



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA

CAMPUS I

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA

ANTHONY DIEGO ALEXANDRE DA COSTA

O PSICÓLOGO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: RELATO DE
EXPERIÊNCIA

CAMPINA GRANDE – PB

2018

ANTHONY DIEGO ALEXANDRE DA COSTA

O PSICÓLOGO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: RELATO DE
EXPERIÊNCIA

Trabalho de Conclusão de
Curso apresentado ao
Departamento de Psicologia
da Universidade Estadual da
Paraíba, como requisito
parcial para obtenção do
grau de Bacharel/Licenciado
em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª.
Ana Cristina Loureiro.

CAMPINA GRANDE – PB

2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

C837a Costa, Anthony Diego Alexandre da.

O psicólogo e as políticas públicas de assistência social: relato de experiência [manuscrito] / Anthony Diego Alexandre da Costa. - 2018.

40 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2018.

"Orientação : Profa. Dra. Ana Cristina Loureiro, Departamento de Psicologia - CCBS."

1. Política Pública. 2. Formação acadêmica. 3. Saúde pública. I. Título

21. ed. CDD 363.1

ANTHONY DIEGO ALEXANDRE DA COSTA

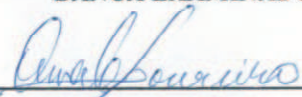
O PSICÓLOGO E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL:
RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel/Licenciado em Psicologia.

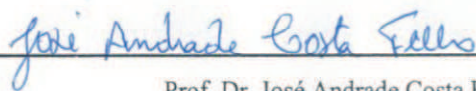
Área de concentração:
Políticas Públicas,
Assistência Social.

APROVADO EM: 26 / 11 / 2018.

BANCA EXAMINADORA

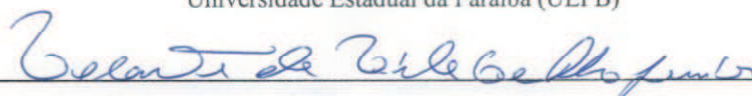


Prof.^a Dr.^a Ana Cristina Loureiro (Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. José Andrade Costa Filho

Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)



Prof. Dr. Leconte de Lisle Coelho Junior

Universidade Maurício de Nassau (UNINASSAU)

Dedico este espaço a todas as adversidades que afetaram e me afetam neste caminho de formação é, também, graças a elas que sigo em frente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço eternamente aos meus pais Veridiano Laurentino da Costa e Antônia Josineide da Rocha, por me apoiarem, me segurarem, me instigassem e me confrontasse para que eu continuasse seguindo nesta caminhada. Se estou concluindo hoje é graças a garra e força de vocês.

Agradeço aos meus amigos que estiveram presentes nesta caminhada me cedendo seu ombro, me fazendo rir, como pelos momentos de distração.

Agradeço aos meus colegas e amigos de curso, principalmente a Maria Izabell, Marina, Kiara, Caio, Renally e Raquel, por serem esses amigos/irmãos que eu pude ter o prazer de ter nesta caminhada, as memórias irão permanecer como uma tatuagem em minha alma, os levarei sempre comigo, as conversas, os risos, aprendizagem, os abraços apertados.

Agradeço aos professores que contribuíram com o seu conhecimento e saber, me possibilitando sempre confrontar a minha realidade, me fazendo refletir e construir essa pessoa que estou sendo hoje.

“Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível muda-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes”

Paulo Freire

RESUMO

Tradicionalmente a formação em Psicologia está marcada pela prevalência da perspectiva clínica, como uma intervenção voltada para modos de diagnóstico e/ou curativo. Porém, esse processo vem se modificando, considerando, dentre outros fatores, a inserção do psicólogo nas políticas públicas a partir da Constituição brasileira de 1988 e se reconhecendo a importância da psicologia social na construção de novas formas de intervenção a partir de uma perspectiva biopsicossocial e do compromisso com a transformação social. Assim, o presente trabalho tem por objetivo analisar e discutir o processo histórico das políticas públicas de assistência social no Brasil, como também de relatar uma experiência de Estágio Multidisciplinar Interiorizado (EMI), promovida pela Universidade Estadual da Paraíba, no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) na cidade de Puxinanã-PB. Nessa experiência analisou-se a dificuldade de atuação do psicólogo a partir de uma ênfase social, de acordo com as Políticas Públicas de Assistência Social. Tais dificuldades podem estar relacionadas com a formação na graduação de psicologia, a qual não possibilita uma associação teoria/prática, nem o desenvolvimento de um pensamento crítico, reflexivo, comprometido com o processo de transformação social.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Psicologia social; Formação acadêmica.

ABSTRACT

Traditionally, training in Psychology is marked by the prevalence of clinical perspective, as an intervention focused on diagnostic and / or curative modes. However, this process has been changing, considering, among other factors, the insertion of the psychologist in public policies from the Brazilian Constitution of 1988 and recognizing the importance of social psychology in the construction of new forms of intervention from a biopsychosocial perspective and commitment to social transformation. Thus, the present study aims to analyze and discuss the historical process of public social assistance policies in Brazil, as well as to report an experience of Internship Multidisciplinary Internship (EMI), promoted by the State University of Paraíba, the Reference Center for Assistance (CRAS) in the city of Puxinanã-PB. In this experiment, the psychologist's difficulty was analyzed based on a social emphasis, according to the Public Policies of Social Assistance. Such difficulties may be related to the formation in the psychology degree, which does not allow a theory / practice association, nor the development of a critical, reflexive thought, committed to the process of social transformation.

Keywords: Public Policies; Social psychology; Academic training.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
2.1 Elaboração de políticas públicas de assistência sociais no Brasil....., ...	11
2.1.1 Sistema Único de Assistência Social (SUAS).....	16
2.1.2 Centro de Referência de Assistência Social – CRAS.....	17
2.1.3 Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS	19
2.2 A Psicologia e as Políticas Públicas Sociais.....	21
3. RELATO DE EXPERIÊNCIA NO ESTÁGIO MULTIDISCIPLINAR INTEGRADO (EMI).....	26
3.1 Estágio Multidisciplinar Integrado	27
3.2 Apresentação da cidade onde o estágio foi realizado	28
3.3 O percurso inicial da experiência	28
3.4 Caracterização do CRAS	29
3.5 Atividades desenvolvidas no estágio	29
3.5.1 Grupo de Idosos.....	31
3.5.2 Grupo de Gestantes.....	32
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

Introdução

No Brasil, a atuação dos psicólogos nas políticas públicas foi resultante de um processo de luta intensa por parte dos profissionais, da organização dos sindicatos, associações, conselhos representativos da categoria, bem como da relevante contribuição de professores integrantes das Instituições de Ensino Superior (notadamente as públicas), mais vinculados à Psicologia Social. Esse processo ocorreu de forma lenta, sob fortes pressões, principalmente no período da ditadura militar no país. No entanto, com o processo de redemocratização brasileiro, é possível destacar um maior envolvimento da categoria no processo da luta antimanicomial, nas Conferências Nacionais de Saúde, que acabam possibilitando algumas das condições para a sua inserção no campo público do bem-estar social, possibilitando a visibilidade e integração deste profissional no setor público e social (YAMAMOTO, 2007).

Especificamente em relação à implantação de uma política nacional de assistência social, já na década de 1980, é possível perceber o envolvimento não só de psicólogos, mas de assistentes sociais e outras categorias de profissionais com a luta pelos direitos humanos, pelo combate à desigualdade e por melhores condições de vida para os cidadãos. No entanto a regulamentação da inserção dos psicólogos nas políticas de seguridade social, especialmente de assistência, ocorreu tardiamente quando comparadas à saúde pública. A aprovação de leis e estatutos como o ECA, o estatuto do idoso e as políticas de proteção às mulheres e a algumas minorias permitiram uma ampliação para o trabalho do psicólogo (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010).

Todo esse processo teve uma repercussão, embora lenta, na formação dos psicólogos, impulsionando as instituições a repensarem os seus currículos, no sentido de atenderem às demandas da sociedade. Neste contexto, reflete-se sobre as formas clássicas de atuação do psicólogo, bem como sobre a necessidade de se adotar novos paradigmas e teorias que subsidiem a formação em psicologia. Nesse bojo de discussões, surge a necessidade também de implantação de estágios na graduação para propiciar melhor associação teoria/prática e habilitar os alunos para a atuação nas diversas demandas das políticas públicas recém implantadas no Brasil.

Especialmente no curso de Psicologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), a reforma curricular implantada em 1999, fundamentada nas orientações da Associação Brasileira de Psicologia (ABEP) e no Conselho Federal de Psicologia, implantou-se o Estágio Multidisciplinar Interiorizado (EMI), cujo objetivo foi possibilitar aos estudantes da área da saúde (inclusive os de Psicologia porque desde a sua origem na UEPB foi vinculado a esta área) um contato com as demandas da sociedade, principalmente nos diversos espaços das políticas públicas.

Considerando esse panorama exposto acima, o presente trabalho visa discutir alguns aspectos teóricos e históricos das políticas públicas de assistência social no Brasil e relatar minha experiência, enquanto estagiário do curso de psicologia, especificamente na atuação junto a um Centro de Referência da Assistência Social- CRAS. A partir do relato desta experiência, busca-se, também, analisar algumas dificuldades de uma formação prática, bem como das possíveis atuações do psicólogo nas políticas públicas sociais.

