

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Patrícia Araújo de Oliveira

O Cuidado na Prática do Psicólogo no Centro de Referência de Assistência
Social (CRAS)

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

São Paulo – SP

Janeiro/2019

Patrícia Araújo de Oliveira

O Cuidado na Prática do Psicólogo no Centro de Referência de Assistência
Social (CRAS)

Dissertação apresentada ao Núcleo de
Psicossomática e Psicologia Hospitalar como
exigência para obtenção do título de Mestre em
Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo sob a Orientação da Dra.
Edna Maria Severino Peters Kahhale.

São Paulo – SP

Janeiro/2019

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta Dissertação de Mestrado por processos de fotocópias ou eletrônicos.
Janeiro/2019

Oliveira, Patrícia Araújo de O Cuidado na Prática do Psicólogo no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) / PatríciaAraújo de Oliveira. -- São Paulo: [s.n.], 2019. 128p ; 30 cm.

Orientador: Edna Maria Severino Peters Kahhale. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) -Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, 2019.

1. Psicologia. 2. CRAS. 3. SUAS. 4. Cuidado. 5. Políticas Públicas. I. Kahhale, Edna Maria Severino Peters. II. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica. III. Título.

Patrícia Araújo de Oliveira

O Cuidado na Prática do Psicólogo no Centro de Referência de Assistência
Social (CRAS)

Dissertação apresentada ao Núcleo de
Psicossomática e Psicologia Hospitalar como
exigência para obtenção do título de Mestre em
Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade
Católica de São Paulo sob a Orientação da Dra.
Edna Maria Severino Peters Kahhale.

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dra. Edna Maria Severino Peters Kahhale – PUC/SP

Dra. Ianni Regia Scarcelli – USP

Dr. Claudinei Affonso – PUC/SP

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES)- Código de Financiamento 88887.147860/2017-00”.

“This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES)- Finance Code 88887.147860/2017-00”.

Agradecimentos

À PUC e à CAPES, por tornarem esse trabalho possível.

À minha orientadora, Edna, por revelar novas perspectivas para minha atuação profissional e acadêmica.

À banca examinadora, Prof. Dra Ianni e Prof Dr. Claudinei, pelo interesse e pelas orientações necessárias para a realização do trabalho.

À minha família pelo apoio, segurança, amor e por sempre acreditarem em mim. Inês e Marcelo, por me apoiarem desde o começo; Rodolfo, por me entender e me ajudar com cada detalhe.

Ao Alexandre, pelo seu amor e companheirismo em todos os momentos.

Aos meus amigos, em especial Ligia, Raisal, Patrícia e Tati, que me ajudaram com as conversas e reflexões.

Às minhas amigas e colegas de trabalho, Mônica, Sandra, Rosa, Cida e Adria, pela parceria diária.

Em especial, à população atendida pelo CRAS, que permitiu a construção desse trabalho. Agradeço por me ensinarem sempre as novas possibilidades de encarar a vida.

Resumo

A dissertação discutirá a atuação do psicólogo nas políticas públicas a partir do olhar da pesquisadora, que é funcionária pública que atua no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), equipamento da proteção básica do Sistema Único da Assistência Social (SUAS). Partindo do histórico do SUAS e do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como das produções e experiências acumuladas, é proposta uma atuação que tem o Cuidado como base. Utilizando a psicologia Sócio-Histórica, principalmente Vygotsky (1896-1934) como referência, será proposto um modelo que utiliza a Zona de Desenvolvimento Proximal como método de alcançar o cuidado integral.

Foram realizadas duas entrevistas com profissionais da área. O depoimento da própria pesquisadora também serviu como base para a análise. Buscou-se uma forma de atuação que respeite as histórias individuais, os projetos de vida e de felicidade.

Abstract

The dissertation will discuss the conduct of psychologists in public policies from the perspective of this researcher, who is a public employee working at the Social Assistance Referral Center (CRAS), the basic protection equipment of the Social Assistance System (SUAS). Using references from the history of SUAS and the Health System (SUS), as well as accumulated experiences and experiences, an action is proposed that has Cuidado ("Care") as a basis. Using Socio-Historical psychology, especially Vygotsky (1896-1934) as a reference, a model will be proposed that uses the Zone of Proximal Development as a method for achieving integral care.

Two interviews with professionals of the area were carried out. The researcher's testimony was also used as basis for the analysis. A way of acting that respects the individual stories, the projects of life and happiness was pursued.

