebemos uma abertura maior da colaboradora, demonstrando ter ampliado sua percepção para incluir em sua narrativa o plano do que é vivido.

Outro aspecto que nos chamou atenção foi a preocupação e certa tensão da Gratidão em preservar a imagem da gestão atual dos CRAS, sempre fazendo referencia a mesma com muito cuidado nas palavras e exemplos. A entrevista aconteceu de forma tranquila, durou pouco mais de sessenta (60) minutos, a participante Gratidão se mostrou bastante inteirada e comprometida com o trabalho realizado. Minha percepção de que eu e ela estávamos um tanto tensas, perdurou durante toda conversa; da minha parte por ser minha primeira entrevista neste trabalho, além do ambiente pouco acolhedor com o qual me deparei, conforme relatado anteriormente. Quanto a Gratidão, penso que a situação de entrevista para trabalho acadêmico, pode ter sido um fator relevante para o possível aparente desconforto da mesma.

Seguindo para o próximo Centro de Referência, onde realizei a segunda entrevista, meu primeiro contato foi por telefone com a assistente social, coordenadora técnica responsável pelo referido Centro. A mesma foi muito acolhedora e disponível, de forma que agendamos a entrevista para aquela mesma semana. A entrevista aconteceu com um psicólogo, que se denominou Expectativa, de faixa etária entre 40 – 45 anos, com formação inicial na área clínica. Ao chegar à instituição, fui recebida pela recepcionista, que parecia já estar avisada sobre a minha chegada. Em seguida vieram a coordenadora e o psicólogo participante deste estudo, os dois bastante atenciosos e acolhedores. Conversamos



informalmente sobre o funcionamento, atividades e história do Centro, à medida que íamos caminhando numa espécie de tour pelos diversos espaços daquele CRAS, momento em que fui apresentada à equipe de profissionais que estavam presente no serviço. A partir da circulação no ambiente físico deste Centro, minha impressão é que, apesar de parecer sucateado e com salas subaproveitadas, por estar servindo de depósito para itens quebrados e materiais de trabalho, a equipe se preocupou em minimamente organizar e dividir o espaço tanto para o funcionamento dos diversos setores (bolsa família, carteira de livre acesso, equipe técnica, coordenação, copa), como para a realização de trabalhos em grupo. O lugar pareceu um pouco esquecido em relação à manutenção, contudo organizado de forma a atender o mínimo necessário para a realização das atividades.

Este CRAS localiza-se na zona oeste da Cidade do Recife, seu funcionamento acontece dentro de um conjunto habitacional. Chegando ao local nossa atenção foi capturada pela quantidade de apartamentos e possíveis moradores/famílias que provavelmente compartilham aquele residencial. Este Centro atende a área de abrangência que inclui os bairros do Cordeiro, Iputinga e Torrões. De acordo com Expectativa, as famílias que moram neste conjunto habitacional vieram de diversas comunidades e palafitas, inclusive de comunidades rivais, o que ocasiona diversas dificuldades, tanto no que diz respeito à convivência e relacionamento interpessoal, como também no que concerne ao gerenciamento e organização das novas demandas. A exemplo disto, Expectativa cita o fato de que essas pessoas nunca realizaram coleta de lixo, pagamento de energia elétrica, de água e de impostos, o que requer da equipe um trabalho voltado, antes de tudo, para a boa convivência entre os moradores do referido conjunto.

Outro ponto que nos chamou atenção na chegada ao local, é que dentro deste mesmo conjunto habitacional, antes de chegar ao CRAS, existe um CREAS que, para nossa surpresa, segundo o psicólogo Expectativa, o fato dos Centros funcionarem tão perto fisicamente, não caracteriza ações intersetoriais, de forma que alguns movimentos já foram feitos para estreitar o diálogo entre as duas equipes, entretanto sem sucesso. O participante Expectativa, demonstrou ser bem integrado à equipe do Centro, transitando com leveza e cordialidade nos diversos espaços e setores do serviço.

Durante toda minha permanência no espaço se mostrou bastante disponível e interessado em contribuir para a realização desse trabalho. Durante a entrevista se manteve comunicativo e empático de modo que me senti acolhida e bem-vinda naquele local. No percurso do nosso diálogo surgiram questões comuns à realidade do CRAS zona sul, assim

como aspectos singulares à realidade do psicólogo Expectativa e ao Centro zona oeste. Estas serão melhor compreendidas na etapa em que traremos as respectivas falas dos colaboradores.

Seguindo o fluxo da pesquisa, conforme anunciamos anteriormente, contactamos os gestores responsáveis pelas equipes dos NASFs Recife, para que pudessemos localizar os psicólogos colaboradores da pesquisa. Quando o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da PCR – SEGTES, o pesquisador solicitante recebe os nomes e contatos telefônico e eletrônico dos coordenadores do serviço referente à pesquisa. Com isso, agendamos uma reunião com os dois gestores responsáveis pelas equipes de psicólogos dos diversos Núcleos, o que aconteceu no espaço de convivência da PCR, no momento em que apresentei a pesquisa, o TCLE e aceite da Prefeitura. Os referidos responsáveis se mostraram bastante disponíveis e atenciosos. Pude perceber acentuado grau de empatia por parte dos mesmos, já que, segundo eles, também são pesquisadores de pós-graduação.

De acordo com os critérios necessários para as entrevistas, me indicaram três possíveis participantes, a partir da disponibilidade dos mesmos, dos quais dois foram convidados para colaborar com essa pesquisa. Através de conversas por telefone e whatsapp agendamos o encontro com os respectivos psicólogos do NASF.

A primeira participante, que se denominou Superação, é do sexo feminino, idade entre 35 e 40 anos, com experiência anterior em saúde mental e atua como psicóloga do Núcleo da Família há 06 anos. A participante faz parte do NASF desde a implantação na cidade do Recife e recorda que no início toda a equipe lidou com diversas dificuldades e desafios, pois tiveram que “trocar a roda com o carro andando” (sic). Com isto, algumas prerrogativas previstas na política não foram contempladas, como por exemplo a territorialização, que consiste no trabalho de mapeamento das potencialidades e demandas do local a ser trabalhado.

Nosso encontro aconteceu na Upinha da Zona Norte do Recife, por fazer parte dos Distritos Sanitários<sup>3</sup> III e VII, ao qual esta profissional é referência como psicóloga. A referida unidade de saúde foi recém-inaugurada na época da pesquisa e apesar de não ter circulado nos espaços internos, era notório que as instalações estavam bem conservadas, com moveis novos e paredes bem pintadas. No pouco tempo em que esperei pela chegada da colaboradora, percebi intensa movimentação de usuários do serviço e de diversos profissionais, como enfermeiras, farmacêuticos, médicos, serviços gerais, entre outros. Superação me recebeu numa pequena e reservada sala, informando que aquele era um espaço

---

<sup>3</sup> **Distrito Sanitário:** Compreende um conjunto bairros de um município com características epidemiológicas e sociais semelhantes.

comum a diversos profissionais e queixando-se, por diversas vezes, pelo fato de que as equipes do NASF não terem um lugar de atuação fixo dada a sua proposta de matriciamento; isto em sua percepção, acarreta uma falta de identificação perante a equipe extensa, no que diz respeito ao espaço físico para o desenvolvimento do trabalho.

Outro aspecto enfatizado por Superação é a supremacia do médico que ainda prevalece no dia a dia de trabalho das equipes de saúde. Como exemplo, a mesma relata um fato que segundo ela é bastante corriqueiro; em dia de plantão psicológico, ela precisa ficar buscando sala para, então, conseguir realizar os atendimentos, e, caso o médico vá atender, ela, de antemão, não poderá ocupar a sala. Questiona a proposta de trabalho interdisciplinar na perspectiva do atendimento compartilhado e coloca o constante deslocamento dos profissionais como sendo um dificultador; este deslocamento acontece de forma independente, já que, os profissionais que compõem a equipe do NASF, a cada semana, atuam em um lugar diferente, o que se justifica pelo trabalho de apoio matricial, sem contar que os deslocamentos também acontecem para as reuniões de equipe.

Durante toda a entrevista a psicóloga se mostrou disponível e interessada no nosso diálogo. Em diversos momentos, durante a nossa conversa, percebi que a mesma estava eufórica, principalmente quando relatava os aspectos limitantes do trabalho, a exemplo dos já citados anteriormente, além da queixa da remuneração insatisfatória e a falta de espaço e incentivo para a formação continuada. Superação afirma ser contratada terceirizada e por isso não faz parte do quadro de servidores efetivos (concursados); alega que esse fato tem desdobramentos em concessões e oportunidades diferentes para um grupo e para outro. Consideramos importante salientar que remuneração e formação continuada foram consideradas insatisfatórias na avaliação de todos os psicólogos participantes dessa pesquisa. Superação afirma que até hoje se sente muito perdida, face as diferentes demandas que chegam para um psicólogo no serviço do NASF, os quais não tem supervisão técnica. Para ela o que atenua esse desamparo é o fato da equipe conseguir trabalhar de forma interdisciplinar, com estudo e discussão dos casos clínicos.

Na minha percepção, apesar de todas as dificuldades levantadas pela participante Superação, senti a mesma identificada com o trabalho e empoderada acerca do seu lugar de psicóloga, com discurso bastante coerente, alinhado aos argumentos trazidos. A participante demonstrou muita energia para a realização do trabalho, com um grau de resiliência acentuado diante das adversidades colocadas por ela.

O participante Construção, também psicólogo no Núcleo da família há dois anos, atende à demanda do Distrito Sanitário VI e VIII, referente a bairros da zona sul da cidade do

Recife, o qual é referência para 9 (nove) equipes de saúde da família. O mesmo tem formação inicial em Psicologia Clínica, mas atua na assistência e na saúde há mais de 15 anos. Sua faixa etária está entre 40 e 45 anos, é mestre em Saúde Coletiva e especialista em Neuropsicologia. O colaborador ressalta, ainda, que sua vivência pessoal em comunidade agrega valor ao seu atual contexto de trabalho. Nosso encontro para a realização da pesquisa aconteceu na biblioteca da UFPE, dada a flexibilidade de espaços de trabalho para o profissional do NASF.

No primeiro momento da entrevista nosso diálogo estava pautado mais na descrição formal de suas atividades: enfatizou que o NASF é um campo fértil de aprendizado para o psicólogo em virtude da multiplicidade de demandas e da possibilidade de intervisões entre a equipe. Um aspecto que consideramos relevante na fala de Construção, é que em sua prática, observa que o profissional psi é o mais demandado de toda a equipe NASF, visto que a questão da saúde mental perpassa diversas queixas, doenças comorbidades e conflitos dos quais a equipe lida no dia a dia.