2. Fundamentação Teórica

2.1 Elaboração de políticas públicas de assistência sociais no Brasil

Escrever sobre políticas públicas é ter que escrever sobre desigualdade social e, dessa forma, faz-se necessário recorrer a um resgate histórico, de como a sociedade enfrentou e vem enfrentando essa situação de miséria, pois, segundo Sposati (2012, p. 14) “a desigualdade social é atribuída a uma situação circunstancial que a sociedade atravessa”. Pretende-se, portanto, iniciar pelo resgate histórico da organização da sociedade, enfocando sua transição a partir do feudalismo até os dias atuais, onde o fortalecimento da burguesia era parte desse processo.

O século XVIII, a era dos direitos civis, é caracterizado pela liberdade e igualdade perante a lei, fato que repercutiu na legislação e na política brasileira. No início do século XIX, as primeiras constituições brasileiras refletiram as condições vividas pelo império, quando se fundou a legislação da Colônia que, de certa forma, orientou os direitos civis até 1916. Porém, ainda neste século, emerge os direitos políticos, as reivindicações da classe trabalhadora, exigindo a participação política a organização dos sindicatos, sendo a participação no exercício do poder, uma forma de direito político (CRUZ; GUARESCHI, 2012; PEREIRA, 2006).

Especificamente no Brasil, ainda no século XIX, a constituição de 1891 faz uma tímida referência aos filhos legítimos e também aos direitos individuais, como o habeas corpus, ao direito relacionado à liberdade, propriedade e segurança, bem como ao alistamento para votar. Nela ainda não se mencionava os direitos à família e proteção do estado, os quais foram sendo delineadas aos poucos, no início do século XX (CARIAGA, 2013).

Durante o século XX e pelos anos que se seguiram, com a implantação do modelo industrial, o mercado influenciou, de forma determinante, nas relações de produção e na reprodução das relações de exploração das diferentes classes sociais. Sendo assim, as relações dos indivíduos eram de acordo com a sua posição no mercado, havendo esse distanciamento das classes mais altas, para as baixas. Nesse contexto, verificam-se, no início deste século, vários movimentos da classe trabalhadora, voltados para a conquista do direito ao atendimento às necessidades básicas, como: educação, saúde, moradia e alimentação. (CRUZ; GUARESCHI, 2014). No entanto, a conquista desses direitos não garantia que a totalidade dos indivíduos fossem incluídos na sociedade, indicando haver uma relação direta com a necessidade de manter o operário inserido no trabalho árduo das indústrias. Consta que a visibilidade à família na legislação começa, aos poucos, a se delinear (CARIAGA, 2013).

Com a superação da crise de 1929 e toda a questão da influência do Welfare State¹, o estado passou a interferir nas relações do capital e trabalho e a garantir melhorias nas condições sociais do trabalhador. Como coloca Cruz e Guareschi (2014), as práticas de assistência social, como direito, foram implementadas tardiamente, mas antes era realizada por ações da igreja, filantrópicas, dando assistência às pessoas que estavam fora do mercado de trabalho. Então, o estado se tornou promotor de uma nova cultura voltada para o desenvolvimento de serviços sociais que visavam o avanço do capitalismo. Dessa forma, aprovou propostas eugênicas de intervenção, de modo que viesse a proporcionar uma melhor condição social, não só aos trabalhadores, mas à estrutura familiar (CARIAGA, 2013).

Um dos exemplos clássicos da intervenção do estado foi a homologação da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), em 1934, a qual possui um capítulo sobre direitos sociais, assegurando o direito a educação dos filhos dos trabalhadores, o cuidado com a família e o amparo às crianças. Associada a essas mudanças, pontua-se que a economia iniciava a transportação e a indústria, a qual proporcionou o crescimento das cidades

¹ Proposta do Estado Social implementador de políticas sociais baseadas nos princípios sociais universais, igualitários e solidários (COUTO, 2006, p. 52)

(CARIAGA, 2013; CRUZ; GUARESCHI, 2014). Em 1937 é divulgada uma nova constituição que priorizava a inclusão de novos direitos, principalmente no âmbito da educação.

Com essa nova postura estatal, há uma gradativa ruptura com o modelo assistencialista, fundamentado na filantropia e alimentado pela igreja e pela burguesia. Nesse contexto, em 1938 se cria o Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS), com o objetivo de desenvolver estudos sobre os problemas sociais e buscar forma para solucioná-los. Em 1939, por meio da lei nº 1.764, se cria a Comissão Nacional de Proteção à Família, com diretrizes que visavam a proteção da família sob responsabilidade do Estado e que este fornecesse condições favoráveis para o desenvolvimento e segurança de tal instituição (CARIAGA, 2013).

O ano de 1942 é marcado pela criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA), composta por mulheres voluntárias que atuavam na forma de assistência em programas de proteção e educação da sociedade. Extinta após o Governo Collor. Em 1946, ocorreu uma atualização da Constituição, quando se manteve os antigos direitos sociais, sendo criados novos direitos que começaram a viabilizar a igualdade de salários entre homens e mulheres desde que exercessem a mesma função, o descanso após o parto, a contribuição à previdência, direitos de estado civil e de nacionalidade (CRUZ; GUARESCHI, 2014).

No Governo de Juscelino Kubitschek foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social, que unifica a previdência e garante ao trabalhador o acesso ao mercado formal. Porém, devido à crise econômica internacional que foi enfrentada pelo Brasil e pelo mundo, iniciou uma queda na economia, na política e no âmbito social, dando abertura à instauração do sistema militar no país, o qual ocupou o poder até 1964. No período da ditadura militar foram promulgadas duas constituições, uma em 1967 e outra, em 1969, as quais foram marcadas pelo período de ditadura militar e, por conseguinte, autoritárias, com o objetivo explícito de cercar os direitos políticos e manter os direitos sociais adquiridos até então. Destaca-se, nesse período, a criação do Sistema Fundação Estadual/Estadual do Bem-Estar do Menor com o objetivo de exercer maior controle sobre os adolescentes em situação de risco.

Pontua-se que os interesses na manutenção dos direitos sociais estavam diretamente relacionados aos interesses do mercado, com o modelo industrial que visava promover maiores condições de produtividade do trabalhador e maiores lucros dos empresários (CRUZ; GUARESCHI, 2014; SPOSATI, 2010).

Mesmo que nos anos 1971/73 a economia tenha apresentado um crescimento, devido às indústrias automobilísticas e siderúrgicas, verifica-se nesse período também a inflação e a necessidade de acumular capital, refletindo em uma dívida externa e a necessidade de se adotar medidas que visassem o ajuste da economia. Dentro deste cenário, começa a crescer e a fortalecer, os vários movimentos sociais como os movimentos pela redemocratização do país, o movimento estudantil e docente, o feminismo, as lutas dos profissionais da saúde e de outros setores públicos (CRUZ; GUARESCHI, 2014; SPOSATI, 2010). Considera-se, portanto, esse momento como divisor de águas na história do Brasil, principalmente na história das classes inferiorizadas ou excluídas. É importante destacar o papel importante que a psicologia social comunitária e a educação popular exerceram neste período e em outros que serão conseguintes.

Os psicólogos foram encorajados a participarem dos problemas da sociedade e tornarem-se agentes de mudanças. Esta visão de mudança, devido as lutas por reivindicações de mudanças no campo social, implicou em rever o modelo psiquiátrico e clínico para o tratamento de questões relacionadas à saúde mental. Como diz Sarason (1984 *apud*. PRADO, 2005):

Foi uma revolta de longa turbulência contra a dominação psiquiátrica juntos aos profissionais da saúde mental. Em termos de valor e profissional, de orientação teórica, de pesquisa e de lugares de prática, os psicólogos clínicos se sentiam limitados e desperdiçados. (...). Havia uma consciência crescente de que, para uma grande parte da população, os serviços de saúde não existiam, ou se existiam, estavam muito além das possibilidades financeiras desta população ou inapropriados em seu aspecto cultural. Não somente os serviços de saúde tinham uma distribuição desigual na sociedade, mas também as profissões de saúde mental eram dependentes de visões estreitas de tratamento que não eram sensíveis às variações culturais e raciais (SARASON, 1984, p. 201)

A psicologia comunitária norte-americana se estabelece como um campo diferente da psicologia clínica que sempre esteve ligada a noções de mudanças comportamentais e individuais. A psicologia norte-americana propõe potencializar a capacidade dos indivíduos e grupos de ter controle sobre suas vidas. Através do estudo sobre o empowerment², os psicólogos norte americanos dão importância ao contexto social para formação do pensamento e do comportamento humano (PRADO, 2002).

² Empowerment seria um processo através do qual as pessoas, organizações e comunidades tornam-se conscientes e proprietárias de suas próprias vidas, isto a partir tanto do controle pessoal, como da influência social (PERKINS, 1995)

Na América Latina a história da psicologia comunitária é diferente da Norte-Americana, porque ela foi construída através das situações sociais e políticas dos países mais pobres, que passaram por ditaduras militares e a falta de atenção do Estado com relação à precariedade de direitos sociais, de trabalho e de saúde. Esse contexto de repressão e sofrimento provocou em alguns intelectuais, questionamentos quanto à responsabilidade social da Psicologia. Então assim, começou a surgir iniciativas de aproximação entre psicologia e comunidades de classes populares, na busca de deselitizar as práticas psicológicas e marcar sua relevância social, vinculada a atividades de militância política (PRADO, 2002).