Sumário

Apresentação.....	9
1.O SUAS e a Atuação do Psicólogo na Política.....	13
2.O Cuidado nas Políticas Públicas.....	21
3.O Psicólogo no CRAS Baseado em Vygotsky.....	39
4.Objetivos.....	43
4.1.Objetivos específicos.....	43
5.Método.....	44
5.1.Participantes.....	44
5.2.Local de estudo.....	45
5.3.Instrumentos.....	45
5.4.Procedimentos.....	46
5.5.Critérios de análise.....	47
6.Resultados.....	48
6.1.Acolhimento.....	49
6.2.Vínculo.....	52
6.3.(Co-)Responsabilização.....	54
6.4.Autonomia.....	55
6.5.Projeto de Felicidade.....	57
6.6.Imagem Social do Psicólogo.....	58
6.7.Campo em Construção.....	59
6.8.Novo não é uma adaptação.....	61
6.9.Profissional como mediador.....	63
6.10.Políticas locais.....	65
Considerações Finais.....	67
Referências bibliográficas.....	71
Anexos.....	74
1.Entrevista David.....	74
2.Entrevista Ângela.....	107
3.Complemento da entrevista de Ângela.....	121
4.Relato da pesquisadora.....	123

Apresentação

Minhas características, vivências e conflito pessoais me levaram a ter um olhar mais atento e cuidadoso com o próximo, considerando que eu passei por experiências que me aproximaram da sensação de abandono e de solidão. Só pude perceber o outro após me perceber como pessoa e como profissional. Tive a oportunidade de construir uma rede de segurança, o que me permitiu fazer parte da rede de segurança dos outros. A partir das minhas experiências, foi possível pensar em como seria importante me posicionar como ponto de apoio para permitir que o outro experimente outras possibilidades de viver. Essa percepção pessoal me aproximou das pessoas atendidas pelo serviço que atuo, pois consegui me identificar, assim como perceber as potências que podem ser construídas a partir do enfrentamento da situação vulnerável.

Quando iniciei meu trabalho no Centro de Referência da Assistência Social – CRAS, fui orientada a respeito das normas e protocolos que deveriam ser seguidos por todos os profissionais, o que me trouxe segurança em um primeiro momento. Porém, enquanto desenvolvia meu trabalho, pensando de fato na minha atuação, percebi que havia algo, imprescindível ao trabalho de qualquer profissional que lida com o público, que não estava nas normativas. Esse algo era o atendimento integral com o atendido, que nesse trabalho será tratado como Cuidado. O Cuidado pressupõe um olhar atento às necessidades gerais, não somente às questões relacionadas à assistência social. Estar disponível ao outro, às demandas, aos desejos, assim como às frustrações, também é parte da prática desejada e buscada. A partir disso, procurei explorar esse olhar qualificado, que é preocupado e, ao mesmo tempo, confiante na potência dos sujeitos. Acreditar nas possibilidades de mudança, de crescimento, e de desenvolvimento são pressupostos para o trabalho.

Consegui perceber que essa era a minha função somente depois de me debruçar inteiramente ao que estava fazendo. Após mais de um ano no serviço, ainda não havia encontrado as respostas que eu buscava nas leituras e discussões com profissionais da área, então passei a tentar construir a minha própria visão a respeito da prática. Comecei a perceber que a riqueza estava naquilo que já estava disponível para mim, que era a relação com a população. Não infringi as regras já estabelecidas,

porém as deixei como pano de fundo, fazendo com que minha real preocupação – a atenção com cada indivíduo – tivesse espaço.

Acredito que todos os profissionais possam atuar baseados no Cuidado, podendo-se pensar nas particularidades da atuação do psicólogo nesse espaço, com base nesse devir cuidador. Esse Cuidado possibilita um apoio constante, uma confiança naquilo que pode vir a ser construído. Visa-se uma construção social mais segura e forte, com o compartilhamento das experiências.

Normalmente, existe uma frustração nos profissionais, pois o dito “resultado” dificilmente é alcançado. Raramente a pessoa sai da situação econômica que está e dificilmente a família deixa de ter conflitos. Por esse motivo, é importante que o profissional compreenda o sentido da sua atividade e busque um resultado nela mesma, ou seja, busque que a atuação com base no Cuidado seja o efetivo objetivo. Não é importante que o desfecho dos casos ocorra da forma que o profissional deseja, mas que ele esteja no papel de acompanhar as possibilidades de mudança, sejam elas contrárias ou iguais à sua visão de mundo. É importante respeitar as características de cada sujeito, permitindo que cada um desenvolva seu projeto de felicidade.