Com a continuidade da entrevista e minhas convocações para que o mesmo pudesse expressar sua experiência incorporada, percebi que Construção se abriu um pouco mais para compartilhar os aspectos do vivido (sentido) e, paulatinamente, largando as amarras que caracterizavam sua fala no âmbito da cognição. Dessa forma, foi trazendo alguns pontos que em sua avaliação, merecem atenção e melhoria. A exemplo, o entrevistado pontua que se sente desvalorizado como profissional e perante a equipe devido a grande disparidade dos salários entre médicos, enfermeiros, dentistas e psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas e fisioterapeutas. Refere também que a carga horária de trabalho é incompatível com a remuneração estabelecida. Em seu relato afirmou que em diversos momentos do trabalho exerce o papel de mediador de conflitos dentro da própria equipe de trabalho, favorecendo as relações interpessoais e a saúde do trabalhador. De acordo com o mesmo, este fato nem sempre é bem visto pela gestão, já que alegam não ser atividade prevista no trabalho dos Núcleos.

Acerca desta questão, o psicólogo afirma que sente falta de práticas e espaços que viabilizem e favoreçam a saúde do trabalhador, no intuito de cuidar de quem cuida. Construção reitera que a demanda física e, principalmente, emocional dispensada para o trabalho em saúde mental tem sido cada vez mais intensa, o que, segundo ele, se deve também ao fato de que, infelizmente, ainda, existe um hiato entre a política de saúde e o que realmente é possível na prática diária do trabalho. Ao término da entrevista, percebi o participante muito mais descontraído e disponível afetivamente para colaborar com a pesquisa; em razão disto,

me percebi também muito mais leve e inclinada diante do discurso e acolhimento do participante Construção.

A partir dos cenários desvelados, procuramos apresentar as narrativas dos colaboradores, as quais emergiram a partir da experiência na fala. Desta forma, buscamos interagir com alguns analisadores/compreensores (já definidos anteriormente na pág 62) que nos auxiliaram a capturar e compreender a complexidade do fenômeno investigado. Por questões didáticas, apresentaremos as falas dos entrevistados de acordo com os analisadores que co-emergem do diálogo com os participantes e com os teóricos que nos auxiliaram nas reflexões e contrapontos que traremos a seguir.

#### 4.1 Sobre formação e processo de engajamento:

A participante **Gratidão** afirma que...

*“Minha formação inicial foi em clínica e eu estou no CRAS há 8 anos, mas eu já estive em várias áreas, eu já fui da saúde mental, já estive né? CAPSAd, CAPS transtorno, eu já trabalhei em vários setores e esse é assim, a gente... o que eu vejo hoje é que os serviços se complementam e que a gente precisa estar de portas abertas pra se complementar, então assim a minha passagem por esses outros serviços, me tornou uma profissional aberta pra isso também, então quando chega aqui, eu não consigo barrar uma pessoa que chega pedindo um atendimento psicológico. Antes de esclarecê-la, às vezes a pessoa não entende, ela sai daqui entendendo ou pelo menos não sai com raiva porque não vai ter atendimento psicológico. Ela vai ter aquele atendimento, com um olhar diferenciado... eu faço muitas escutas, a minha profissão me permite fazer essas escutas”. A gente escuta muito dos usuários, você é psicóloga? Mas aqui é como se você fosse assistente social... não, eu não sou assistente social. Eu sou psicóloga de formação e de atuação, não tem o caráter terapêutico aqui, a gente não funciona dessa forma, a gente não faz um atendimento terapêutico aqui no CRAS como a gente faz num consultório, como a gente faz em outros cantos...(com entonação de chateação)*

O participante **Expectativa** revela que...

*“Eu não me imaginava trabalhando com a política de assistência em nenhum momento. E aí quando a gente passa num concurso independente se você... sabe a que veio, se não sabe, você tem que se preparar para... aconteceu o concurso, eu fiz e depois eu tive que me ver, me construir como psicólogo da assistência social...Eu terminei vindo pra assistência por conta da conjuntura começou a se abrir campo de atuação e aí eu tava formado há seis, sete anos e foi à primeira oportunidade que surgiu na época de atuar como psicólogo, não foi inicialmente uma coisa planejada, apesar de inicialmente eu ter muito interesse em Psicologia Social, mas eu não me via na área da Assistência Social, mas foi a questão da oportunidade....eu tenho dez anos de assistência, completei agora em junho. Inicialmente eu passei pela média complexidade. De 2010 até agora eu cheguei ao CRAS, então foi uma transição que a principio foi meio complicada porque quando eu cheguei no CRAS a gente não tinha a estrutura que temos hoje, então o CRAS não tinha uma chefia ainda, só existia a*

*equipe técnica. A equipe técnica se auto organizava, se auto geria e aí eu acho que inicialmente foi a questão de buscar o espaço... de buscar o local e construir junto com a equipe essa atuação...Então inicialmente entender e delimitar qual era meu espaço, qual era meu lugar e como seria minha atuação demandou alguns meses ou até acho... que o primeiro ano (pausa)a gente não é formado pra trabalhar com políticas públicas né? Então a minha trajetória na universidade, eu tentei alguns estágios. Porque eu sentia essa carência na academia, então eu tive oportunidade de fazer um estágio muito bom em hospitalar, no Oswaldo Cruz, foi muito interessante. Eu tive oportunidade... de fazer um estágio na assistência social quando era ainda LAR, legião assistencial do Recife, na época não tinha a política de assistência ainda...mas eu acho que mesmo eu tendo esse percurso, a academia ainda não consegue preparar o psicólogo, por exemplo, não existia na minha época nenhuma cadeira de políticas públicas no curso de Psicologia...”*

A participante **Superação** recorda que...

*“Quando a gente entrou aqui no NASF, a gente entrou assim... todo mundo muito verde né? Porque era uma proposta nova, eu entrei na primeira turma que foi em 2010, então assim, foi tudo muito uma construção...Mas como dizia nossa gestora na época, a gente tem que caminhar e trocar a roda do carro com ele andando, então assim... A gente não parou, a gente não fez territorialização sabe? Uma coisa que a equipe toda sente até hoje né? Aí como eu te falei a gente sofre muito por conta dessa questão. Mas aí a gente foi aprendendo... Então a gente teve que buscar leitura, né? Pra gente ver como é que é e aí tudo muito bonito na teoria, mas na prática a gente tem uma realidade totalmente diferente. A gente vê uma realidade muito complexa, uma realidade que é muito carente de profissionais de todas as especialidades e aí, o que a gente vai fazer né? Enfim, como eu já tinha uma experiência de trabalhar como psicóloga em CAPS, que é atenção especializada e trabalhar com a equipe também multidisciplinar, então isso contribuiu muito pra minha prática aqui. Mas aqui a realidade é totalmente diferente. A gente vê de um tudo, então chegam pessoas aqui com coisas que eu nunca ouvi falar, né? Então assim, são muitas coisas assim... eu fico muito perdida, né?... Mas como eu te falei a gente é um pouco generalista e eu fico muito perdida em muitas situações”*

O psicólogo **Construção** nos fala que...

*“Eu me formei em 2002, (pausa) e aí eu tenho uma longa trajetória com comunidade, tanto trajetória pessoal que eu tenho com grupo jovem, com associação de moradores, de projetos sociais e tal, então desde que eu me formei eu trabalho com pesquisa, trabalho com comunidade, a docência também e isso tem me ajudado muito, eu fiz uma especialização em terapia de família, casal...fiz também estágio em psicologia hospitalar que me dá uma visão da questão das comorbidades, em hospital psiquiátrico, depois eu fiz um mestrado em saúde coletiva e recentemente terminei uma especialização em avaliação neuropsicológica. Aí me dá um know how e uma segurança é... de saber onde eu estou então a minha articulação dentro da questão da clínica (reticente) Então eu não vim pra o NASF tão é...(risos) como é que se diz... não sei se imaturo ou sem essa vivência, eu vim com vivências outras, foi só ajustar. É uma experiência nova do ponto de vista institucional. A gente sabe que muitas faculdades formam psicólogos pra ser clínico, pra tá no seu consultório, cada um no seu quadrado, né? Então quando a gente vai pra psicologia social ou comunitária, dentro do foco da saúde a gente tanto vai ver casos clínicos, casos importantes de intervenção clínica, como também trabalhar com os princípios da saúde, da prevenção, da promoção. É um aprendizado diário. A gente não pode levar o que a gente aprendeu na faculdade diretamente*

*pro campo, porque é uma visão distorcida. Você tá acostumado a ver o individual, quando vai ver o coletivo tem que ver a dinâmica familiar.*

A partir do percurso apresentado, assim como através das narrativas dos referidos participantes, observamos que, com exceção de Construção, nenhum deles sentia-se preparados para o trabalho psicossocial. A entrada neste campo de atuação se deu a partir das oportunidades de trabalho, com a crescente demanda de profissionais especializados a partir da estruturação do SUS e SUAS, conforme aponta Spink (2006). É importante salientar que todos eles avaliam que sua formação inicial foi insuficiente para balizar o trabalho nas políticas públicas e que essa construção da “nova” identidade profissional foi possibilitada a partir de uma realidade incorporada. Contudo, a participante Superação declara que, mesmo após alguns anos na prática psicossocial, e ainda que exista a possibilidade do trabalho multidisciplinar, sente-se perdida ao se deparar com alguns casos mais complexos, dada à diversidade de situações que lidam no dia a dia, tendo em vista que o sofrimento psicossocial é atravessado por inúmeras dimensões que perpassam o humano. A partir das experiências relatadas, os entrevistados pontuam que o lugar da Psicologia e, conseqüentemente, do psicólogo é fruto de uma contínua e constante construção. Compreendemos que os profissionais que estão no NASF e CRAS, desde a implantação dos referidos serviços, como é o caso de Superação e Expectativa, construíram suas formas de trabalho empiricamente, já que: revelaram não ter tido uma formação acadêmica que favorecesse sua prática no âmbito psicossocial e ao chegarem ao serviço precisaram (re)descobrir suas formas de trabalho; já que nesses espaços também não encontraram suporte técnico para auxiliá-los em tais dificuldades, possivelmente porque se espera que o profissional chegue minimamente preparado para assumir o cargo ao qual foi contratado.

Acerca desse aspecto Francisco (2012), Ferreira Neto (2011), Dimenstain (2008) e Spink (2007), apontam para a necessidade de revisitar as grades curriculares dos cursos de graduação em Psicologia, no intuito de aproximar a academia tanto da realidade de mercado, quanto das demandas psicossociais, o que ratifica o desejo e a necessidade referida pelos entrevistados no que diz respeito à supervisão institucional. Outro aspecto relevante apontado por Gratidão, diz respeito à imagem social atribuída ao psicólogo, já que muitas vezes se espera que este profissional exerça suas atividades na proposta psicoterápica, do modelo de consultório, conforme discutido por Ferreira Neto (2011).

Outro compreensor de igual importância que emergiu da fala dos participantes, diz respeito aos desafios para o desenvolvimento do trabalho e para a consolidação da prática psicológica nos campos investigados na presente pesquisa. Assim, traremos alguns aspectos

relatados pelos participantes no que diz respeito à articulação da rede socioassistencial/territorialização, recursos, infraestrutura, formas de gestão, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, entre outros aspectos.