A década de 1980 se constitui numa nova configuração política, econômica e social que culminou com a Constituição de 1988, a qual traz uma nova concepção de assistência social no Brasil. Juntamente com a previdência social, ela assegura o caráter de seguridade social, instituindo o direito à cidadania por meio da assistência social e da garantia de condições de vida digna.

É necessário, também, discutir sobre o neoliberalismo que se instaurou no Brasil como medida de solucionar o problema da economia no país. Foi criada uma nova moeda, ocorreu a privatização de estatais e corte de verbas em setores importantes como na educação, saúde e previdência. As denúncias de corrupção geraram um momento de crise governamental, ocasionando no impeachment de Collor. Porém é nesse “cenário de guerra” que é aprovada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS, lei 8.742), em dezembro de 1993. Nesse mesmo embalo se dá a “queda” da LBA e das ações de filantropia (CRUZ; GUARESCHI, 2014; SPOSATI, 2010).

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS/ Lei 8.742), segundo Cruz e Guareschi, (2014) respaldou a organização do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), visando assegurar mecanismos contra formas de exclusão dos indivíduos em vulnerabilidade social, por meio de ações benéficas, auxílios, cuidados e atenção (BRASIL, 2005). Ademais, em 2004, é elaborado o Plano Nacional de Assistência Social (PNAS), pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Instrumentalizando assim políticas de garantia de direitos, priorizando a família como foco e o território como base de ações e serviço em dois níveis de atenção (CRUZ; GUARESCHI, 2014). Porém, mesmo com todas essas conquistas, a efetivação destas não é fácil, sendo necessário recorrer à força popular na reivindicação e garantia dos seus direitos (SPOSATI *et al.*, 2011).

Nesse sentido, a LOAS visa assegurar a proteção social não contributiva e evitar a exclusão social, tendo como objetivo a redução de danos, a proteção à família, à maternidade, à infância, a adolescência e a velhice, além da integração ao mercado de trabalho, da habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência na promoção da integração social e na garantia de benefícios (BRASIL, 1993). A partir desta Lei “a assistência social configura-se como possibilidade de reconhecimento público da legitimidade das demandas de seus usuários e espaço de ampliação de seu protagonismo (CRUZ; GUARESCHI, 2014, p. 28).

2.1.1 Sistema Único de Assistência Social (SUAS)

Em 1998, foi regulamentado o primeiro texto da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e as Normas Operacionais Básicas (NOB) 1997/98 (BRASIL, 2005). Porém, só em 2004, a partir da IV Conferência Nacional de Assistência Social, entra em vigor a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), a qual define o destino da proteção social, o financiamento, a territorialidade, como também o monitoramento e a avaliação da Assistência Social no Brasil, chegando à aprovação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), através do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). O SUAS foi regulamentado pela Norma Operacional Básica (SUAS/NOB-2005) aloca a questão de benefícios, serviços e programas voltados para os indivíduos, prevendo a articulação entre os entes federativos, estaduais, municipais, união, distrito federal, sendo a família o foco principal para o atendimento dentro de cada município (BRASIL, 2005).

Mais especificamente, o SUAS (2005) tem como objetivo estabelecer ações socioassistenciais em todo o território nacional, visando a proteção social básica e especial, enfocando a defesa dos direitos socioassistenciais básicos contempladas pela PNAS (2004), sejam estes: acolhimento; renda; integração/convívio familiar, comunitário e social; o desenvolvimento da autonomia, seja ela individual, familiar ou social; garantia de sobrevivência à riscos circunstanciais, respeitando a diversidade cultural, econômica e política de cada região. Assim, compete à assistência social a inclusão dos cidadãos às políticas sociais básicas, como também o acesso a serviços e bens produzidos pela sociedade, garantindo a universalidade proposta.

Essa rede socioassistencial é organizada a partir dos parâmetros de oferta integrada de serviços, programas, projetos e benefícios sociais para cobertura de riscos e violações à integralidade do indivíduo e/ou da família, evitando a fragmentação e dispersão dos recursos e hierarquização do território. O processo visa, basicamente, definir qual o nível de rede se deve

alocar naquela área de acordo com as demandas e a área de abrangência de acordo com capacidade de demanda. Mediante esses dados, recorre-se aos serviços que, em rede garantem a entrada e a garantia da prevenção/proteção social básica (Centro de Referência e Assistência Social- CRAS) e especial (Centro de Referência Especializado e Assistência Social- CREAS). A territorialidade dos serviços de proteção é caracterizada de acordo com as áreas com maiores níveis de incidência de vulnerabilidade no município e possui o caráter de serviço contínuo e assistido (BRASIL, 2005)

2.1.2 Centro de Referência de Assistência Social - CRAS

A proteção social básica contribui para prevenção de situações de risco social por meio de desenvolvimento de potencialidades, aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. É destinada à população vulnerável em decorrência da pobreza, privação e fragilidade dos vínculos afetivos e de pertencimento social. Prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização das famílias e de indivíduos. Os CRAS são os serviços de referência da proteção social básica e são organizados de acordo com o número de famílias que a ele são referenciadas, sendo essa divisão organizada da seguinte forma: de 750 até 2.500 famílias, de 2.501 até 3.500 famílias e de 3.501 até 5.000 famílias. Os CRAS devem estar ligados às redes de serviços socioeducativos, aos benefícios eventuais e o de prestação continuada, bem como os serviços e projetos de capacitação e inserção produtiva, como forma de enfrentamento da pobreza. (BRASIL, 2004)

As atividades prioritárias do CRAS estão voltadas para a “família referenciada”, que é um termo utilizado para designar as famílias que vivem em áreas de vulnerabilidade, estas definidas a partir de indicadores estabelecidos pelos órgãos federais. Ao trabalhar com as famílias, os CRAS têm a função de promover o acesso aos direitos de cidadania e prevenir situações de vulnerabilidade, através do desenvolvimento de potencialidades, do vínculo familiar e comunitário. Ademais, este Centro também é um serviço de referência e contrarreferência para serviços de complexidades maiores. (BRASIL, 2009)

É importante destacar que a abrangência do CRAS contempla o Programa de Atenção Integrada à Família (PAIF), além de outros serviços como os Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos - para crianças; idosos; adolescentes e jovens –, o Projovem Adolescente; ou projetos de inclusão produtiva que podem ser implantados, desde que haja

espaço físico, equipamentos e recursos materiais e humanos compatíveis (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009).

O Programa de Atenção Integral à Família (PAIF) foi concebido a partir do reconhecimento das vulnerabilidades e riscos sociais que atingem as famílias, exigindo intervenções que trabalhem aspectos objetivos e subjetivos relacionados à função protetiva da família e ao direito à convivência familiar. Com o decreto 5.085 em 2004, o PAIF tornou-se uma ação continuada da Assistência Social, passando a integrar a rede de serviços de ação continuada da Assistência Social, financiada pelo Governo Federal. Em 2009, com a aprovação da Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, o Programa de Atenção Integral à Família passou a ser denominado Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família, mas preservou a sigla PAIF. Esta mudança de nomenclatura enfatiza o conceito de ação continuada, estabelecida em 2004, bem como corresponde ao previsto no Art. 23 da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, Lei nº 8742 de 07 de setembro de 1993.

O PAIF se constitui um dos principais serviços que compõem a rede de proteção social de assistência social, permitindo o enfrentamento da pobreza, da fome e da desigualdade, assim como, a redução da incidência de riscos e vulnerabilidades sociais que afetam famílias e seus membros (BRASIL, 2012).

Os objetivos do PAIF visam:

Fortalecer a função protetiva da família, contribuindo na melhoria da sua qualidade de vida; Prevenir a ruptura dos vínculos familiares e comunitários, possibilitando a superação de situações de fragilidade social vivenciadas; Promover aquisições sociais e materiais às famílias, potencializando o protagonismo e a autonomia das famílias e comunidades; Promover o acesso a benefícios, programas de transferência de renda e serviços socioassistenciais, contribuindo para a inserção das famílias na rede de proteção social de assistência social; Promover acesso aos demais serviços setoriais, contribuindo para o usufruto de direitos; Apoiar famílias que possuem, dentre seus membros, indivíduos que necessitam de cuidados, por meio da promoção de espaços coletivos de escuta e troca de vivências familiares. (BRASIL, 2012, p. 15)

Através de ações comunitárias de caráter individuais ou coletivas, o PAIF promove o acolhimento por meio dos devidos encaminhamentos e da realização de oficinas com familiares. Ademais, o PAIF fortalece o princípio da assistência social como um direito de cidadania, respeitando a diversidade dos arranjos familiares, buscando a inserção de todos os membros da família no desenvolvimento do trabalho social (BRASIL, 2012). Sendo assim, de acordo com a PNAS (BRASIL, 2004):

O CRAS atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando à orientação e ao convívio sócio-familiar e comunitário. Neste sentido é responsável pela oferta do Programa de Atenção Integral às Famílias. Na proteção básica, o trabalho com famílias deve considerar novas referências para a compreensão dos diferentes arranjos familiares, superando o reconhecimento de um modelo único baseado na família nuclear, e partindo do suposto de que são funções básicas das famílias: prover a proteção e a socialização dos seus membros; constituir-se como referências morais, de vínculos afetivos e sociais; de identidade grupal, além de ser mediadora das relações dos seus membros com outras instituições sociais e com o Estado (BRASIL, 2004, p. 35)

Como o CRAS é um serviço de referência e, como tal, é articulado com diferentes organizações que devem ser a ele referenciadas e dele receber orientações que são emanadas pelo poder público, de acordo com as normativas do Sistema Único de Assistência Social-SUAS. Ademais, o CRAS deve proporcionar o estabelecimento de compromissos e relações, participar da definição de procedimentos que reconheçam a centralidade do trabalho com famílias no território e contribuir para a alimentação dos sistemas da Rede SUAS e outros. Para tanto, uma de suas atividades é a busca ativa que tem como objetivo identificar e ampliar o conhecimento sobre as vulnerabilidades e riscos através da procura intencional realizada pela equipe de referência, mantendo contato com os atores sociais para obtenção de informações que ajudarão no planejamento de estratégias de enfrentamento (BRASIL, 2009).