Partindo desse tipo de atuação, em que o importante é o atendimento, e não a busca pela normatização das pessoas, abre-se uma porta para o desconhecido, para as possibilidades de construção subjetiva fora dos moldes impostos. Deve-se respeitar as escolhas individuais, compreendendo sua complexidade e sua legitimidade, não perseguir a adequação a determinados padrões sociais impostos por igreja, família, redes sociais, meios de comunicação e meio acadêmico. É fundamental compreender a história de vida de cada atendido e atuar a partir dela, não permitindo que o profissional se torne o protagonista, mas sim aquele que o acompanha, e talvez até o observador que “narra” para o indivíduo aquilo que ele está fazendo.

O trabalho possui a psicologia sócio-histórica como referência, em especial Vygotsky (1896-1934). A figura do tutor pode ajudar a construir essa atuação com base no Cuidado, pois seria alguém que é um apoio, assim como aquele que pode ajudar a pessoa a sair da zona de conforto. O objetivo não é criar uma população conformada, mas sim uma população que é segura para construir suas próprias regras

e sua própria história de vida. Cada um deve ser capaz de construir seu próprio projeto de felicidade e construir caminhos para buscá-lo. O resultado concreto é a felicidade e bem-estar.

A minha percepção a respeito da minha atuação se alterou após a realização de um trabalho com mulheres da região. Em um grupo semiaberto, com número pré-determinado de encontros, fui percebendo como era importante trabalhar as vivências pessoais, assim como a troca de experiências pelas participantes. O grupo trabalhava temas que eram mencionados como importantes pelas próprias participantes, dialogando com a realidade vivida. É possível perceber uma distância entre a realidade vivida por essas mulheres com aquela vivida por mulheres de classe média, assim como os conflitos são diferentes daqueles que recebem mais atenção nas aulas da graduação. As relações familiares das mulheres da região periférica possuem muitos conceitos da igreja ou são baseadas em percepções mais tradicionais. As relações entre homem e mulher, assim como pais e filhos, em comparação ao que é vivido por mulheres com melhores condições sociais, são mais conservadoras, com papéis sociais mais bem definidos e com pouca liberdade para mudanças. No grupo, era possível questionar os papéis impostos, dando espaço para angústias, medos, vivências de abuso que algumas mulheres haviam passado. Foi possível refletir a respeito de seus sonhos, assim como permitir que elas se reconhecessem umas nas outras, criando um vínculo e, conseqüentemente, segurança. Elas trocaram experiências e afetos, acompanhando aquele momento da vida em que passavam, sem pré-julgamentos, abrindo espaço para que se conhecessem ou se reconhecessem como mulheres, cidadãs e mães.

Esse grupo também permitiu que eu me aproximasse delas, colocasse a minha parte profissional psicóloga em ação. A partir disso, fui expandindo essa experiência para outros atendimentos e para outros grupos. Agindo com firmeza, carinho e atenção.

O local concreto em que essa população está impõe limites para algumas mudanças. Uma gestante com três filhos, desempregada, sem companheiro, com ensino fundamental incompleto, que não recebe pensão e reside de favor em um cômodo sem banheiro dos fundos da casa da mãe, possui muita dificuldade em superar sua vulnerabilidade econômica e social. O grupo consegue ampliar os sonhos e legitimar alguns papéis sociais, não sendo um trabalho a curto prazo. Fortalecer

esses sujeitos e legitimar sua importância e seu papel social é o que se pode esperar desse encontro.

É importante que o profissional atuante consiga perceber sua própria felicidade e consiga planejar seu caminho para alcançá-lo. É importante conhecer as suas próprias frustrações e conflitos para que possa lidar da forma mais adequada com os conflitos dos outros. A população muitas vezes é atendida por profissionais que têm dificuldade em aceitar suas próprias limitações. Já existem trabalhos que tratam a respeito da saúde do trabalhador, mas acredito que o trabalhador está em um papel de vantagem, quando comparado ao papel daquele que está buscando ajuda. Possivelmente, se o trabalhador conseguisse atuar com mais atenção nas demandas do outro, não baseado nas suas próprias ambições, ele conseguiria ter menos frustração em seu trabalho. Possivelmente isso possa ser construído simultaneamente, o que geraria bem-estar aos dois lados. Uma das propostas da dissertação é minimizar essas frustrações por meio de uma mudança na perspectiva do trabalho.