Um dos pontos de grande fragilidade apontado pelos psicólogos refere-se à rede de apoio que articula os diversos serviços, sendo o usuário o ponto de interseção dessa rede.

#### **4.2 – Fragilidade da rede socioassistencial :**

**Gratidão...** *“Tá todo mundo querendo psicólogo e tá em falta no serviço. O pessoal da saúde, a gente tá vivenciando um momento de superlotação ou falta de vaga mesmo no ambulatório de psicologia, então o pessoal manda pro CRAS, tem psicólogo no CRAS, manda pro CRAS, pessoas que são esclarecidas, mas no momento de grande necessidade manda e vai que cola...a gente responde, via relatório que esse não é o papel do psicólogo no CRAS, que a gente está aqui para fazer acompanhamento da família como um todo e não individual, mas que a gente vai contribuir nessa relação né? Vai contribuir nessa visão da família, a gente não faz... mas a gente pode fazer uma escuta da família aqui, posso escutar o pai, posso escutar a criança, mas isso não configura um atendimento terapêutico como num consultório, como um psicólogo lá na saúde”.*

De acordo com a literatura encontrada no estado de arte, e tal como indicado por Gratidão, há uma forte crítica ao fato de que, por muito tempo, os psicólogos foram considerados inadequados já que faziam clínica de consultório em espaços que carecem de atividades de cunho psicossocial, o que, segundo ela, é alimentado e/ou demandado pelos próprios profissionais, também sendo reforçado pela fragilidade na oferta deste serviço, conforme aponta Superação. Sua angústia é em decorrência da falta por parte da rede especializada, que de acordo com o que preconiza a política de saúde, não seria demanda para a atenção básica e sim para a Rede Especializada, por se tratar de atendimento ambulatorial.

**Superação:** *“Aí quando a gente vai acionar a atenção especializada, os ambulatórios, eles tã com a demanda reprimida, tá um gargalo, pra onde encaminhar? Vou fazer o que com essas pessoas, aí eu começo a sofrer, porque eu ver o sofrimento do outro e não poder fazer nada, assim, pessoas que estão gritando por socorro, né? E a gente esperar três, quatro anos pra poder conseguir um atendimento é desumano né?... Não espere que meu bda, né que é os registros que a gente faz, vai ter atividade em grupo, não vai. Não pense que vai ter atendimento esporádicos de pacientes, porque não vai, você vai ver os nomes dos mesmos pacientes toda semana, porque eu tô fazendo ambulatório aqui”*

**Construção:** *...”Tem muitos casos que a rede não comporta e você tem que estar semanalmente dando assistência até ele estar no serviço, senão ele descompensa. Tentativas de suicídio, é... outros casos crônicos, o paciente tá acamado e não tem como se deslocar, não tem como não dá assistência...”*



O psicólogo Expectativa traz outro aspecto que retrata a dificuldade do trabalho em rede, ligado à comunicação entre os serviços, o que possivelmente desencadeia uma fragmentação do cuidado. Esta observação nos remete ao pensamento complexo trazido por Edgar Morin (2011), o qual compreende que o conhecimento das partes depende do conhecimento do todo, da mesma forma que para conhecer bem o todo, é necessário conhecer as partes. Sendo assim, os serviços devem funcionar interconectados e não separadamente, como pequenas partes independentes. De acordo com o que encontramos em nosso campo de pesquisa, a necessidade de operacionalizar os processos na perspectiva da complexidade precisa ser fortalecida primeiramente desde os serviços que estão no mesmo nível de atenção e na mesma política, já que a deficiência existe desde aí conforme veremos a seguir:

**Construção...** *“A família acessa o CRAS e daqui a gente faz o encaminhamento. Mas daí por diante não há interface, por incrível que pareça. As equipes do CREAS não participam da reunião de rede junto com a gente. Eventualmente, por insistirmos ou convidarmos muito eles vão numa reunião ou outra de rede, mas não existem reuniões de equipes, não existem estudos de casos, porque, por exemplo, se uma família tá no CREAS e eles descobrem que essa família já foi acompanhada pelo CRAS, nada mais interessante do que sentar pra fazer um estudo de caso né? e a gente se inclui nisso também, não tô dizendo que a culpa é do CREAS, mas eu acho que a dinâmica entre as equipes existe uma... separação de fato. Daí é interessante, porque tem serviços que a gente construiu uma relação muito boa, tem serviços que a gente precisa fortalecer e tem serviços que a gente precisa criar até essa... essa ponte, esse link”.*

Um possível dificultador do trabalho em rede, levantado pelos psicólogos entrevistados, diz respeito a grande demanda de trabalho para poucos profissionais em cada equipe NASF e CRAS. A exemplo disto temos o relato de Gratidão e Construção respectivamente:

*... “Se a gente quiser fazer um atendimento de qualidade, a gente precisa de muitas pernas, de muitas coisas ainda, então a gente tenta limitar um pouco o número de pessoas...Hoje o idecras que é um índice que prevê de vinte a cem famílias acompanhadas por técnico. Cem é muito pra um técnico acompanhar, principalmente na realidade da gente que tem essa questão de estar disponível num plantão. A gente não está só focada para as famílias que vão ser acompanhadas, a gente tá nesse outro serviço então a gente precisa entender muito bem que o idecras é um documento que manda verba também, então o pessoal se liga muito nisso e faz as cobranças. A gente tem uma demanda que eu não dou conta. Então deixa quieta aquela demanda, a gente não vai atrás, porque exige outro tipo de serviço que a gente não tem né? Se quiséssemos colocar mais gente aqui dentro, a gente poderia. Porque tem o público né? Pessoas idosas, pessoas com deficiência, todas são público do CRAS né?”*  
(Gratidão)

*...”Acho que o NASF é uma proposta muito boa, precisa ser melhor estruturado, precisa diminuir o número de equipes... acho que dá conta de nove... antes eram doze. Mas eu acho que precisa diminuir o número de equipes referenciadas, acho que eles poderiam ser um*

*NASF por unidade ou... sei lá, cinco equipes pra que você possa humanamente trabalhar bem em determinadas coisas, fazer mais prevenção, diminuir a carga horária, né? Não é quarenta horas que diz o que você vai fazer... Eu não tenho ninguém pra me ajudar então eu vou estar com nove equipes???* (ênfase) *É pirar na batatinha, é ser muito en passant, nem que você chegasse de sete e saísse de meia noite. Você ia terminar descompensando, porque você tá lidando com sofrimento diário”*(Suspiro) (Construção)

A partir das falas apresentadas, percebemos que há um contingente estabelecido pela própria política de saúde e assistência, o qual torna o trabalho do psicólogo irreal nesses contextos. Os CRAS, objeto dessa pesquisa, são considerados de grande porte, o que de acordo com o MDS (2005) está referenciado para 5.000 (cinco) mil famílias. Já os NASF aqui representados, são do tipo 1, ou seja, realizam suas atividades vinculados a um mínimo de 8 (oito) equipes de saúde e a um máximo de 15 (quinze) equipes. Na prática, observamos que estes números são inviáveis e colocam os profissionais numa lógica de roda viva, que mal conseguem dar conta dos usuários que chegam ao serviço, além da visita domiciliar no caso dos profissionais do CRAS, já que precisam “monitorar” os beneficiários do programa Bolsa Família. Conforme indicado por Gratidão, existe uma demanda da qual elas não dão conta e que por isso “deixam quieto”. Então nos questionamos: Como fazer grupos, busca ativa, territorialização, num contexto tão desfavorável no que diz respeito à equipe para dar conta desses números?!

Outro compreensor relevante que surgiu durante as entrevistas, denuncia as limitações do trabalho no tocante à infraestrutura e recursos para o desempenho das atividades previstas.

#### **4.3– Infraestrutura e recursos:**

**Expectativa...** *”A questão da estrutura física mesmo como a gente tá num campo... quando a gente precisa estar muito nas instituições, porque o trabalho da gente é ora a gente tem que estar junto com o usuário na comunidade, ora a gente tem que estar fazendo interface com as instituições, com a rede, então a gente precisaria de mais mobilidade, isso aí esbarra na questão da limitação de carro, não é uma realidade só nossa, a saúde também se queixa muito disso, pra fazer um trabalho de rede bem feito, pra fazer um trabalho de acompanhamento bem feito a gente teria que ter mais mobilidade, então a gente esbarra nisso diariamente... Material de expediente é uma coisa que vez por outra falta, então complica, compromete um pouquinho o trabalho...aqui existe demanda para trabalho com adolescentes só que quando a gente propõe isso, organiza o projeto e tudo, sempre esbarra em que? Em falta de recurso pra executar, então a gente não pode fazer um grupo com adolescentes só... a gente já tentou, só a nível do diálogo, mas por experiência própria a gente começou a ver que trazer esse público pro CRAS a gente tem que ter algo que seja do interesse deles.... Essa questão de recursos materiais, transporte termina sendo um limitador pra atuação da gente”*

*Construção... "Outra coisa a questão da infraestrutura, não tem carro... porque a gente era pra tá num ponto físico e ter um carro que desse suporte pra tá levando a gente pra fazer as ações. tem um carro que é dividido por várias equipes, por distrito. Entendeu? Você poderia chegar e dizer assim, eu não tenho carro, eu não vou. Pra chegar até as ESF você vai por conta própria, ou a pé... porque assim, a nossa obrigação é chegar nas equipes, mas não tem um lugar fixo, era pra ir pro distrito e de lá ter um carro pra levar a gente. Aí tem equipe que diz, eu não vou não, porque não tem como me levar e eu fico aqui".*

A partir dos fragmentos apresentados, concordamos que muitas vezes o trabalho do psicólogo esbarra na questão dos recursos e infraestrutura para a realização das atividades previstas. Os profissionais lidam diariamente com dificuldades que limitam seus planejamentos, visto que muitas vezes não há disponibilidade do mínimo possível para a operacionalização do que é planejado e também esperado do psicólogo. Com isso, vemos que por um lado os psicólogos são cobrados e julgados por não exercerem práticas condizentes com o trabalho psicossocial e, por outro lado, estes profissionais não encontram contexto favorável ao desenvolvimento das mesmas. Percebemos, ainda, que este fato tem desdobramentos éticos para os profissionais que vivenciam esta realidade, já que a política de saúde e assistência preconiza atividades as quais não são dadas condições mínimas de trabalho para que as mesmas sejam operacionalizadas, gerando sofrimento e questionamentos por parte dos profissionais.

Este fato aponta para discussões que dizem respeito à valorização do profissional psi na saúde e assistência. Os entrevistados se percebem desvalorizados em suas funções, ainda que reconheçam sua importância nos contextos em que trabalham. A desvalorização profissional se expressa tanto na questão das faltas citadas acima, quanto na questão salarial. Conforme veremos nas falas a seguir.