2.1.3 Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS

A proteção social especial é dividida em duas complexidades, a média e a alta. Os serviços de proteção social especial de média complexidade são voltados para famílias e pessoas que estão em situação de risco social ou tiveram seus direitos violados. Oferece apoio, orientação e acompanhamento para a superação dessas situações por meio da promoção de direitos, da preservação e do fortalecimento das relações familiares e sociais. Por outro lado, os serviços de proteção especial de alta complexidade garantem a proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram em situação de violação de direitos. Sejam eles: Serviço de Acolhimento Institucional, em República, em Família Acolhedora; de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências (BRASIL, 2011a). Segundo a PNAS (2004), a proteção social especial é:

[...] uma modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono,

maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras (PNAS, 2004, p.28).

A Proteção social especial é realizada por meio do Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), que integra redes com serviços de atendimento domiciliar, acolhimento e serviços de referências em situações especiais. Este Centro é designado para pessoas com deficiência, em situações de abandono ou negligência e situações de abusos ou violações e promove ações de apoio circunstanciais em decorrência aos riscos e calamidades (BRASIL, 2011a).

Mais especificamente o CREAS se integra como unidade da rede de assistência especial, compactuado com os poderes regionais, federais, estaduais e municipais, visando ofertar ações que visem a proteção e o cuidado da família/indivíduo em situação de risco social ou pessoal, por violação de direitos que demandem intervenções especializadas na proteção social das famílias. O CREAS inclui, também, a atenção à crianças e adolescentes em situação de trabalho, medidas socioeducativas e situações de abuso/exploração sexual, além de prestar assistência a deficientes, idosos, usuários de substâncias psicoativas, imigrantes e em outras situações de abandono. Por fim, o CREAS realiza intervenção junto às famílias com relação a denúncia de maus tratos, negligência e violência, seja ela física ou psicológica (BRASIL, 2005).

Dentre os serviços ofertados pelo CREAS, pode-se destacar: 1) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado à Família e Indivíduos (PAEFI); 2) Serviço de Proteção Social a Adolescente em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida e de Prestação de Serviços à Comunidade; 3) Serviço Especializado em Abordagem Social e Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias. O CREAS deve proporcionar, portanto, o fortalecimento e a proteção à família, interrompendo os relacionamentos, familiares ou sociais que propiciam a violação de direitos, buscando potencializar a reconstrução dos relacionamentos e a construção de novos, caso necessário. Ademais, o CREAS deve garantir o acesso das famílias/indivíduo aos direitos socioassistencialistas na busca da prevenção de agravamentos, promovendo o protagonismo e a participação social (BRASIL, 2011b).

A articulação do CREAS com outras redes, para além das citadas acima, pode garantir uma melhor qualidade ao serviço ofertado (serviços das demais políticas públicas, como

trabalho e geração de renda, por exemplo; Instituições de Ensino Superior; ONGS que atuam na defesa de direitos; movimentos sociais, etc.). A construção dessas vias de referência e contrarreferência com a rede socioassistencial e de articulação intersetorial com as demais políticas públicas e órgãos de defesa de direitos pode contribuir para o fortalecimento do trabalho do CREAS e a garantia dos direitos dos cidadãos (BRASIL, 2005; Brasil, 2011b).

2.2 A Psicologia e as Políticas Públicas Sociais

Desde o final dos anos 1970, é possível identificar o envolvimento dos psicólogos para com a sociedade brasileira, na defesa de direitos, no engajamento em movimentos sociais, em movimentos da saúde de uma maneira geral e na saúde mental, ou nos mais diversos problemas enfrentados pela população do nosso país. Paralelamente a esse processo, identifica-se também a ampliação de espaços de inserção desses profissionais no mercado de trabalho, especificadamente nas políticas públicas de educação, da saúde ou de assistência social, notadamente com o envolvimento no Sistema Único de Saúde (SUS) e no Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Note-se, no entanto, que somente a partir do NOB/SUAS (2005) que se faz necessária a integração do psicólogo à equipe desse sistema de assistência social.

Segundo Martins e Rocha (2001, p. 36), “o trabalho de psicólogos em instituições de saúde remonta ao início do século XX e surgiu com a proposta de integrar a Psicologia na educação médica”, onde objetivo principal era trazer mais humanização aos atendimentos, visando construir modelos alternativos ao hospital psiquiátrico.

No Brasil, a partir da Constituição de 1988, a saúde passa a ser um direito para todos e dever do Estado. Em 1990, o SUS é regulamentado, instituindo-se a Lei no 8.080/1990. Ele está dividido em três níveis de atenção: o nível terciário (que envolve procedimentos de alta complexidade, tecnologia e custo); o nível secundário (que visam atender agravos à saúde que demandem profissionais especialistas ou recursos mais avançados que o nível primário) e o nível primário, conhecido como a atenção básica, onde são realizados os procedimentos que necessitam de menos tecnologia e equipamentos, capazes de dar uma solução à maioria dos problemas comuns à população (BRASIL, 2007). E é dentro da proteção básica que está inserido o psicólogo, como por exemplo, no programa de Estratégias de Saúde da Família (ESF), onde este profissional ingressa como apoio dos médicos, enfermeiros e agentes comunitários. Ademais, verifica-se a inserção do psicólogo nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que foram criados com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das

ações da Atenção Básica, fornecendo suporte à ESF, com ênfase na territorialização e regionalização (Portaria MS n. 154, de 24 de janeiro de 2008).

Especificamente em relação à inserção do psicólogo no campo da assistência social, Cruz e Guareschi (2012, p. 23) afirmam que “o psicólogo ingressou na assistência social antes dela se construir como política pública, muito antes da obrigatoriedade deste profissional compor equipes de CRAS e CREAS”. Esse trabalho se dava de forma focalizada, com alguns grupos e não com populações, caracterizado por práticas voltadas ao atendimento individual e a não potencialização, além da não promoção à garantia de direitos (REIS; GIULIANI; PASSINI, 2012). Percebe-se, portanto, que a prática do psicólogo era baseada numa perspectiva psicoterápica, na busca da solução de problemas. Diante de tal realidade, verificou-se um grande investimento de psicólogos, professores universitários e conselhos federal e regional de psicologia no sentido de desenvolver pesquisas e práticas profissionais no campo da assistência social para atender às demandas da população, especificamente no campo das políticas públicas sociais.

Então, é a partir da inserção do psicólogo nas políticas públicas que o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Política Pública (CREPOP, 2011), vêm buscando desenvolver práticas que se comprometam com a transformação social e emancipação do ser, colaborando com a promoção de Direitos Humanos no país. A atuação do psicólogo nas políticas públicas “tem como finalidade básica o fortalecimento dos usuários como sujeitos de direitos e o fortalecimento das políticas públicas” (CREPOP, 2011, p. 17), entendidas como “um conjunto de ações coletivas geridas e implementadas pelo Estado, que devem estar voltadas para a garantia dos direitos sociais, norteando-se pelos princípios da impessoalidade, universalidade, economia e racionalidade e tendendo a dialogar com o sujeito cidadão” (CREPOP, 2011, p. 17). A contribuição do psicólogo é, portanto, no sentido de atuar numa política emancipatória e contribuir na dimensão subjetiva dos indivíduos, favorecendo o desenvolvimento a autonomia e da cidadania, ficando distante da prática de categorização, estigmatização e patologização do ser humano.

No entanto, resultados de pesquisas indicam que, no Brasil, um país marcado pela desigualdade social, existem muitas dificuldades que devem ser superadas. Reis, Giuliani e Passini (2012) argumentam que uma das dificuldades presentes nas pesquisas, relacionam-se aos psicólogos que utilizam o atendimento psicoterápico no ambiente da assistência social básica. Outra dificuldade apontada está relacionada à necessidade dos vários profissionais

integrantes da equipe de trabalho se articularem e compreenderem que cada área, individualmente, não dá conta da superação dos fatores de violações de direitos, etc.

Abordando a importância da perspectiva do trabalho interdisciplinar na nova proposta de trabalho nas políticas públicas de assistência social, Macedo et. al. (2011, p. 488) argumentam que “não dá para pensar um projeto de compromisso ético-político para a profissão sem empenhar estratégias políticas coletivas para o enfrentamento do trabalho precarizado e de desmonte das políticas públicas”.

Especificamente no que se refere à atuação do psicólogo nas políticas públicas de assistência social, faz-se necessário considerar que o ser humano vive em interação constante com o meio social e inserido em um contexto cultural, político, religioso que muitas vezes o impossibilita de desenvolver técnicas de enfrentamento das situações da vida. E um olhar ou uma intervenção que venha a valorizar essas interações e valores, pode contribuir para que o sujeito reconheça o seu poder pessoal, construindo novos significados de si, com autonomia e empoderamento para encontrar a solução das suas dificuldades e superar os problemas enfrentados.