Não pretendo que a população entenda todas as regras e normas do SUAS, mas que identifique o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) como um espaço seguro que proporciona um apoio às necessidades, sejam elas materiais ou relacionais. As orientações técnicas devem ser sempre utilizadas como apoio para alcançar o Cuidado com o atendido, porém não devem ser a única meta a ser perseguida.

Só foi possível realizar a pesquisa por ela ter partido da minha experiência profissional, a partir do olhar da pesquisadora, funcionária pública que atua no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) em um município localizado na região periférica de uma grande cidade do estado de São Paulo.

Estruturei a reflexão sobre a atuação da psicologia no SUAS iniciando com uma caracterização da proteção social básica a partir da legislação vigente, destacando os pontos de potências dessa política e suas contradições. Em um segundo momento, foi feita uma revisão bibliográfica a respeito das atuações com base no Cuidado. A metodologia utilizada é a psicologia Sócio-Histórica, com base na produção de Lev Vygotsky (1896-1934).

1.O SUAS e a Atuação do Psicólogo na Política

A pesquisa é construída na atual conjuntura da política da Assistência Social. Essa política foi elaborada a partir de contradições, o que pode refletir nas atuações de alguns profissionais até os dias de hoje. Será feita uma contextualização histórica do SUAS, dialogando com a política de Saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS). Para Pereira (2007), a Assistência Social está presente no Brasil desde o Período Colonial¹, porém, na sua avaliação, era ditada por valores e interesses morais, religiosos ou com clientelismos, populismos e práticas com interesses eleitorais. Dessa forma, havia o predomínio do assistencialismo, que a autora prefere chamar de “desassistência” (2007, p.64), pois afirma que “a satisfação das necessidades básicas dos cidadãos não constituía o alvo dessas ações ditas assistenciais.” (2007, p.64). Desse modo, a atuação era baseada no favorecimento de alguns poucos eleitos, pois havia pouca percepção de que aquela intervenção era um direito.

As raízes da política de Assistência Social no Brasil datam da República Velha, ou Primeira República², com o Ataúlpho de Nápole de Paiva, juiz da Corte de Apelação do Rio de Janeiro que defendia que deveria ser dada assistência a indigentes impossibilitados de trabalhar (Spozati, 2011). A política continuou a ser construída na ditadura do Estado Novo³, com o Conselho Nacional de Serviço Social e com a Legião Brasileira da Assistência (LBA⁴); no período da Ditadura Militar⁵, com a criação do Ministério da Previdência e da Assistência Social (Spozati, 2011). Finalmente, no governo do então presidente José Sarney⁶, a assistência social é considerada política pública pelo plano nacional de desenvolvimento (Spozati, 2011).

A atual política da Assistência Social foi instituída na Constituição Federal de 1988, compondo, com a Saúde e Previdência, o conjunto da Seguridade Social. Segundo Spozati (2011), nesse momento, a Assistência Social passa a ser acessível a toda população, retirando seu caráter meramente compensatório aos trabalhadores registrados. A Constituição Federal é considerada um marco para os movimentos de

¹ Período entre 1500 e 1822 (Fausto, 1995);

² Período entre 1889 e 1930 (Fausto, 1995);

³ Período histórico do governo de Getúlio Vargas que compreende o intervalo entre 1937 e 1945 (Fausto, 1995);

⁴ Decreto Lei nº4.830 de 15 de outubro de 1942;

⁵ Período entre 1964 e 1985 (Fausto, 1995);

⁶ Período entre 1985 e 1989, que se iniciou com o fim da Ditadura Militar (Fausto, 1995).

descentralização e democratização das políticas sociais. Segundo Desgyszajn (2008), ela foi capaz de impulsionar uma nova relação entre Estado e sociedade civil, “fortalecendo demandas populares e o reconhecimento de novos interlocutores políticos” (Desgyszajn, 2008, p.209).

Em 1990, a regulamentação da política da Assistência Social foi aprovada pelo legislativo, porém foi vetado pelo então presidente Fernando Collor (Spozati, 2011). Três novos projetos de lei foram propostos, sendo dois deles em 1991 e um terceiro em 1992 (Spozati, 2011). A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS⁷) teve sua promulgação no governo Itamar Franco, após a aprovação de um projeto de lei redigido pelo poder executivo. Para Pereira (2007), a LOAS permitiu uma ampliação dos direitos já existentes, “revolucionou o pensamento *juspolítico* (jurídico e político)” (p.65), redefiniu leis, teorias e filosofias. Considerando os aspectos históricos do assistencialismo, ligados a políticas de compadrio e com ausência de regulamentação para liberação de benefícios e para execução de serviços públicos, pode-se considerar que essa política foi um avanço para a formação cidadã da população, iniciando um processo que visava a consideração do indivíduo como sujeito de direito.