#### **4.4 – Desvalorização profissional:**

*Construção... "A questão da desvalorização enquanto categoria. A gente vê que o NASF, a remuneração é muito baixa pra o que é pedido... um psicólogo como não foi aprovado às 30 horas, então ele dá 40 horas e o salário é infimamente inferior ao do médico, ao do dentista e do enfermeiro. Então hierarquicamente você vai ter um médico ganhando quase quinze mil reais, né? Entre doze a quinze, se não for mais, depois você vem o cirurgião dentista que vai ganhar entre 9 a 11, a enfermeira que vai ganhar de 8 a 10, com as gratificações, com as coisas e você vai pra gente que não chega a quatro mil. Então há uma disparidade muito grande. Enquanto você tem que estar lá sorrindo, lindo e maravilhoso e ganhando um salário que é quase o que um ACS ganha, então uma pessoa de vinte horas, um assistente social, um terapeuta ocupacional ele ganha quase o que um agente comunitário de saúde ganha. Muitas vezes tem gente que tá terminando doutorado, aí quando você vê, a questão da motivação, você olha pro seu salário, você ganha, dois mil e duzentos conto, cheio de relatório, cheio disso, cheio daquilo outro, aí um ou outro, não desmerecendo, ganha quinze mil, mas assim, se tivesse uma equiparação com um enfermeiro que tá ali... muitas vezes... a questão da*

*política de desvalorização da prefeitura mesmo, você termina um mestrado, uma especialização e depois de não sei quantos anos você vai dar entrada pra ter cinco por cento ou é três por cento no salário, então você tem que se virar nos trinta”.*

**Expectativa...** *“Há muitas dificuldades pra trabalhar na assistência, eu acho que todo mundo deve ter falado isso, a começar pela valorização, pela remuneração”*

**Superação...** *“Às vezes eu tô desmotivada, aí vem a assistente social que a gente trabalha muito em parceria, vem ela e diz, “ânimo” vamos simhora, porque é assim!!! É assim mermo, eu sei que é assim, mas tem um momento que a gente quer jogar pra cima, entende, porque a gente precisa de no mínimo reconhecimento pelo que a gente faz, aí os meninos dizem que o reconhecimento tem que partir da gente, mas a gente quer ser reconhecida pelo nosso trabalho, pelo que a gente faz né? E aí eu vou te dizer, é desgastante nesse sentido...A gente não tem o reconhecimento que eu gostaria... assim que eu gostaria de ter, por exemplo, hoje eu não posso fazer um mestrado, porque eu não sou concursada, eu sou terceirizada há seis anos, né, por tempo indeterminado, não tem assim um tempo de quanto eu vou trabalhar e eles não investem na gente. Nesse sentido... eu faço cursos, como a gente fez curso de saúde mental, curso de aperfeiçoamento do NASF, esses cursos de cento e vinte horas, mas o mestrado eu não sou liberada pra fazer, e isso me deixa muito estressada”*

Podemos perceber a partir da reflexão de Superação que a questão da valorização profissional passa, também, pelo fomento e incentivo à formação continuada, de forma que os profissionais não encontram situações que facilitem e favoreçam a busca pelo aprimoramento; segundo a referida participante, quando levam sugestões de cursos e formações, esbarram em questões burocráticas que não são ponderadas de acordo com a necessidade e contexto do trabalho psicológico nas políticas públicas, embora tal problemática já venha sendo anunciada e estudada há alguns anos, por teóricos que se propõem pesquisar acerca da prática psicológica nesses espaços, conforme aponta Ferreira Neto (2011). Ao que nos parece isto se repete no que diz respeito à troca de conhecimento em espaços que possibilitem tanto o trabalho interdisciplinar, quanto um espaço para supervisão institucional, tema esse trazido com bastante ênfase pelos colaboradores dessa pesquisa. A exemplo disto temos as seguintes reflexões:

**Gratidão...** *“A gente já teve assim... que às vezes a gente pede pra voltar, chamava o observatório onde a gente discutia casos, discutia textos, um momento só para os técnicos, sem os chefes, que a gente queria só os técnicos e a gente discute pra ver se volta. Mas no momento não tem não... mas tem... tudo que é repassado aqui às chefes têm uma reunião semanal entre elas e com as coordenadoras delas, a chefe dos CRAS. As chefes de todos os CRAS se reúnem sem a gente... o observatório se perdeu porque ele virou meio que um lugar pra lavar a roupa suja. Que não era o objetivo, o objetivo que a gente queria era um espaço quinzenal ou mensal para os técnicos, então hoje tem a discussão que a política tá começando a prever uma supervisão, assim como tem nos CAPS, supervisão para os técnicos dos CRAS então assim, isso é interessante também. Não tá implantado ainda, mas tá em discussão, porque aí essa supervisão faria esse trabalho né? Porque quando fica só da nossa*

*parte técnico a gente já fica tão cansado do dia a dia que a gente quer um momento diferente, a gente quer um momento né? Pra dialogar com os serviços mas sendo feito diferente, às vezes a gente não dá conta. A gente teve isso no início... logo que a gente foi chamado, mas perdeu... acabou perdendo o foco, um lugar meio pra desabafo”...*

Nesta questão da formação continuada, ficou claro o desejo e a necessidade que os técnicos sentem, também de um espaço para troca entre si, assim como uma super/intervisão, já que a política preconiza o trabalho não só multi, mas interdisciplinar. Contudo a organização dos processos de trabalho parece não contemplar espaços de acolhimento e troca entre os profissionais dos serviços aqui em questão. Os profissionais relatam que muitas vezes sentem-se perdidos frente às inúmeras demandas que se apresentam em seu dia a dia de trabalho. Assim, trazemos a fala da psicóloga representante do NASF.

**Superação...**” *A gente teve a princípio uma capacitação de uma semana, que pra mim foi uma capacitação... assim, foi bom porque a gente pode se conhecer e tal, mas sem consistência E aí assim, eu me sinto perdida da seguinte forma, porque desde que eu entrei no NASF que eu brigo pra gente ter supervisão, a gente não tem supervisão, e aí eu fico me questionando porque o CAPS tem supervisão e nós do NASF não temos?*

Essa questão nos parece ainda mais delicada no âmbito do NASF, já que o mesmo tem a proposta de matriciamento, ou seja, esse psicólogo orienta as equipes de saúde quanto as questões relativas à saúde emocional demandadas pelos usuários do serviço. Com isto, espera-se que esses psicólogos trabalhem construindo projetos terapêuticos que amenizem o sofrimento e empodere os usuários que utilizam o serviço. Dessa forma consideramos bem contextualizada a necessidade de um espaço para que os psicólogos possam trocar saberes e serem acolhidos em suas dificuldades e limitações técnicas e conceituais. De acordo com os participantes, essas e outras demandas ficam a mercê da gestão que está à frente do serviço que, segundo seus interesses, direcionam as atividades que serão ou não priorizadas. Na opinião dos mesmos, esta situação traz mudanças muitas vezes indesejadas, já que em alguns momentos sentem que avançaram em algumas questões e ao mudar de gestão ficam na expectativa do que será ou não mantido e valorizado, a partir do que se quer dar visibilidade, isto aparece nas falas dos participantes da seguinte forma:

#### 4.5 Gestão e jogos políticos:

**Gratidão...** *”Ano de eleição é sempre um ano diferente...quando muda a gestão, muda os interesses, assim... uns serviços ficam mais sucateados, a nossa política de assistência social é muito manipulada politicamente nessas épocas, né? Então é muito usada no toma lá, dá cá. Tempos de eleição a gente sempre sofre um pouquinho (risos) é porque cada gestão depende dos interesses deles né? Se o interesse maior vai ser o CAD.ÚNICO, se o interesse dele vai ser o acompanhamento familiar, depende do que aquela gestão entender por prioridade. Então a gente vai trabalhar agora assim, a gente tenta sempre que esteja dentro da política, que seja algo legal, mas ele que vai dar o foco, o gestor do momento é que dá o foco. Agora mesmo a gente tá numa gestão que prioriza muito a questão de números, então por isso que ele tá fazendo esse trabalho na secretaria de planejamento, porque ele quer números, mas aí a gente mostra os números, que é importante também pra mostrar o trabalho da gente, mas um número que seja dentro... que tenha qualidade. Ele trabalha muito com metas, essas coisas. Enfim, muda muito de acordo com o foco que o governo vai dar, é uma coisa que a gente tenta se adaptar dentro da legislação, do que prevê a política.*

**Superação...** *” nessa gestão a gente não tem voz, as coisas já vem prontas de cima pra baixo, já chega pra gente pronto, sem construirmos juntos... Só pra você ter ideia a gestão já está há quatro anos e as pessoas da gestão não conhecem o NASF deste distrito, como a gente pode funcionar desse jeito??? (indignação)...porque esse ano eleitoral, pra mim é um ano mais... que o termo é meio pejorativo, mas é nojento. Você faz tudo, você refaz, você modela, você maqueia... uma vez a gente teve uma reunião com a gestora daqui do distrito sobre determinada unidade de saúde e aí, eu peguei e usei esse termo, vai usar outra maquiagem? Ela falou pra mim, não é maquiagem, eu falei: e é o que então? Porque vocês não vão reformar, vocês vão pintar, vão trocar porta, trocar fechadura, mas a unidade é estrutural, quando eu falo estrutural não é só a unidade não. A gente envolve pessoas ali dentro... aí as pessoas se questionam e eu me questiono também, porque essa unidade é climatizada e a outra não é? Porque as outras pessoas tem que ficar no calor, tem que trabalhar de oito às cinco, porque a gente não tem mais consultórios, porque não tem um lugar pra fazer grupo, e essa unidade tem tudo? Porque essa diferença? Não tem resposta. Tem. A gestão, porque a gestão tá construindo isso, entende?! porque ela quer dar visibilidade a isso!!!*

Durante as entrevistas, percebemos um acentuado nível de angústia e sofrimento no que diz respeito a estes jogos políticos que inevitavelmente atravessam o trabalho do psicólogo que atuam nestes espaços. Contudo, os colaboradores dessa pesquisa demonstraram que apesar de terem que lidar com inúmeras adversidades, buscam estratégias de sobrevivência, a partir de movimentos moleculares que promovem rupturas com o instituído, movimentos disruptores, ou seja que configurem linhas flexíveis de fuga daquilo que está cristalizado. Dessa forma, cabe retomarmos Francisco (2000) quando alerta-nos que o molar, as linhas duras, que caracterizam o instituído e o molecular, que compreende as linhas flexíveis e as ações instituintes, coexistem. Ou seja, não existe uma ou outra. Trata-se, então, de uma metaestabilidade definida como “este contínuo processo de fazer e desfazer conexões,

pela produção de formas e o desmanchamento delas.” (FRANCISCO, 2000, p.56). A partir disto traremos as seguintes narrativas.