Especificamente em relação ao trabalho do psicólogo inserido no CRAS, o CREPOP propõe os seguintes princípios de orientação prática:

1. Atuar em consonância com as diretrizes e objetivos da PNAS e da Proteção Social Básica (PSB), cooperando para a efetivação das políticas públicas de desenvolvimento social e para a construção de sujeitos cidadãos;
2. Atuar de modo integrado à perspectiva interdisciplinar, em especial nas interfaces entre a Psicologia e o Serviço Social, buscando a interação de saberes e a complementação de ações, com vistas à maior resolutividade dos serviços oferecidos;
3. Atuar de forma integrada com o contexto local, com a realidade municipal e territorial, fundamentada em seus aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais;
4. Atuar baseado na leitura e inserção no tecido comunitário, para melhor compreendê-lo, e intervir junto aos seus moradores;
5. Atuar para identificar e potencializar os recursos psicossociais, tanto individuais como coletivos, realizando intervenções nos âmbitos individual, familiar, grupal e comunitário;

6. Atuar a partir do diálogo entre o saber popular e o saber científico da Psicologia, valorizando as expectativas, experiências e conhecimentos na proposição de ações;
7. Atuar para favorecer processos e espaços de participação social, mobilização social e organização comunitária, contribuindo para o exercício da cidadania ativa, autonomia e controle social, evitando a cronificação da situação de vulnerabilidade;
8. Manter-se em permanente processo de formação profissional, buscando a construção de práticas contextualizadas e coletivas;
9. Atuar com prioridade de atendimento aos casos e situações de maior vulnerabilidade e risco psicossocial;
10. Atuar para além dos settings convencionais, em espaços adequados e viáveis ao desenvolvimento das ações, nas instalações do CRAS, da rede socioassistencial e da comunidade em geral (CREPOP, 2011, p. 21-22)

Na mesma direção do CREPOP, Oliveira (2012) argumenta a atuação do psicólogo na assistência básica não deve ser voltada para uma prática psicoterápica, pois esta é permitida prioritariamente no CREAS, devido às demandas de danos psicológicos advindos da violação de direitos, ou situações de violências, físicas ou psíquicas. Porém, o referido autor argumenta que, devido à equipe do CREAS ser pequena e o número de demandas ser geralmente muito grande, o psicólogo não deve se restringir a uma prática que privilegie o uso de psicoterapias, mas deve procurar desenvolver ações coletivas, integradas com os demais profissionais, buscando reinventar práticas para lidar com as situações e demandas diversas

Reis, Giugliane e Pasini (2012), em seu capítulo do livro “O Psicólogo e as Políticas Públicas de Assistência Social” discutem que os resultados obtidos nos fóruns propostos pelo Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (CRPRS) e o CREPOP, tiveram como objetivo a criação de interlocuções entre profissionais na construção do diálogo entre a psicologia e o SUAS. Nesses fóruns foram pontuados alguns desafios e dificuldades, as quais foram elencadas por profissionais de psicologia e outras áreas que se fizeram presentes e que merecem discussões. Além das já citadas aqui, aparecem questões como a precarização dos profissionais nesses serviços e a formação acadêmica pouco articulada com o campo de atuação. Ademais, os profissionais refletem que a precarização do trabalho na assistência social dificulta a realização de um trabalho mais efetivo, podendo produzir frustração ou adoecimento nesses profissionais, ou também refletir numa atuação que não está implicada no outro.

Ainda com relação às dificuldades encontradas no processo de inserção do psicólogo no SUAS, Ribeiro e Guzzo (2014; p.91) destacam algumas delas que são: “precarização das condições de trabalho; dificuldade na articulação com a rede socioassistencial e demais políticas públicas; ausência de formação continuada e avaliação do trabalho; abuso de poder; falta de identidade com o SUAS; e desmobilização dos trabalhadores”. Note-se que tais dificuldades vão ao encontro daquelas levantadas nos fóruns realizados pelo CFPRS e CREPOP, mas vão mais além quando enfatizam a questão do abuso de poder, considerando a essa questão de se tratar as políticas de assistência como forma de filantropia ou clientelismo, reforçando a ideia de controle sobre o indivíduo.

Santos (2016, p. 161) destaca, com relação aos psicólogos inseridos no CRAS, a dificuldade “que a (o) psicóloga (o) não consegue afastar-se de um trabalho clínico e elitizado para um trabalho que visa o social e o comunitário” e que é necessário “rever seu posicionamento ético-político e teórico-metodológico” para que se possa romper com esse caráter reprodutivo. O referido autor argumenta que mesmo com o acesso fácil aos documentos que orientam a atuação nesses serviços, eles não se apresentam como suficientes para suprir a dúvida desse profissional inserido no CRAS. Ademais, ele ainda levanta questões de práticas profissionais que obedecem aos interesses dominantes.

Porém, mesmo com as dificuldades, Oliveira e col. (2016, p.46) apontam colaborações que o profissional em psicologia dá ao serviço de assistência social:

O encontro do profissional de Psicologia com a comunidade tem o potencial de abrir caminhos para a sua prática. A atuação do psicólogo possibilita, nas limitações estruturais impostas pelo modo de produção capitalista, avançar na efetivação da garantia de direitos nas dimensões individual, familiar, grupal e comunitário, contribuindo para o fortalecimento das políticas sociais.

Pode-se perceber nos estudos apresentados que essas dificuldades perpassam anos e que, mesmo com a construção de espaços para discussão, desenvolvimento ou produções científicas, ainda permanecem muitas dificuldades e uma tendência em adotar práticas tradicionais da psicologia, com ênfase no atendimento psicoterápico e na perspectiva individual. Então, diante dessas colocações, faz-se necessário refletir sobre os preceitos que guiam a atuação dos psicólogos dentro desses serviços para que se possa refazer as práticas dia após dia, em conjunto com os sujeitos que compõem esse ambiente, sejam usuários, profissionais que compõe a equipe, ou até mesmo instâncias maiores, contribuindo, assim para atingir as propostas da política de assistência social. Neste sentido, se faz necessário

refletir sobre a importância deste profissional para o fortalecimento e desenvolvimento de autonomia dessa sociedade, frente às demandas de direitos políticos e sociais.

Coimbra e Nascimento (2009) apontam que um dos grandes problemas relacionado à atuação do profissional em psicologia no campo das Políticas Públicas, são práticas sutis, ainda vinculadas às estratégias de avaliação, testagem e diagnósticos psicopatológicos que, historicamente, sempre estiveram atrelados ao movimento higienista de disciplinamento, controle e regulação de comportamentos considerados como inadequados e desajustados à sociedade normativa. Esse tipo de prática é, de acordo com Dimenstein (2000), decorrente, também do tipo de formação oferecida nas Instituições de Ensino Superior, especificamente aquelas que forma os psicólogos. De acordo com a referida autora, além desses cursos estarem ainda vinculados à paradigmas clássicos de psicologia, não proporcionam uma formação produzida a partir de uma relação teoria-prática, voltada para atender às reais necessidades da população, principalmente aquelas relacionadas às camadas mais carentes da sociedade brasileira.

Gimenes (2011) também discute a necessidade de os cursos de formação em psicologia repensarem seus paradigmas e fundamentarem o processo de preparação dos profissionais a partir de uma relação da teoria com a prática, voltada para o conhecimento das reais demandas da população, capaz de promover o compromisso ético para com o outro. Por isso, o psicólogo tem o papel essencial de possibilitar a criticidade e a reflexão diante as demandas sociais ou pessoais que possam surgir, como também que esses exerçam e tomem postura frente a realidade exposta, que construa suas próprias percepções de mundo. É preciso salientar que a prática deve fazer parte do processo formativo do sujeito como pessoa e também como futuro profissional, já que é inseparável essa fusão da teoria e prática. Sendo assim, “a prática é fundamento, finalidade e critério de verdade da teoria. A primazia da prática sobre a teoria, longe de implicar contradição ou dualidade, pressupõe íntima vinculação a ela” (VÁZQUEZ, 1997, apud GIMENES, 2011. p. 35 – 36).

A seguir, será relatada, sumariamente, uma experiência de estágio em um curso de psicologia que poderá servir de mais um subsídio de reflexão sobre a realidade de formação desse profissional, especificamente em relação às políticas públicas de assistência social no Brasil e a atuação dos psicólogos nesse contexto.

3. Relato de Experiência no Estágio Multidisciplinar Integrado (EMI)

3.1 Estágio Multidisciplinar Integrado

Estágio é definido pela Lei nº. 11.788, de 25 de setembro de 2008, como o ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa a preparação para o trabalho produtivo do estudante. O estágio integra o itinerário formativo do educando e faz parte do projeto pedagógico do curso. Dessa forma, o Estágio Multiprofissional Interiorizado (EMI), engloba – além dessas características citadas anteriormente – a necessidade de promover práticas de saúde em âmbito municipal, sob uma perspectiva multidisciplinar.