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde⁸, sendo contemporâneo da elaboração da política da Assistência Social. O então Ministério da Saúde elabora a primeira cartilha do SUS, o “ABC do SUS” (1990), que apresenta as doutrinas e os princípios da política de Saúde.

Existem correspondências nas diretrizes e princípios dessas duas políticas. Em ambas, preconiza-se a participação da população na formulação das políticas; a descentralização das ações executadas, para permitir que haja maior proximidade entre as necessidades da população atendida com as intervenções das políticas; a hierarquização dos serviços prestados, que vão da baixa à alta complexidade; além de responsabilizar o Estado na condução das políticas nas esferas de governo. O SUS possui a universalidade como doutrina, que corresponde ao atendimento a todo e qualquer cidadão; enquanto a LOAS, em seus princípios, prevê que não haverá diferenciação no acesso ao atendimento. Pela Constituição Federal, a Assistência

⁷ Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993;

⁸ Lei nº 8.080 de 19 de dezembro de 1990

Social será prestada a quem dela necessitar, o que pode ir além das questões de ordem econômica.

Essas regulamentações conceberam um modelo de políticas públicas que deve ser respeitado pelos governos locais, iniciando o rompimento com um tipo de assistencialismo, e criando instituições que todos os governantes devem seguir e respeitar. Esses aspectos fortalecem a população diante das políticas de governo que até então dependiam de iniciativas individuais. Dessa forma, referente à política da Assistência Social, a proteção básica deve ser ofertada principalmente pelo CRAS, que possui características comuns em todo o território nacional.

No Art. 6ºA, inciso I, da redação da LOAS, a proteção básica é descrita como:

conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social que visa prevenir situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários; (Brasil, 1993).

A LOAS também delibera que o CRAS é um equipamento público municipal, de base territorial, localizado em áreas com maiores índices de vulnerabilidade, respeitando a descentralização já mencionada acima. Uma das obrigações do CRAS é a de articular os serviços sócioassistenciais, identificando as demandas do território para desenvolver suas práticas. Isso permite uma aproximação dos profissionais com a realidade vivida pelos atendidos, além de explorar os próprios recursos oferecidos pelo território, facilitando o relacionamento com a população e a construção de vínculos.

Em 2004, a Secretaria Nacional de Assistência Social e Combate à Fome foi a responsável pela elaboração da Política Nacional de Assistência Social (PNAS⁹). Na PNAS se define o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), implantado em 2005, respeitando as recomendações da IV Conferência Nacional da Assistência Social (Pereira, 2007). A Norma Operacional Básica do SUAS de 2005 (NOB-SUAS/2005¹⁰) regula a operacionalização da gestão dessa política, pois foi a primeira elaborada após a criação do SUAS. A Norma Operacional Básica do SUAS de 2012 (NOB-SUAS/2012¹¹) buscou atualizar e aprimorar a gestão do SUAS.

⁹ Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004.

¹⁰ Resolução nº 130, de 15 de julho de 2005.

¹¹ Resolução CNAS nº33 de 12 de dezembro de 2012

No Art. 24-A da LOAS fica instituído o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), integrante da proteção social básica, formado por ações e serviços socioassistenciais prestados de forma continuada nos CRAS. A Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (TNSS¹²) caracteriza algumas ações do PAIF, caracterizando os objetivos desse serviço, como, por exemplo, a prevenção do rompimento de vínculos familiares e a garantia ao direito à convivência familiar e comunitária. Esse serviço promove o trabalho social com famílias, possibilitando o acesso e usufruto de direitos, assim como melhoria na qualidade de vida. A TNSS também caracteriza outros serviços a serem prestados pelo CRAS, como o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo (SCFV), sendo complementar ao PAIF e ao trabalho social com famílias, prevenindo as situações de risco social. Outro serviço é o Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas, tendo por finalidade a prevenção dos agravos que provocam o rompimento de vínculos familiares e sociais. Esses três serviços têm caráter preventivo e são proativos em relação à proteção social. Para que não ocorra o rompimento de vínculos, visam fortalecer a função protetiva da família.