**Superação...** *“E aí essa gestão não investe muito no trabalho na saúde né? Eu quando... a gente tem uma situação muito caótica, eu atendo em três unidades de saúde, que é no Morro da Conceição, lá em cima e no Alto José Bonifácio é a unidade mais fragilizada que existe, que eu dou suporte e a gente já pautou diversas vezes pra gestão, é de um tudo, desde a porta de entrada, a unidade, a estrutura física até os trabalhadores, então lá eles não são escutados, eles não são vistos, a comunidade é uma comunidade que se forma muito pra unidade de saúde, né? Lá a gente tem um líder comunitário e tem vereador que é de outro partido, então assim, o que ele faz ele joga contra a comunidade, contra a unidade de saúde, então assim, é muito complicado, são profissionais muito sofridos, eu atendi diversos, como pude, porque a gente não tem o que fazer, eles estão em sofrimento, são da comunidade, porque sofrem revelias, porque ele não consegue desenvolver o trabalho dele, porque a gestão inviabiliza, então assim, é muito difícil. Então eu pontuei várias vezes pra gestão isso e não foi levado em consideração nada”.*

A compreensão de Superação acerca do fenômeno descrito nos remete a um desalento em relação ao abandono da gestão no que diz respeito aos jogos políticos dos líderes comunitários e que isto acarreta na desistência do trabalho por parte de alguns profissionais. Denotam se sentir impotentes diante das situações. Em contrapartida, os movimentos criativos também são construídos como forma de (re)existir nos contextos de sofrimento, conforme veremos a seguir.

**Superação...** *“Eu tenho coisas que faço, que eu sei que não deve, mas a questão do ser humano fala mais alto. Porque a gente atende pessoas da área inscrita, eu não posso atender outras pessoas que não sejam dessa área, mas se uma pessoa bate aqui na minha porta pedindo ajuda, eu vou tentar ajudar, independente de onde ela for. Também como eu não ganho produtividade aqui, meu salário é fixo, era pra registrar e eu não registro, eu penso assim, não é pra ser assim, tá? Eu digo que eu não gosto muito de fazer as coisas que não são construídas junto comigo. Eu tenho uma dificuldade incrível com essa coisa de faça! Me diga porque eu tenho que fazer, então trabalhe comigo, me explique que é diferente”*

**Expectativa...** *“Uma coisa que eu tenho me preocupado, minha militância hoje em dia é com a questão da formação. Então como eu te falei no começo... a contribuição que eu posso dar no momento, já que eu não estou na academia é receber alunos que estão em estágio e oferecer pra eles uma visão... uma vivência do campo, estimulando eles pra que busquem, pra que não aconteça o que aconteceu comigo, que vim e descobri depois que entrei. Pra que eles possam saber o que é uma política, que é importante, que é um campo de atuação do psicólogo, que é necessário, né? Enquanto eles estão na academia, então assim meu compromisso tá sendo com a militância, de receber esses alunos. Então todo semestre eu tô recebendo.*

**Gratidão...** *hoje eu faço um relatório... posso fazer um relatório respondendo a um juiz que eu não vou fazer um atendimento psicológico do jeito que ele quer, mas nos interiores de Pernambuco as coisas ainda não funcionam assim. A gente tem muitos psicólogos respondendo a processo porque se recusam, desacatam a ordem do juiz né? Então assim, hoje as promotorias chamam a gente pra conversar, os juízes é um diálogo que a gente tem*

*mais facilmente aqui, foi uma construção muito grande, mas a gente tem, a gente não recebe mais aqueles cumpra-se que a gente recebia no início. A gente recebia, quando entrei aqui era o cumpra-se, faça isso, ele não queria saber se a gente era assistente social, se a gente era psicóloga, se a gente... não queria saber, queria que a gente desse conta do que ele pedia. Mas nos outros municípios a gente ainda tem enfrentado muita fragilidade, esses encontros com o conselho têm mostrado pra gente que as pessoas estão se fortalecendo e o conselho, ele teve que se fortalecer e se preparar pra acolher as nossas demandas.*

**Superação...** *Mas assim, a gente não tem voz, nessa gestão a gente não tem voz. Na gestão anterior a gente tinha, porque eu conheço várias pessoas que trabalham junto comigo e fizeram mestrado na época que era outra gestão, que tinha outro olhar sobre o trabalhador, eles investiam, eles tinham um cuidado, aqui não tem. Aqui e, eu não sei se você é da gestão, mas assim eu fico muito reticente com a forma como o trabalhador é visto na saúde, eu falo na saúde porque é o que eu trabalho. E aí essa gestão não investe muito no trabalho na saúde né?...Aí já tiveram pessoas que pediram remoção, mas eles estão fazendo outra coisa que não é o trabalho deles, né? Porque não conseguem mais fazer o corpo a corpo, as visitas, enfermeiros adoecidos, médicos adoecidos, a gente não consegue fazer um trabalho lá de equipe... O médico não vai, o medico tá doente, se afastou, aí entra outro médico, aí a enfermeira tá doente, teve um câncer e aí entra uma médica que não sabe o que é trabalhar em equipe, é muito ela, entende, assim... a gente leva isso pra gestão, pra tentar um diálogo e a gente não tá conseguindo, pra gente desenvolver mais as coisas, pra fazer um trabalho bom, a gente não tem apoio da gestão.*

Percebemos que os participantes Superação e Expectativa narram suas dificuldades em lidar com o instituído e ao mesmo tempo trazem a forma como manejam isto, demarcando atitudes instituintes. O que nos chama atenção é o fato de que estes dois colaboradores, durante toda a entrevista se apresentaram de forma muito empática e disponível, conforme apontamos anteriormente. Com isto, expõem de forma aberta e até lúdica sobre os aspectos que caracterizam as linhas de segmentaridade flexíveis. Apontam ainda que mesmo suas atitudes não sendo esperadas ou bem vistas, o fazem primeiramente por uma questão de ética pessoal e com isto imprimem novos sentidos ao trabalho realizado.

No que se refere ao trabalho multidisciplinar, considerando as equipes em si, os psicólogos entrevistados afirmam que tem conseguido manter uma boa troca com seus pares de trabalho, a despeito da insuficiência das ações em rede, já apresentadas anteriormente. Gratidão e Superação narram:



#### 4.6 Sobre o trabalho multi/interdisciplinar:

**Gratidão...** *“a gente trabalha de forma multidisciplinar... interdisciplinar, então o meu olhar de psicóloga vai contribuir com os outros profissionais pro caso que a gente tá atendendo. Todos os casos que a gente atende aqui no CRAS que a gente identifica que tem perfil ou que esteja em dúvida que tenha ou não perfil pra acompanhamento a gente leva pra discussão na reunião técnica. Então toda semana a gente leva os casos que a gente atende para a reunião e junto com os outros profissionais a gente... agora a gente tem também uma pedagoga na equipe, então a gente discute com a equipe... o projeto pra essa família. Eu me vejo, eu tento contribuir com o olhar da psicologia.”*

**Superação...** *“Eu tenho uma equipe muito disponível, então a gente trabalha muito junto, muito no coletivo, sabe? A gente trabalha de uma forma interdisciplinar, embora a equipe seja multi, mas trabalha realmente discutindo casos, né?... a gente tem aqui uma equipe muito boa, não só da minha equipe NASF, quanto da equipe da atenção básica, a equipe de saúde da família né? E a gente discute muito alguns casos e tá sendo muito rico nesse sentido”*

O encontro com as narrativas dos psicólogos colaboradores dessa pesquisa nos possibilitou importantes considerações no que diz respeito ao trabalho e principalmente ao preparo do profissional psi nestes contextos. Visto que no levantamento bibliográfico realizado para compor este trabalho, nos deparamos com diversos autores que discutem a questão das práticas psicológicas, enfatizando principalmente a formação deficitária de grande parte dos psicólogos que atuam nas políticas públicas. Entretanto a partir do meu encontro in loco com a realidade dos profissionais entrevistados, pude compreender de forma mais ampla as questões que perpassam as práticas psicológicas nestes espaços. Por um lado, a formação é insuficiente e não prepara para o trabalho nesses diversos campos de atuação, por outro lado as condições de trabalho as quais os profissionais estão submetidos, não favorecem uma prática psicológica que contemple o que preconiza a política e o que se espera do profissional psi nestes campos.

Considero que a opção por entrevistar psicólogos que estão no CRAS e no NASF foi de grande valia e aprendizado, já que nos possibilitou perceber que as realidades são deveras em comum, tanto quando nos referimos à Assistência Social, quanto quando nos referimos à Saúde. Fato que me faz recordar a fala do participante Construção, quando afirma que, “é uma política no papel muito bonita, mas na efetividade deixa muito a desejar”.

Com isto, fico com o sentimento de que precisamos denunciar não só o que falta à Psicologia, mas o que falta para a Psicologia.

#### 4.6 – Sobre sofrimento psíquico:

***Superação...** Aí vem transtorno de ansiedade, qual o parâmetro pra você ver o que é uma pessoa ansiosa, ou síndrome do pânico ou realmente um transtorno de ansiedade generalizado?... Por exemplo, agora tá tendo muito caso, eu não sei o que foi que houve, não sei se é o mês de setembro, que é um mês do suicídio né? As pessoas acordarem para isso e falar um pouco mais nisso, mas esse mês de setembro foram seis ou sete pessoas né? Que tentaram suicídio, que estão planejando suicídio, que alguém muito próximo que faleceu que tão vindo pra mim... E aí eu brigo muito nessa questão, onde tá a linha do cuidado? A gente vê hoje, se você for ver a raps, que é a atenção a pessoas com sofrimento psíquico, é muito lindo, vamos trabalhar em rede, de uma forma longitudinal, né? Quando eu encaminhar eu já saber pra onde a pessoa vai, onde ela vai ser recebida, a realidade não é essa... Mas tem momento que quando a gente vai encaminhar a pessoa devolve pra cá e não tem o mínimo cuidado com aquele outro e isso me angustia muito sabe? Isso eu fico pra... porque assim, a gente tem que lidar com pessoas, então uma pessoa, ela é feita de muitas coisas que não é só físico, né? E a gente sabe que a mente é o que rege né?*

***Gratidão...** Desemprego aumentou, o número de pessoas se cadastrando no Cadúnico, que é o cadastro do bolsa família, aí o que acontece, a gente não tem muito fortalecido... às vezes como eu te disse essa rede de saúde mental, entendesse? Então as pessoas entram no sofrimento e elas não conseguem por si só sair também. Então é preciso fazer um trabalho aí... porque eu vejo assim, a pobreza ela adocece também. Não é só você ofertar... Hoje, está suspenso o serviço eventual de cesta básica. Então você imagina a pessoa vir aqui solicitar essa ajuda, pra aquele momento e a pessoa não ter. Então assim a gente tem casos de pessoas... as pessoas acabam adoecendo, a família e tal, desemprego, gera um adoecimento que às vezes a gente não tem uma rede suficiente pra dar conta dessa.. tá entendendo? Então assim a gente não tem muito apoio. A gente corre muito atrás dessa rede por isso, pra que ela funcione, e se ajudar minimamente... eu acho que uma dificuldade é isso, quando os serviços... a gente mesmo no geral, os serviços públicos não funcionam muito bem, e efetivamente a gente não consegue dar uma resposta mais rápida pra aquela família, pra que não chegue num sofrimento tão grande. Então a gente tenta, famílias que não estão... entregando, dando seus filhos porque não têm condições de criar, famílias já entraram num adoecimento psicológico mesmo que não têm condições de criar os seus filhos. Então assim, essa situação da pobreza gera um adoecimento e às vezes esse adoecimento quando você tem uma rede pronta pra dar um apoio é bom, mas quando você não tá, o adoecimento gera... vai crescendo, vai piorando, vai se agravando e aí, pode chegar num momento né? Pessoas que às vezes entram num surto mesmo, por não dar conta, por não suportar essa situação e aí infelizmente aí já passa pra outra esfera né? Infelizmente a gente queria dar um suporte, a gente acaba tendo que solicitar um serviço de alta complexidade.*