Dentro da perspectiva de oferecer aos alunos que estão em fase de conclusão da graduação na área de saúde, uma experiência real no campo de atuação, o Estágio Multidisciplinar Interiorizado (EMI), foi implantado em 1994, através da Resolução UEPB/CONSEPE/07/94, envolvendo a Pró-Reitoria de Ensino de Graduação através de uma parceria entre municípios paraibanos. É um programa que conta com a participação dos alunos de cursos de Odontologia, Enfermagem, Psicologia, Farmácia, Fisioterapia e Educação Física e que visa atender as cidades mais afastadas da cidade de Campina Grande. Esse estágio é definido como um componente (atividade) curricular obrigatório, que abrange uma carga horária de 160 horas, para cada aluno estagiário, em regime de 8 horas diárias, exceto aos sábados, domingos e feriados, nas políticas públicas, nos serviços básicos de saúde, hospitais, escolas e assistência social, de modo multidisciplinar.

No caso específico dessa experiência, o grupo de estagiários foi formado pelos estudantes de odontologia (uma aluna), farmácia (uma aluna), psicologia (um aluno), enfermagem (duas alunas), fisioterapia (duas alunas) que desenvolveram atividades multidisciplinares durante o período de 20 de fevereiro a 09 de março de 2018 no município de Puxinanã, Paraíba. Todos esses alunos foram orientados pelos responsáveis de cada curso, em relação às dificuldades, dúvidas ou questionamentos durante todo o período do estágio.

A equipe desenvolveu atividades de assistência individuais nos locais que foram designados pela Secretaria de Saúde da cidade e atividades coletivas relacionadas à educação em saúde durante o evento do dia da mulher e na escola municipal da cidade. As atividades ocorreram no período de 20 de fevereiro a 09 de março de 2018. No entanto, por questões práticas, serão apenas relatadas as experiências obtidas no campo da psicologia e sua inserção no CRAS do município.

3.2 Apresentação da cidade onde o estágio foi realizado

O município de Puxinanã está localizado no estado da Paraíba e pertence à Região Metropolitana de Campina Grande. É conhecido como a cidade dos lajedos, pela grande quantidade de pedras encontradas em seu território e foi emancipado politicamente em 28 de janeiro de 1962, possuindo uma área territorial de 72,677 km² e uma densidade demográfica, no ano de 2010, de 177,81 hab./ km² sua população, em 2016, foi estimada pelo IBGE em 13.638 habitantes. Fica localizado a 121 km da capital, João Pessoa e, entre suas comunidades rurais, pode-se citar: Jenipapo, Samambaia, Campo D' Angola, Grotão, Várzea de Lagoa, Pai Domingos e Serra de Maracajá. Puxinanã faz parte da 2º macrorregião de saúde da Paraíba, estando inserida na Comissão de Intergestores Regional- CIR – Renascer do Brejo.

O município conta com uma UBSF Materno Infantil, uma UBS – Beija Flor, um CRAS, um NASF, um hospital e uma farmácia básica, além do planejamento para uma futura inserção de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que foi apresentado na audiência pública em saúde, realizada na cidade no dia 28 de fevereiro de 2018.

3.3 O percurso inicial da experiência

A experiência se inicia quando somos encaminhados à cidade, após uma reunião que aconteceu no departamento de psicologia com os responsáveis de cada curso, os quais informam sobre como é caracterizado o EMI, os devidos encaminhamentos que devemos fazer nas cidades e as ações coletivas que devem ser desenvolvidas por todos. Assim, somos direcionados às respectivas cidades, buscando a secretária de saúde, local onde se apresentam os serviços disponíveis na cidade e fazem o direcionamento para os serviços, sendo eles: a farmácia básica, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), hospital, Unidade Básica de Saúde (UBS) e Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF).

A partir do direcionamento feito pela Secretária de Saúde para o NASF, foi mantido o primeiro contato com a psicóloga do local para apresentação e informações sobre como iniciar as atividades ali. Nesse contato, a referida profissional relatou que realizava triagem e atendimento individual. Diante desta informação, senti-me inseguro, considerando que de acordo com a Portaria nº 154 de 2008, o trabalho dos profissionais que compõem a equipe do NASF, em conjunto com as equipes de atenção básica, deve estar voltado para a integração social do modo de viver no coletivo, a partir de uma prática dialógica que propicie a

integração dos profissionais com os indivíduos, de forma que contribua para o combate ao sofrimento subjetivo da doença com práticas e saberes em saúde.

Durante esse período também foi feita interlocuções com a Secretária de Educação a fim de tentar alguma ação coletiva de saúde nas escolas do município. No entanto, apresentou-se uma dificuldade, pois a referida secretaria exigia autorização para conceder o acesso às escolas, fato que demandaria tempo, não compatível com o período de estágio no município. Também se fez tentativas de contato com a psicóloga educacional da cidade, a qual trabalha em uma escola “especial”, mas devido a questões de desencontros, não houve essa interlocução.

Diante dessas tentativas frustradas, foi realizado o direcionamento para o CRAS da cidade. Para tanto, foi necessário entrar em comunicação com o orientador responsável do estagiário em psicologia e, logo após, com a Secretaria de Saúde de Puxinanã, para informar a mudança de local e explicar os motivos para tal.

3.4 Caracterização do CRAS

O CRAS do município de Puxinanã localiza-se na Av. Vinte e Oito de Janeiro, Centro, próximo a conhecida feirinha da cidade, Puxinanã – PB. Atualmente este serviço de Assistência Social conta os seguintes profissionais: uma psicóloga, uma assistente social, uma secretária, uma administradora geral do serviço, duas funcionárias de serviços gerais/cozinha. No tocante da estrutura, o ambiente em questão possui uma sala para os profissionais, uma sala onde se guardam os recursos recebidos (feiras, fraldas, materiais para oficinas), um espaço para realização de atividades propostas pelo serviço, e uma cozinha.

Considerando as dificuldades enfrentadas (falta de investimento e estrutura) pelas políticas de assistência social, o CRAS de Puxinanã dedica-se para ofertar a população da cidade os seguintes serviços: entrega de cestas básicas, visitas domiciliares, grupos com gestantes e idosos, além de outros auxílios assistenciais, como entrega de fraldas para pessoas jovens, adultas ou idosas que necessitam, devido a doenças ou transtornos mentais, kit com itens como banheira, toalhas, fraldas, mamadeira e uma roupa para a criança (de acordo com o sexo) para gestantes.

3.5 Atividades desenvolvidas no estágio

No período entre 20 de fevereiro a 09 de março, na cidade de Puxinanã, inserido no CRAS, foi possível se fazer observação do ambiente, do trabalho dos profissionais que compõem a equipe do CRAS (já citados) e dos demais profissionais que ali estão circulando, como: Agentes Comunitários em Saúde (ACS), motorista, instrutores dos cursos e gestores de outros serviços. Ademais, foram realizados acompanhamentos em algumas visitas domiciliares com a psicóloga do local, além de preenchimento de cadastros e entrega de cestas/fraldas, observação dos grupos de idosos e gestantes. Também foi possível a realização de duas atividades nos dois grupos existentes no CRAS, o grupo de idosos, que acontecia nas terças-feiras das 14h00min às 16h00min; e o das gestantes, nas quartas-feiras, de quinze em quinze dias, das 14h00min às 16h00min. também aconteceram trocas de informações através de conversas informais, no intuito de conhecer mais sobre o serviço e como os profissionais lidavam com as questões que surgiam ali. Não foi realizada nenhuma busca ativa no período que se estagiou na cidade.

Ao final da experiência, como atividade obrigatória do EMI, os estagiários da equipe deveriam realizar uma ação coletiva em saúde na cidade, onde deveria visar o aspecto da multidisciplinariedade no cuidado básico em saúde. Então, foi realizada uma ação em conjunto com um evento promovido pela prefeitura no dia da mulher. Nessa perspectiva, havia a previsão de, durante o evento, ocorrerem palestras, momentos de descontração, de cuidado com a beleza, como um espaço dedicado aos estagiários para aplicarem seus conhecimentos em cuidado da saúde. Ademais, previam-se ações de aferição de pressão, realização de exames rápidos, informações sobre saúde bucal e mental, sobre o corpo e sobre medicação. Dessa forma, os saberes em Enfermagem, Psicologia, Farmácia, Fisioterapia e Odontologia atuaram ao mesmo tempo, dinamizando a contribuição para o trabalho em saúde comunitária.

Foi realizada uma ação na escola no dia 09 de março, coordenada pela enfermeira da UBSF, onde pude integrar à equipe e trazer a contribuição da psicologia para a prevenção ou cuidados da gestação na adolescência. O evento contou com a participação de alunos (cerca de 40), quando as estagiárias de enfermagem trouxeram slides, apresentando doenças sexualmente transmissíveis, explicando métodos contraceptivos e cuidados com estes, como também abordaram alguns cuidados na gestação. A estagiária de farmácia trouxe informações sobre medicamentos que prejudicam a gravidez que provocam aborto, como também plantas que tem o mesmo efeito. Eu, como estagiário de psicologia, apresentei informações sobre o processo de gravidez na adolescência, as implicações pessoais, familiares, relacionais e

sociais, como também formas de buscar assistência e cuidado, preservando a proteção e integridade de todos. A estagiária de odontologia estava acompanhada pela dentista da UBSF, fornecendo mais informações sobre o cuidado bucal, elencando as complicações que este pode causar na gestação. As estagiárias de fisioterapia não participaram pois já tinham encerrado as atividades na cidade.