A partir deste analisador percebemos que o sofrimento psíquico imbricado ao contexto psicossocial, passa por diferentes percepções relacionadas ao campo de atuação dos profissionais, como podemos observar tanto na fala de Superação (psicóloga do NASF), quanto de gratidão. Enquanto a primeira que tem como campo de atuação o NASF traz as demandas de sofrimento predominantemente relacionadas à saúde mental, a segunda, cuja

atuação se realiza no cras, aponta preocupações predominantemente de cunho psicossociais. Entretanto, percebemos que na narrativa de superação os aspectos intrapsíquicos e/ou subjetivos do sujeito prevalecem, sem, contudo se questionar por qual motivo a demanda do suicídio aumentou naquela população, naquele período?! Ou seja, quais os possíveis fatores biopsicossociais poderiam estar favorecendo o crescimento dessa temática naquele território. A partir desta observação concordamos com Ferreira Neto (2011), quando nos chama atenção para a forte e velha tradição que a psicologia ainda carrega no que diz respeito ao modelo médico, de olhar o sujeito de forma individual e com a crença de que o modelo da clínica tradicional de consultório dará conta de questões mais amplas que requisitam um olhar multidisciplinar.

No que diz respeito à fala de Gratidão (psicóloga do CRAS), observamos que sua percepção de sofrimento psíquico está atrelada a questões muito mais concretas, de cunho materiais, ou seja, ligadas a sobrevivência. Aqui, falamos de um sofrimento psicossocial. De acordo com os profissionais entrevistados, ainda que a proposta da proteção básica seja de prevenção a não violação de direitos, na prática os usuários que chegam aos Centros de Referência, em sua maioria, já se encontram em situação de vulnerabilidade social. É importante salientar que o público da Assistência Social, aqui se tratando do CRAS, tem como foco a garantia dos direitos sociais e por isso a demanda pelo benefício da bolsa família, aluguel social, BPC, entre outros. Contudo, há que se considerar os demais e diversos aspectos que perpassam e acompanham essa dinâmica da falta de recursos materiais e subjetivos para dar seguimento à vida. Percebemos que na narrativa de Gratidão, há uma intensa preocupação em garantir para o usuário além dos benefícios sociais, um projeto, um plano de acompanhamento/encaminhamento que pudesse minimamente dar conta do que traz o usuário no primeiro momento ao serviço do CRAS. Em sua fala, a psicóloga enfatiza e legitima vários outros atores sociais que compõem o cenário da garantia de direitos, como, por exemplo, o conselho tutelar, os programas de saúde, a defesa civil.

A partir da fala de Superação e Gratidão, observamos que a despeito da compreensão de sofrimento psíquico empreendida pelos profissionais, há uma conjuntura desfavorável no que diz respeito ao engessamento destes, quanto a realização de suas atividades e quanto aos recursos para lidar com as demandas que lhes chegam no campo. Esta realidade produz uma mescla do sofrimento dos usuários com o dos profissionais gerando intensa apatia diante do caos com o que lidam no dia a dia. Importa ainda ressaltar a dificuldade do trabalho em rede

gerado tanto pela falência das políticas públicas como pela falta de um trabalho efetivamente multidisciplinar.

## 5 PARA FINALIZAR...ALGUMAS CONSIDERAÇÕES:

“Um homem se humilha  
Se castram seu sonho  
Seu sonho é sua vida  
E vida é trabalho

E sem o seu trabalho  
O homem não tem honra  
E sem a sua honra  
Se morre, se mata.”

(Guerreiro Menino. Gonzaguinha, 1983)

O interesse em realizar essa pesquisa surge, principalmente, a partir dos meus questionamentos acerca da prática psicológica no campo das políticas públicas, em especial nos contextos do CRAS e do NASF. Dessa forma, apresentamos as possibilidades compreensivas que construímos ao longo da elaboração dessa dissertação e, sobretudo, no contato com as narrativas dos psicólogos entrevistados.

Esse trabalho pode ser considerado como tendo dois momentos: o primeiro diz respeito ao percurso histórico da psicologia e como esta se delinea nos âmbitos da saúde e assistência. O segundo momento, surge a partir do encontro com o campo-tema e as narrativas dos profissionais.

O objetivo geral deste estudo foi compreender as implicações políticas e sociais da prática de psicólogos que atuam na atenção/proteção básica de saúde e assistência social. Meu interesse era de investigar como as práticas psicológicas no CRAS e no NASF contemplam os aspectos políticos e sociais implicados no sofrimento psíquico, considerando a complexidade destes campos. Questionei-me acerca das práticas utilizadas pelos psicólogos frente aos sofrimentos apresentados e, sobre qual a compreensão que os psicólogos têm de sofrimento psíquico.

A experiência do encontro com as narrativas dos psicólogos participantes dessa pesquisa, em diálogo com a minha compreensão e com os autores colaboradores deste estudo, tornou possível a discussão e aprofundamento destas questões, assim como me revelou novos aspectos a serem questionados e considerados. Dessa forma, é importante destacar que as compreensões aqui apontadas transitam entre a mesmice e a novidade, ou seja “as mesmas” dificuldades profissionais já levantadas pelos estudos de 2008, 2009, 2010... E as tentativas de “novos” movimentos da Psicologia e dos psicólogos.

Já nos primeiros apontamentos teóricos desse estudo, percebemos que o novo, preconizado nas políticas de saúde e assistência, a partir da criação do SUS e SUAS, carregam

um legado histórico ancorados no assistencialismo, conservador e autoritário, os quais se desdobram nas relações sociais, profissionais e institucionais desses campos.

Tais questões puderam ser percebidas a partir do estado de arte construído nessa pesquisa. Vimos que desde os estudos apresentados em 2010, os profissionais psi revelam dificuldades e limites que ainda se fizeram presentes nas realidades encontradas/relatadas em 2016, ano em que houve o encontro com os campos de pesquisa e realização das entrevistas. Os relatos tanto dos profissionais entrevistados, tanto da saúde como da assistência, nos levam a pensar que estes ainda lidam, diariamente, com a falta de estrutura e de recursos necessários para desenvolver e oferecer um trabalho psicossocial que favoreça a perspectiva ética, estética e política.

Neste sentido, a dimensão ética está alinhada ao potencial que surge a partir das práticas realizadas nesses campos e que se desdobram nas escolhas e vivências dos profissionais e usuários, enquanto a dimensão estética é marcada pela permanente possibilidade de criação, ou seja, as novas formas de subjetivação tanto dos profissionais como dos usuários. Já a dimensão política se traduz na forma como os profissionais se organizam e se posicionam para construir possibilidades de viver e existir.

Dessa forma, observamos que a prática psicológica no âmbito das políticas públicas vem se delineando e consolidando ao longo de uma trajetória marcada por denúncias em relação à insuficiência da formação do psicólogo para atuar nesses campos, assim como as fortes críticas aos profissionais que insistem em fazer clínica de consultório em espaços que demandam atividades multidisciplinares e intersetoriais. Entretanto, esta temática ganha acentuada visibilidade à medida que se deixa de olhar a contrapartida cabível aos novos espaços de trabalho dos psicólogos.

Como ponto de convergência os psicólogos participantes reconhecem a deficiência da formação para atuação nesses espaços. Já as divergências, dizem respeito às estratégias e referenciais que cada profissional assume diante dos impasses e dificuldades. Em contrapartida, referiram uma abertura e, em alguns casos buscas, contínuas para melhoria de seus processos de trabalho, além de uma ampla percepção da contribuição da Psicologia no CRAS e no NASF, favorecendo avanços nas concepções de sujeito, família, adoecimento e saúde mental, assim como o desenvolvimento de novas habilidades enquanto profissional nesses campos. Contudo, estes profissionais esbarram em inúmeros problemas políticos e institucionais que inviabilizam o bom desenvolvimento do trabalho, fato que se desdobra em um grande hiato entre o planejamento e a operacionalização das ações. Dessa forma,

percebemos que a simples inserção do psicólogo nas equipes de saúde e assistência não garante que as ações previstas na política de saúde e assistência aconteçam.

É notório o crescente movimento em que o modelo de clínica individual vem dando espaço para os trabalhos em equipe e a necessidade de ações transversais no que diz respeito à intersectorialidade. Contudo, ficou claro diante das narrativas apresentadas, que para além da formação (o que não é menos importante e necessária) é preciso fortalecer a comunicação entre os serviços para que a tão falada e desejada intersectorialidade aconteça. Apesar dos diversos avanços e expansão do CRAS e NASF, os psicólogos lidam com a precarização das condições e relações de trabalho, no que se refere à falta de recursos mínimos para a concretização das ações. Tem que fazer trabalho em grupo, mas falta sala! Tem que fazer oficina, mas falta material! Tem que fazer visita domiciliar, mas falta carro! Tem que fazer busca ativa, mas falta equipe! Esta foi a realidade encontrada no campo, além do sentimento de vulnerabilidade por parte dos profissionais a cada mudança de gestão. De acordo com os psicólogos entrevistados, as estratégias de trabalho são impostas aos profissionais de acordo com o que a gestão julga importante, ao que se quer dar visibilidade.

No período da nossa pesquisa nos deparamos com os psicólogos que atuam no CRAS bastante envolvidos com atividades de cunho burocrático, já que estes acompanham as famílias que se encontram em descumprimento dos requisitos necessários para o recebimento do Bolsa Família. Ou seja, a informação chega do MDS para o CRAS e o mesmo faz a busca ativa dessas famílias que são beneficiárias, mas estão em falta com algum dos pontos necessários para o repasse do benefício. Tal atividade é exercida com bastante cuidado e monitoramento, pois além de envolver verba federal, tem grande visibilidade eleitoral.

Já os psicólogos do NASF estavam desafiados pela grande demanda de casos que necessitam encaminhamento para atendimento ambulatorial, mas que, segundo os profissionais entrevistados, a rede não comporta esses usuários, pois falta psicólogos, falta trabalho em rede, falta o fortalecimento da referência e da contrareferência. Estes mesmos profissionais lidam, ainda, com um elevado número de equipes referenciadas para o matriciamento em saúde mental, e regra geral são os únicos psicólogos das equipes.