3.5.1 Grupo de Idosos

O grupo de idosos acontecia todas as terças feiras, de catorze às dezesseis horas, contava com 20-30 participantes, sendo a maioria mulheres, com apenas um homem que comparecia somente quando estava presente na cidade. O grupo estava sob responsabilidade da coordenadora do CRAS, a qual desconheço formação, a qual assumiu esse papel porque a antiga psicóloga, fundadora do grupo em 2014, foi desvinculada do CRAS por questões políticas. Na parede estavam expostas fotos de atividades realizadas pela antiga coordenadora, como bingos, viagens, formação de uma banda, atividades físicas, entre outras.

As atividades que estavam sendo realizadas pela coordenadora do CRAS estavam voltadas para oficinas de criação, tais como colagem, pintura, modelagem de objetos, porém não foi identificado qualquer interesse para a abertura de diálogo ou reflexão sobre as criações, recém- construídas.

Dentro do grupo de idosos, foi possível perceber uma fraca construção de vínculos, considerando-se que o grupo possui um bom tempo de existência. Foi possível observar, também, por meio das conversas informais, que o vínculo com a psicóloga atual é inexistente, pois esta não coordena o grupo, nem está presente nos dias do grupo, e relatam que a antiga psicóloga do serviço coordenava o grupo e promovia um número diverso de atividades.

Após uma solicitação feita pela coordenadora do CRAS, foram desenvolvidas atividades junto ao grupo dos idosos. Na ocasião, realizaram-se dinâmicas grupais, visando o estabelecimento de vínculo grupal, estimulando a comunicação/expressividade sobre sentimentos, de acordo com o planejamento que se tinha para a semana. Utilizou-se a dinâmica do balão, na qual se colocava uma palavra ou frase, expressando o que a pessoa gostaria de dizer a alguém, dentro do balão. Em seguida, esses balões foram inflados e os usuários começaram a jogá-lo para o alto. Na sequência, aos poucos, iam se retirando algumas pessoas, uma a uma, até restar apenas uma que estivesse lidando com o maior número de balões no alto. Depois foi solicitado que cada usuário escolhesse um balão aleatório,

estourasse e lesse a frase para alguém do grupo. Algumas relataram terem gostado da atividade mesmo fazendo esse esforço físico, outras não gostaram e não realizaram a atividade de baixar-se e pegar a bola, onde eu ou algumas participantes faziam, acredito que por complicações. Elas avaliaram de forma positiva como *“foi bom trazer isso para nós, pois me fez movimentar e movimentar é bom”*, como também *“essa atividade foi boa, pensei que era para escrever algo para mim, mas era pra outra pessoa e eu adorei ler o que escreveram no meu papel”*.

Outra atividade foi realizada no dia das mulheres, na qual foram distribuídos corações com palavras que exaltavam a mulher e elas deveriam escolher os corações e entregar para alguém do grupo que se encaixasse naquela palavra e, se necessário, falar algo para aquela pessoa. Algumas elogiavam suas amigas, dizendo que elas eram maravilhosas, que era uma pessoa especial, que adorava a amizade, que a queria para sempre na vida. Após o fim, a coordenadora tomou as palavras para fazer a finalização e agradecimento, inclusive agradeceu a presença de um político que esteve presente e a disposição das mulheres que se fizeram presentes e participaram da atividade.

Em ambas as dinâmicas aplicadas percebeu-se uma dificuldade na verbalização e no entendimento das atividades propostas, ainda que as mesmas foram explicadas várias vezes antes e durante a execução. Também se faz necessário pontuar a significativa abertura de espaço e a receptividade, tanto da coordenação quanto do grupo, para que se pudessem realizar as atividades.

Especificamente sobre os grupos de idosos Neves e Macêdo (2017) argumentam sobre a importância de se realizarem atividades que envolvam os membros desse grupo, pois estas *“contribuem para o processo de um envelhecimento ativo e saudável, proporcionam um espaço para troca de experiências, evitando um isolamento social”*. Ademais, os autores enfatizam que a formação de espaços de convivência estimula o indivíduo a desenvolver sua autonomia, melhorar sua qualidade de vida e sua autoestima, seu senso de humor, proporcionando sua inclusão social.

3.5.2 Grupo de Gestantes

Com relação ao grupo das gestantes, este contava com uma média de 15-20 gestantes e as reuniões aconteciam quinzenalmente, nas quartas-feiras, do catorze às dezesseis horas, sob a coordenação da psicóloga atual, que está inserida no serviço há pouco mais de um ano. A

única reunião que aconteceu no período em que eu estava estagiando na cidade, teve como objetivo promover uma reflexão das gestantes sobre o que elas entendiam ser mulher e ser mãe. A iniciativa da intervenção partiu da psicóloga do CRAS e, durante o processo, foram feitas perguntas do tipo: “*como vocês se veem como mulher e como mãe?* ”; “*você se questiona porque sempre é a responsável pela casa e pelos filhos?* ”; “*vocês tiram um tempo para cuidar mais de vocês?* ”. Foram provocadas outras perguntas que suscitavam o questionamento sobre o cuidado, a responsabilidade, além do papel social que é ser mulher e mãe. Algumas diziam que raramente costumavam tirar esse tempo para elas mesmas, algumas colocaram a questão de o marido trabalhar e ela ser responsável em cuidar das coisas de casa, das crianças.

Como resultado da atividade foi perceptível a inibição do grupo perante o posicionamento diante das discussões que foram levantadas. Infere-se que esse resultado pode estar relacionado à falta de vínculo entre os membros do grupo, considerando que o membro do mesmo não era fixo, devido ser formado por gestantes que estavam perto da gestação.

Esse grupo foi criado a partir da necessidade da cidade, a qual apresenta um alto índice de gestação na adolescência e tem como objetivo ser informativo sobre os cuidados com a gestação, com o período pós-gestação, com caráter preventivo e protetivo da assistência básica. Era ofertado às gestantes que estavam próximo à gestação um kit de banho e enxoval, porém era necessário a participação nas reuniões que aconteciam por um determinado período.

A psicóloga do CRAS trabalha com grupo das gestantes e faz algumas visitas domiciliares quando solicitada. Trabalha nas terças, quartas e sextas-feiras, sendo a quarta o único dia que trabalha oito horas diárias. Tem formação em clínica, com ênfase em logoterapia e, em conversas informais, se mostrou negativa frente à psicologia social e trabalho em grupos, relatando, apenas, interesse em atendimento individual, o qual ela realiza como atividade no CRAS.

Porém, considerando o documento de orientações técnicas CRAS (MDS, Orientações Técnicas do CRAS, 2009):

Os profissionais da psicologia não devem adotar o atendimento psicoterapêutico no CRAS. Assim, esses profissionais não devem “patologizar” ou categorizar os usuários do CRAS nos seus atendimentos, mas intervir de forma a utilizar dos seus recursos teóricos e técnicos para: a) compreender os processos subjetivos que podem

gerar ou contribuir para a incidência de vulnerabilidade e risco social de famílias e indivíduos; b) contribuir para a prevenção de situações que possam gerar a ruptura dos vínculos familiares e comunitários, e c) favorecer o desenvolvimento da autonomia dos usuários do CRAS. Esses profissionais devem fazer encaminhamentos psicológicos para os serviços de saúde, quando necessários. (MDS, Orientações Técnicas do CRAS, 2009).

Durante o processo de inserção no local, não foi perceptível a multidisciplinariedade dos profissionais do local como meio para se trabalhar na assistência básica. Os trabalhos eram realizados individualmente, divididos por tarefas de profissões. A psicóloga realizava atividade de atendimento individual, tendo esse caráter de cuidado à saúde mental; a assistente social atendia às demandas que envolviam a burocracia dos direitos e benefícios ofertados pelo CRAS e a coordenadora, trabalhava na comunicação dos órgãos institucionais e o CRAS, por meio de busca de cursos, financiamento, materiais para as oficinas, cestas básicas, etc. Finalmente, a técnica resolvia as questões de transportes, assinaturas, ou comunicação entre população e os profissionais do CRAS.

A metodologia de trabalho, segundo o documento de Orientações Técnicas para os CRAS (MDS, Orientações Técnicas do CRAS, 2009) tem como proposta para sua equipe multiprofissional e, principalmente, para a equipe técnica de nível superior (assistentes sociais e psicólogos), deve ser construída de forma interdisciplinar, forma esta que contribui para que os profissionais tenham uma visão e uma compreensão mais abrangente da realidade, refletindo em contribuições para suas práticas.

Esta metodologia de trabalho está baseada nas seguintes diretrizes metodológicas do PAIF contidas no Manual de Orientações Técnicas “a interdisciplinaridade é um processo dinâmico, consciente e ativo, de reconhecimento das diferenças e de articulação de objetos e instrumentos de conhecimento distintos, que contribui para a superação do isolamento dos saberes” (BRASIL, 2009, p. 65).

4. Considerações Finais

Diante das leituras realizadas, em conjunto com a experiência que tive no EMI, posso concordar com alguns autores já citados que a postura do profissional em psicologia, principalmente dentro do campo das políticas públicas sociais ainda se mergulha em práticas voltadas clínicas, não possibilitando o rompimento com as amarras invisíveis de submissão, muitas vezes, impostas pelas instituições. Ademais, considera-se que esse tipo de prática é

reflexo de uma formação que ainda é voltada, em sua maioria, para uma atuação numa perspectiva psicoterápica, individual sem fornecer condições para uma atuação nas políticas públicas, com um enfoque de atuação junto ao coletivo, fundamentando-se em outros referenciais teóricos, para além de um olhar e de uma prática psicologizantes.

O EMI representou, para mim, uma possibilidade de não só acompanhar, durante três semanas, o serviço nas políticas públicas (principalmente aquele realizado no CRAS), mas de poder pôr em prática o conhecimento que me foi perpassado durante a graduação. Porém, da mesma forma que me possibilitou algo, senti que ela me tirou algo, no sentido de que antes de vivenciar EMI eu tinha uma expectativa positiva em relação à essa experiência, mas não foi correspondida.

Construí expectativas positivas, pois acreditava na capacidade das pessoas se comprometerem com a assistência social e, ao me deparar com os acontecimentos já relatados, me senti desmotivado, paralisado diante tudo. Recorrendo a supervisão do EMI, me senti novamente perdido, pois esta orientava que eu deveria fazer as atividades já descritas pelo programa, para que eu pudesse ser avaliado, tanto pelo profissional do CRAS, quanto pela supervisão. Então, senti que a minha função ali era apenas concluir aquelas metas estabelecidas, não importando como, mas sobressaltando a necessidade de cumprir com os requisitos para uma aprovação numa avaliação final.

Porém, mesmo com esse sentimento de incapacidade, eu pude fazer uma abstração de toda a experiência e perceber que vivenciei momentos que eu sou grato, seja ao desenvolver algumas atividades, seja ao estabelecer diálogos com todos os profissionais, mesmo que em alguns momentos tenham sido curtos. Permiti-me abster de todas as atitudes negativas e me comprometer, durante todo o processo, para com as pessoas que estive em contato, tentando deixar um pouco sobre psicologia naquele espaço, um pouco sobre o que aprendi, pude compartilhar e me compartilharam coisas. Pude, através de toda essa experiência, absorver um pouco da cidade, um pouco dos profissionais, um pouco das pessoas que passaram pelo CRAS em busca de seu benefício, de sua alimentação, de seu cuidado. Recebi abraços e palavras de desconhecidos que, sem dúvida, moldaram o profissional que eu serei futuramente.

Durante essa experiência posso dizer que fui jogado e fui me jogando, fui buscando absorver tudo que foi possível, desde os momentos que me senti completamente perdido, até a tentativa de me sentir orientado em todo esse processo. Marcou-me o sentimento de que o que

eu estava valendo era nota e não, a experiência, o que eu estava desenvolvendo; era o que o outro iria achar e me avaliar. Mas, em meio a esse turbilhão de informações e sentimentos, pude extrair reflexões que contribuíram para eu decidir sobre o profissional que eu quero estar sendo e no que eu não busco ser...

5. Referências Bibliográficas

BRASIL. Lei nº 8.742. **Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS)**. Brasília: DF, 7 de dezembro de 1993. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742compilado.htm>

BRASIL. Lei nº 12.435. **Lei do Sistema Único de Assistência Social (SUAS)**. Brasília: DF, de julho de 2011a. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm>

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília. 2004. Disponível em <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>

BRASIL. **Norma operacional básica - NOB/SUAS**. Brasília: MDS. 2005. Disponível em <https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia_social/nob_suas.pdf>

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília, DF. 2007.

BRASIL. **Orientações Técnicas: Centro de Referência Especializado de Assistência Social –CREAS**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2011b. Disponível em <<http://aplicacoes.mds.gov.br/snas/documentos/04-caderno-creas-final-dez.pdf>>

BRASIL. **Orientações Técnicas sobre o PAIF: trabalho social com famílias do serviço de proteção e atendimento integral à família**. Vol. 2, Brasília. 2012. Disponível em <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_PAIF_2.pdf>

CARIAGA, M. H. **Políticas sociais: a família sob o olhar do estado no Brasil**. In: SCHEFFER, G.; CARIAGA, M. H.; BURGINSKI, V. M. Políticas sociais, práticas e sujeitos: prismas da atualidade. Campinas, SP: Papel Social. Art. 3, 2013. Pág.: 53-70.

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLITICAS PUBLICAS. **Conheça o CREPOP**. 2011. Disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2007/08/cartilha_crepop_cras_suas.pdf>

CINTRA, M. S.; BERNARDO, M. H. **A atuação do psicólogo na atenção básica do SUS e a psicologia Social**. Psicologia: Ciência e Profissão. Out/dez., 2017 v. 37 n°4, 883-896. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n4/1414-9893-pcp-37-04-0883.pdf>>

COUTO, B. R. A Assistência Social como política pública: do sistema descentralizado a participativo ao Sistema Único de Assistência Social - Suas, 2006. In: CRUZ, L. R.; GUARESCHI, N. M. F. **A Constituição da assistência social como política pública: interrogações à psicologia**. 5. Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2014. Cap. 1, pag. 13-40.

COIMBRA, C.; NASCIMENTO, L. M. Movimentos sociais e sociedade de controle. In: TEDESCO, S.; NASCIMENTO, L. M. (Org.). **Ética e subjetividade: novos impasses no contemporâneo**. Porto Alegre: Sulina. 2009.

CRUZ, L. R.; GUARESCHI, N. (orgs.). A Constituição da assistência social como política pública: interrogações à psicologia. In: CRUZ, L. R.; GUARESCHI, N. M. F. **Políticas públicas e assistência social: diálogo com as práticas psicológicas**. 5. Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2014. Cap. 1, pag. 13-40.

DIMENSTEIN, M. D. B. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**, 2000; 5(1), 95-121. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2000000100006> .

GIMENES, C. I. **Um estudo sobre a epistemologia da formação de professores de ciências: indícios da constituição de identidades**. Dissertação (Mestrado) em educação – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná. Curitiba. 2011.

MARTINS, D. G.; ROCHA, A. J. **Psicologia da saúde e o novo paradigma: novo paradigma?** Psicologia: Teoria e Prática, 2001, p. 35-42. Disponível em <https://www.mackenzie.br/fileadmin/ARQUIVOS/Public/top/midias_noticias/editora/old/Editora/Revista_Psicologia/Teoria_e_Pratica_Volume_3_-_Numero_1/v3n1_art3.pdf>

MACEDO, J. P. et. al. **O Psicólogo Brasileiro no Suas: quantos somos e onde estamos?** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 16, n. 3, p. 479-489. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n3/v16n3a15>>

Ministério do Desenvolvimento Social. **Orientações técnicas: Centro de Referência de Assistência Social – CRAS**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate

à Fome. 2009. Disponível em

<http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes_Cras.pdf>

NEVES, J. F.; MACÊDO, O. J. V. **Atuação de Profissionais de Psicologia no CRAS junto aos idosos**. Revista Interdisciplinar em Saúde. Cajazeiras, PB. Pág.: 119-134. 2017

NICACIO, E. **Entre o universal e o singular: o usuário como sujeito**. In: SCHEFFER, G.; CARIAGA, M. H.; BURGINSKI, V. M. Políticas sociais, práticas e sujeitos: prismas da atualidade. Campinas, SP: Papel Social. Art. 6, 2013. Pág.: 99-109.

OLIVEIRA, I. F. **Os desafios e limites para a atuação do psicólogo no SUAS**. In: CRUZ, L. R.; GUARESCHI, N. (orgs.). O psicólogo e as políticas públicas de assistência social. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012. Cap. 2, pág; 35-51.

OLIVEIRA, N. L. A. (col.). **Relato de Experiência: a atuação do psicólogo no CRAS e sua contribuição para o fortalecimento dos direitos sociais**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 22, n. 1, p. 31-45. 2016.

PEREIRA, W. C. Políticas públicas de assistência social brasileira: avanços, limites e desafios. Centro Português de Investigação em história e trabalho social, Lisboa. 2006. In: SPOSATI, A. O. et. al. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise**, 11. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

Portaria GM N° 154. (2008, 24 de janeiro). **Criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF** - Republicada em 04 de março, 2008. Ministério da Saúde. Brasil.

REIS, C.; GIUGLIANI, S.; PASINI, V. L. Conversando sobre psicologia e o SUAS: potencialidades e desafios para a atuação do profissional dos psicólogos na política de assistência social. In: CRUZ, L. R.; GUARESCHI, N. (orgs.). **O psicólogo e as políticas públicas de assistência social**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012. Cap. 9, pág.: 149-166.

RIBEIRO, M. E.; GUZZO, R. S. L. **Psicologia no Sistema Único de Assistência Social (SUAS): reflexões críticas sobre ações e dilemas profissionais**. Pesquisas e Práticas psicossociais, 9(1), São João Del-Rei. 2014. P. 83-96. Disponível em

<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/viewFile/837/651>

SANTOS, P. H. R. **Psicologia e Suas: problematizando a atuação do (a) psicólogo no CRAS**. Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas v. 1, n. 2. 2016, p. 165. Disponível em

<<http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/viewFile/13616/10510>>

SPOSATI, A. O. et. al. **Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras**: uma questão em análise, 11. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

YAMAMOTO, O. H. **Políticas Sociais: “terceiro setor” e “compromisso social: perspectivas e limites do trabalho do psicólogo**. Psicologia e Sociedade, 19 (1): pág. 30-37; jan/abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/psoc/v19n1/a05v19n1.pdf>>

YAMAMOTO, O. H.; OLIVEIRA, I. F. **Política Social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos**. Psicologia. Brasília, Teoria e Pesquisa, vol. 26, n. especial, pág. 9-24. 2010. Disponível em: <<https://revistapt.unb.br/index.php/ptp/article/view/484>>