Os participantes ressaltam a necessidade de olhar o sofrimento a partir de uma lente que amplie a trama de demandas e sentidos que perpassam o existir, o que nos faz assumir uma postura muito mais ética diante do outro. Os sofrimentos/adoecimentos que chegam aos profissionais do NASF e CRAS, nos fazem refletir que ser psicólogo nesses campos requer para além da escuta, um fazer político, que viabilize o empoderamento e a emancipação humana, na busca constante de modos de viver mais dignos e de cidadãos autônomos.

Ambas as partes (profissionais do CRAS e NASF) pontuam a carência de espaços de troca para a mesma categoria profissional. Existe o trabalho multiprofissional que oportuniza o diálogo com diversos olhares e saberes, contudo não há espaços que viabilizem a troca entre psicólogos, numa proposta de intervisão.

Ressalta-se, ainda, a demanda dos entrevistados no tocante a espaços de fala e atividades que contemplem o auto cuidado; os profissionais que lidam diariamente com sofrimentos de cunho psicossocial, referem sentimentos de frustração, cansaço e impotência frente aos desafios do trabalho, o que nos indica a necessidade de cuidados de si.

As reflexões acerca dos impasses e tensionamentos encontrados no dia a dia do trabalho precisam ser consideradas a partir das experiências dos profissionais que atuam nesses campos. É fundamental e imprescindível que a construção dos referenciais teóricos e práticos sejam debatidos e elaborados alinhados com as demandas destes profissionais, que ainda se sentem sem voz e pouco representados.

A partir das questões expostas, observamos um campo hostil para a realização do trabalho psicológico amparado pelo que preconiza a política de Saúde e Assistência Social. É crescente o movimento das universidades e faculdades no que diz respeito à aproximação dos cursos de psicologia com a realidade das políticas públicas; contudo, este movimento não garante a mudança necessária para que tenhamos práticas psicológicas que contemplem os aspectos políticos e sociais frente ao sofrimento psíquico. Faz-se necessário que um campo de forças se movimente rumo à valorização do trabalho do psicólogo e assim promova mudanças estruturais que facilitem a concretização de novos olhares e novas práticas acerca da psicologia nestes espaços, o que requer a abertura de espaços para a participação dos profissionais na organização das dinâmicas e diretrizes do trabalho, desencadeando melhores condições de atuação, assim como a melhoria na oferta dos serviços à população.

Os profissionais revelaram, ainda, a carência quanto aos órgãos representativos da profissão. Demandam a necessidade de debates e seminários que facilitem a construção de referenciais que dialoguem com a realidade do dia a dia dos profissionais que estão no campo.

É importante salientar que não pretendemos dar conta de um fenômeno tão complexo, que é a prática psicológica nestes espaços. As construções possíveis nesse estudo se deram a partir do diálogo entre diferentes teóricos, pesquisadores e, os nossos psicólogos colaboradores, permitindo uma rica reflexão acerca das possibilidades e desafios da prática psicológica nos campos aqui em questão. Acreditamos, também, que este material poderá contribuir para novas reflexões no que diz respeito à culpabilização dos psicólogos frente aos limites de trabalho nas políticas pública, uma vez que nos deparamos com tensões que



precisam ser cuidadas, caracterizando um pedido de socorro tanto às instituições de saúde e assistência, como as instituições formadoras e que precisam ser considerados em diversas instancias.

Em consonância com a proposta da cartografia, percebi que esta pesquisa se assemelha a um fazer clínico, na medida em que oportunizou aos profissionais envolvidos, refletir e (re) construir sua prática, conforme a maioria ressaltou. No entanto, eu não tinha a real dimensão da potencia desta forma de fazer clínica, facilitada pela pesquisa interventiva.

A partir das percepções e vivências relatadas, surge o desejo e compromisso em compartilhar as construções tecidas nessa pesquisa. Com isto, considero importante o retorno aos psicólogos e psicólogas colaboradores desse estudo, com o envio de uma versão final da dissertação para o e-mail pessoal de cada participante, e a entrega pessoal de uma cópia da dissertação na gerencia de saúde responsável pelos NASF's e na gerencia de assistência responsável pelos CRAS.

## ANEXOS

A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

B - Levantamento do estado da arte

C – Currículo Pleno Universidade Católica de Pernambuco (Curso de Psicologia)

D – Relatório Perfil Curricular Universidade Federal de Pernambuco (Curso de Psicologia)

## ANEXO A:

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Registro Nacional no SISNEP: CAAE N<sup>o</sup> .....

Aprovação/data no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)N<sup>o</sup> .....

Título da Pesquisa: “ PRÁTICAS PSICOLÓGICAS NA ATENÇÃO E PROTEÇÃO BÁSICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL”.

Você está sendo convidado (a) para participar da Pesquisa intitulada: “**PRÁTICAS PSICOLÓGICAS NA ATENÇÃO E PROTEÇÃO BÁSICAS DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL**”. Essa pesquisa faz parte do projeto guarda-chuva intitulado **Práticas Institucionais: Possibilidades de Intervenção na Perspectiva Psicossocial**, sob a responsabilidade da Professora Dra. Ana Lúcia Francisco. O projeto guarda-chuva pretende descrever, investigar e cartografar o desenvolvimento de pesquisas exploratórias e interventivas junto aos protagonistas sociais (profissionais e usuários) de instituições de saúde, educação e organizações de trabalho, visando à proposição de modalidades de práticas psicológicas clínicas neste campo de trabalho.

Você foi selecionado por estar exercendo sua prática no Centro de Referência em Assistência Social – CRAS e se disponibilizar a partilhar suas experiências junto ao pesquisador. Seu consentimento e sua participação são extremamente relevantes nos campos científico, institucional, social e pessoal, não sendo, porém, obrigatória, mas de livre decisão.

A qualquer momento você pode retirar seu consentimento e desistir de participar.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição na qual você exerce sua prática profissional.

O objetivo Geral da pesquisa é compreender as implicações políticas e sociais na prática de psicólogos que atuam na atenção/proteção básica de saúde e assistência social.

Sua contribuição nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista, individual, com duração média de 1:30h. Os riscos relacionados com a sua participação serão mínimos e podem ser de cansaço e/ou constrangimento ou, ainda, ansiedades que podem emergir, uma vez que qualquer tipo de interação pode provocar desconforto. Nesse sentido, tentar-se-á alcançar os objetivos da pesquisa de uma forma menos invasiva possível, indo até o ponto que você conseguir. Todos os cuidados serão tomados, tanto durante o decorrer da coleta dos dados quanto posteriormente, tendo em vista oferecer atenção psicológica aos participantes, caso seja necessário.

Os benefícios relacionados com a sua participação são múltiplos e poderão propiciar um maior diálogo entre as possibilidades de práticas do (a) psicólogo (a) e as demandas que você

apresenta como psicólogo na proteção social básica e poderão contribuir para a construção de modalidades de práticas psicológicas comprometidas com as questões psicossociais, emergentes na atualidade.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e assegurados o total sigilo sobre sua participação, tanto quanto aos conteúdos como em relação à identidade.

Os dados serão divulgados de forma a possibilitar que sua identificação se mantenha em sigilo e, através dos pesquisadores responsáveis pelo projeto, você terá acesso aos resultados da investigação assim, que tiver sido encerrada. Esta transferência de resultados se realizará através de rodas de conversa.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Dados do pesquisador principal (orientador):

Ana Lúcia Francisco

Matrícula: 0960-5

RG: 2.278.695

CPF :344.829.897-20

Fones para contato: (81) 9978-5624 / (81) 3242-0319

E-mail: ana.francisco@terra.com.br

Assinatura do pesquisador:

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNICAP que funciona na Pró-Reitoria Acadêmica da UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO, localizada na Rua Almeida Cunha, 245, Santo Amaro, Bloco G4, 8º andar, CEP 50050-480, Recife, PE, Brasil. Telefone (81) 2119-4376, FAX (81) 2119-4004, endereço eletrônico: pesquisa\_prac@unicap.br

Recife, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

Assinatura do participante da Pesquisa:

## ANEXO B:

## LEVANTAMENTO DO ESTADO DA ARTE

Quadro 1 - Descritores: Prática psicológica clínica + atenção básica

Tipo de publicação	Quantidade	Objetivos	Conclusão
Artigos	21	a) Relatos de pesquisa; b) Relatos de intervenção; c) Ensaaios teóricos.	a) As práticas psicológicas nesses espaços carecem de subsídios teóricos que balizem o trabalho do psicólogo; b) O número mais expressivo de publicações encontradas foi até o ano de 2011; c) As dificuldades encontradas na realização do trabalho nestes campos de atuação versam sempre em torno da formação; do trabalho multidisciplinar; da oferta e demanda de serviços; fragilidade da rede de apoio.
Dissertações	01	a) Como se dá a prática de psicólogos inseridos em unidades básicas de saúde (UBS)	a) Distanciamento entre teoria e prática; b) Discussão quanto às atividades dos psicólogos nestes espaços.
Livros	08	a) Contextualizar o SUS; b) Problematizar acerca da formação do psicólogo; c) Apresentar as práticas dos psicólogos neste contexto.	a) Os livros relacionados, trazem a história do SUS e a inserção do psicólogo na saúde pública, problematizando a formação do psicólogo e, conseqüentemente, suas práticas nestes contextos de trabalho.
Monografia	00		
Teses	01	a) Compreender como vivências comunitárias podem contribuir para ampliar a clínica psicológica em saúde pública.	a) Fragilidade da formação; b) Os espaços comunitários podem desenvolver a clínica ampliada;

**Quadro 2 - Descritores: Prática psicológica clínica + NASF**

Tipo de publicação	Quantidade	Objetivos	Conclusão
Artigos	08	a) Relatos de pesquisa; b) Relatos de intervenção; c) Ensaaios teóricos.	a) As práticas psicológicas nesses espaços carecem de subsídios teóricos que balizem o trabalho do psicólogo; b) Os profissionais que atuam nesses espaços, buscam práticas que deem conta dos sofrimentos de cunho psicossocial; c) Neste campo também, as dificuldades para a realização do trabalho versam sempre em torno da formação e do trabalho multidisciplinar para práticas e questões mais amplas; da oferta e demanda de serviços; fragilidade das redes de apoio.
Dissertações	00		
Livros	05	a) Contextualizar o SUS; b) Problematizar acerca da formação do psicólogo; c) Apresentar as práticas dos psicólogos neste contexto.	Os livros encontrados não tratam especificamente do NASF; tem enfoque no SUS e/ou na atenção básica (AB), para a partir daí abordar questões relativas ao NASF.
Monografia	01	Comparar as práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) e as realizadas pela equipe de um NASF.	Apesar de o trabalho acontecer de acordo com as diretrizes do MS, é necessário que o NASF amplie sua capacidade de ação e de atenção.
Teses	00		

**Quadro 3 - Descritores: Prática psicológica clínica + CRAS**

Tipo de publicação	Quantidade	Objetivos	Conclusão
Artigos	08	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Situar histórica e hierarquicamente o CRAS na proteção básica;</li> <li>b) Refletir sobre a importância do CRAS, nos processos de operacionalização e consolidação do SUAS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Existência de psicólogos que ainda praticam a clínica tradicional nesses espaços;</li> <li>b) Os entraves encontrados da formação do psicólogo repercutem em suas práticas no campo psicossocial.</li> </ul>
Dissertações	01	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Investigar as imagens de si e da prática profissional nos CRAS configuradas no discurso dos psicólogos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) A percepção sobre subjetividade reduzida a interioridade do sujeito, ainda é fortemente percebida como primordial objeto da psicologia;</li> <li>b) Evidências de conflitos no que diz respeito ao papel do psicólogo na realidade do CRAS.</li> </ul>
Livros	05	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Discutir os desafios que atravessam as práticas psicológicas na proteção básica (PB) e no CRAS;</li> <li>b) Analisar as políticas públicas que compõe a PB.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) A importância do CRAS no cumprimento do que preconiza o SUAS;</li> <li>b) Os principais desafios que perpassam a legitimação das ações da PB, através do CRAS, estão ligados principalmente à questão da formação dos psicólogos e a oferta e demanda dos serviços.</li> </ul>
Monografias	00		
Teses	02	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Analisar a atuação de psicólogos que atuam em CRAS;</li> <li>b) Compreender as experiências profissionais nesse contexto;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) A presença do caráter assistencialista;</li> <li>b) A precariedade dos recursos de trabalho;</li> <li>c) Rotatividade de profissionais que atuam nesses serviços.</li> </ul>

**Quadro 4 -** Descritores: Prática psicológica clínica + aspectos sociais e políticos

Tipo de publicação	Quantidade	Objetivos	Conclusão
Artigos	09	a) Ampliar as discussões acerca do papel social e político da Psicologia; b) Problematizar as práticas psicológicas clínicas na atualidade; c) Teorizar as análises e experiências dos diversos campos de atuação do psicólogo.	a) A necessidade de repensar e contextualizar as práticas psis no âmbito da saúde e assistência social; b) A importância da formação no processo de (re) construção das práticas psicológicas; c) A relevância dos trabalhos que sistematizam as experiências de trabalho dos profissionais de psicologia.
Dissertações	00		
Livros	08	a) Ampliar as discussões acerca do papel social e político da Psicologia; b) Problematizar as práticas psicológicas clínicas na atualidade; c) Teorizar as análises e experiências dos diversos campos de atuação do psicólogo.	a) A necessidade de repensar e contextualizar as práticas psis no âmbito da saúde e assistência social; b) A importância da formação no processo de (re) construção das práticas psicológicas; c) A relevância dos trabalhos que sistematizam as experiências de trabalho dos profissionais de psicologia.
Monografias	00		
Teses	00		



## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS)**. Brasília, DF. 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica - NOB/SUAS**, Construindo as bases para a implantação do Sistema Único de Assistência Social. Brasília. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Lei Orgânica de Assistência Social (Loas)**. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Política de Saúde do Homem**. Brasília, DF. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF**. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS-NOBs 96. Alterada pela Portaria no 1.882 de 18 de dezembro de 1997. **Diário Oficial da União**, Brasília, dez. 1997.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BEZERRA, P.A. **Atuação dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no Recife: desafios e possibilidades**. Dissertação – Recife, Pernambuco: Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, 2013.

BENJAMIN, W. **Obras escolhidas**. Magia e técnica, arte e política. (7ª ed). São Paulo: Brasiliense, 1994.

BENEVIDES, Regina. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?. *Psicol.*

*Soc.* [online]. 2005, vol.17, n.2, pp.21-25. ISSN 0102-7182. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822005000200004>. 2005.

BENTO, L. V. **Governança e governabilidade na reforma do Estado**: entre eficiência e democratização. Barueri: Manole, 2003.

BOCK, A. M. A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. **Estudos de Psicologia**, v. 4, n. 2, p. 315-329. Bahia. 1999.

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS (CREPOP). **Referências técnicas para atuação do (a) psicólogo (a) no CRAS/SUAS**. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília: CFP. 2007.

\_\_\_\_\_. **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família** / Conselho Federal de Psicologia. – Brasília : CFP. 2009.

COIMBRA, C. Direitos Humanos e a atuação na área jurídica. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.), **Os Direitos Humanos na prática profissional dos psicólogos** (pp.7-9). Brasília: Conselho Federal de Psicologia. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. (CFP). **V Seminário Nacional Psicologia e Políticas Públicas - Subjetividade, Cidadania e Políticas Públicas** / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP. 2011.

COSTA, L.A; FONSECA, T.M.G. **As durações do devir: como construir objetos-problema com a cartografia**. *Fractal, Rev. Psicol.* v. 25 – n. 2, p. 415-432, Maio/Ago. 2013.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed. 2007.

CRITELLI, D. M. **História pessoal e sentido da vida**: Historiobiografia. São Paulo, 2013.

CRUZ, L. R.; GUARESCHI, N. M. F. Articulações entre a psicologia social e as políticas públicas na assistência social. In: CRUZ, L. R.; GUARESCHI, N. M. F. (Orgs.). **O psicólogo e as políticas públicas de assistência social** (pp 15-34). Petrópolis, RJ: Vozes, 2012,

DIMENSTEIN, M. D.B. **O Psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação e atuação profissionais.** Fundação Municipal de saúde de Teresina. Estudos de Psicologia, 3 (1), 53-81, 1998.

FERREIRA NETO, J. L. **A formação do psicólogo: clinica social e mercado.** São Paulo: Escuta, 2004.

FERREIRA NETO, J. L. **Psicologia, políticas públicas e o SUS.** São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapeming, 2011.

\_\_\_\_\_. Intervenção Psicossocial em Saúde e formação do psicólogo. **Revista Psicologia e Sociedade**, 20 (1) 62-69, 2008.

FERREIRA, Norma Sandra de Almeida. As pesquisas denominadas "estado da arte". **Educ. Soc.** [online]. 2002, vol.23, n.79, pp.257-272. ISSN 01017330. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-73302002000300013>.

FIGUEIREDO L.C. **Matrizes do pensamento psicológico** (9ª edição). Vozes, Petrópolis, 2002.

FLICK, U. (2011). **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** 3. ed. Porto Alegre: Bookman.

FRANCISCO, A. L. **Instituições e dispositivos institucionais: processos de subjetivação e seus efeitos.** Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade de São Paulo, 2000.

FRANCISCO, A. L. **Psicologia Clínica: prática em construção e desafios para a formação.** 1 ed. Curitiba, PR: CRV, 2012.

GADAMER, H.G. **Verdade e Método.** Petrópolis: Vozes, 1997.

GIACOMIZI, A. I. **PSICO**, Porto Alegre, PUCRS, v. 43, n. 3, pp. 298-308, jul./set. 2012.

GUATTARI, F. E ROLNIK, S. **Micropolítica: Cartografia do Desejo.** Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

HÖFLING, Eloisa de Mattos. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos CEDES**, Campinas, v. 21, n. 55, p. 30-41, nov. 2001.

OLIVEIRA, I. F., Solon, A. F. A. C., Amorim, K. M. O., & Dantas, C. M. B. (2011). **A prática psicológica na proteção social básica do SUAS** [Número especial]. *Psicologia & Sociedade*, 23,140-149. doi:10.1590/S0102-71822011000400017

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

LASTA, L. L.; GUARESCHI, N. M. F.; CRUZ, L. R. A Psicologia e os Centros de Referência em Assistência Social: problematizações pertinentes. In: CRUZ, L. R.; GUARESCHI, N. (Org.). **O psicólogo e as políticas públicas de assistência social**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 52-65.

LÉVY, A. **Psicossociologia: análise social e intervenção**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MORIN, E. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 19º ed. Rio de Janeiro: BERTRAND, 2012.

MINAYO, M. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília-DF**, 25 jan. 2008. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html)>. Acesso em: 10 de out. de 2015.

MOREIRA, M. I. B. & CASTRO-SILVA, C. R. Residências terapêuticas e comunidade: a construção de novas práticas antimanicomiais. **Psicologia & Sociedade**, 23(3), 545-553. 2011.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, C.M.A. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96. 2010.

PAIM, J.S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

ROLNIK, S. Cidadania e alteridade: o psicólogo, o homem da ética e a reinvenção da democracia. In: SPINK, Mary Jane (org.). **A Cidadania em Construção: Uma reflexão transdisciplinar**. São Paulo: Cortez Editora, 1994.

ROMAGNOLI, R.C. **A cartografia e a relação pesquisa e vida**. *Psicologia e Sociedade*, v. 21, n.2, p.166-173, 2009.

ROMANOWSKI, J.P; ENS, R.T. **Estado da Arte. Diálogos Educacionais**, v. 6, n. 6, 2006.

SANTOS, P.H.R. Psicologia E Suas: Problematizando a Atuação da(O) Psicóloga(O) no Cras. **Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas** v. 1, n. 2, jul./dez. 2016 – ISSN 2448-0738. 2016.

SAWAIA; BADER E LANE, SÍLVIA T.M. (orgs.) **Novas veredas da Psicologia Social**, São Paulo: Brasiliense: EDUC, 1995.

SUNDFELD, Ana Cristina. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Physis** [online]. 2010, vol.20, n.4, pp.1079-1097. ISSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400002>. 2010.

SILVA, V. R.; FONSECA, F.; MELLO, R. Atuação profissional no SUAS: desafios e possibilidades para os assistentes sociais. **Revista Sociedade em Debate**. Pelotas, pp. 135-146. 2009.

SPINK, M.J. **Psicologia Social e Saúde**. Petrópolis: Vozes. 2003.

SPINK, M.J.P (org). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

SPOSATI, A. Desafios para fazer avançar a política de assistência social no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 68,. p. 54-82, 2001.

SPOSATI, Aldaíza de O. O primeiro ano do Sistema Único de Assistência Social. **Revista Serviço Social e Sociedade** nº87, São Paulo, Cortez, 2006.

SPOSATI, A. (2008). **Territorialização e desafios à gestão pública inclusiva: o caso da assistência social no Brasil** . XIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Buenos Aires, Argentina, 4 - 7 novembro.

TEDESCO, S, H. ; SADE, C.; CALIMAN, L, V. A entrevista na pesquisa cartográfica. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 25, n. 2, p. 299-322, maio/ago. 2013.

TEIXEIRA, Maria Solange. Família na Política de Assistência Social: avanços e retrocessos com a matricialidade sociofamiliar. **Revista Política Públicas**, São Luiz, 2009, v.13, n.2, p.255-264, jul./dez. 2009.

YAMAMOTO, O.H. **Política Social e Psicologia**: uma trajetória de 25 anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, 26, n.spe, 9-24. 2010.

YAZBEK. Globalização, precarização das relações de trabalho e seguridade social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, nº. 56. p.50-59, mar.,1998.