O psicólogo foi valorizado na Norma Operacional Básica Recursos Humanos SUAS (NOB-RH/SUAS¹³), que define os profissionais que deveriam compor o CRAS. Segundo Afonso (2012), a preferência por psicólogos na equipe ocorre pelo reconhecimento da subjetividade como elemento fundamental para o exercício da cidadania, sendo que:

Na medida em que o trabalho social avança na promoção de direitos, questões subjetivas, ao lado das questões sociais e políticas, impactam o acesso e influenciam o exercício desses direitos. (Afonso, 2012, p.191)

Para Sawaia (2016), a entrada do psicólogo no SUAS reconhece a subjetividade como importante aspecto para se trabalhar com as questões sociais. Segundo a autora, não é possível verificar que a legislação confere exclusividade à dimensão subjetiva, porém a coloca em destaque, não sendo possível cindir a subjetividade da objetividade.

Apesar dessa compreensão, os psicólogos e outros profissionais muitas vezes entram em conflito, segundo Senra e Guzzo, “gerando dúvidas quanto à

¹² Resolução nº109, de 11 de novembro de 2009;

¹³ Resolução nº 269, de 13 de dezembro de 2006.

complementaridade ou a especificidade em relação a sua atuação” (2012, p.295). Para essas autoras, existe uma falta de formação profissional que permita a verificação das especificidades de cada atuação.

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) publicou em 2008 um manual intitulado “Referências Técnicas para atuação do psicólogo/a no CRAS/SUAS”, no qual desenvolve algumas questões referentes à atuação do psicólogo nas políticas públicas. Esse manual trata da dimensão ético-política da Assistência Social, a respeito da trajetória percorrida pela Assistência, sua entrada para o sistema de Seguridade Social brasileiro e sua construção como política pública. O usuário da Assistência chega a ser descrito como o que sofre com as desigualdades sociais:

Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), esta passa a ser reconhecida enquanto política pública, devendo garantir direitos e promover a cidadania de amplos segmentos da população, que amargam, pela produção e acirramento das desigualdades sociais, o lugar de excluídos (Brasília, 2008, p.14).

Esse material ainda ressalta que o público também é formado pelos que foram privados dos direitos ou tiveram seus vínculos quebrados. Como já mencionado acima, a assistência social deverá ser prestada a quem dela necessitar, sem distinções, se aproximando aos princípios e diretrizes do SUS.

No manual citado (Brasil, 2008), no que tange a discussão a respeito da Psicologia e a Assistência Social, o objetivo do psicólogo é colocado como o de fortalecer o usuário como sujeito de direito e consolidar as políticas públicas. Na construção dessas políticas, o psicólogo contribui por ser um profissional que considera a dimensão subjetiva, o que favorece o desenvolvimento da autonomia e cidadania, sem deixar de compreender os aspectos histórico-culturais da sociedade. Algumas diretrizes citadas são de “não categorizar, patologizar e objetificar as pessoas atendidas” (p.09), para que construa com o sujeito seu lugar ativo nas elaborações das políticas, focalizando o usuário e atribuindo suas responsabilidades enquanto beneficiário e principal interessado nas políticas sociais.

O documento também aponta como marco a PNAS para a ruptura com o assistencialismo, descrevendo-a como:

Um caminho sem volta, pautado pela ruptura de uma história (e prática) atravessada por ações que tinham em sua intenção a lógica das benesses, dos clientelismos e, principalmente, a manutenção da condição de subalternidade aos que dela recorriam (Brasil, 2008, p.14).

Na perspectiva assistencialista, o sujeito é considerado culpado por estar em situação de pobreza e os fatores sociais que produziram essa situação não são considerados relevantes. Afonso (2012) ressalta o risco da psicologização do SUAS, ou seja, existe um temor de que o psicólogo atue para normatizar e culpar os usuários da política pela sua condição social. Os princípios que orientam a prática do psicólogo devem seguir a lógica de contribuição para a efetivação das políticas públicas da assistência social e para a construção de um sujeito ativo, resultando na prevenção de situações de risco, atuando por meio do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, também desenvolvendo as potencialidades pessoais e coletivas (Brasil, 2008).

O psicólogo deve atuar de modo interdisciplinar; integrado com o contexto local; identificando os recursos psicossociais, tanto individuais como coletivos; partindo do diálogo como saber popular e saber científico; favorecendo os espaços de participação social. O profissional deve manter-se em processo de formação profissional; priorizar os atendimentos de maior vulnerabilidade psicossocial; ampliar o espaço das atuações para além do *setting* convencional. No manual do CREPOP (Brasil, 2008) é possível verificar que a atuação do psicólogo deve considerar a integralidade do sujeito, sendo tanto os aspectos sociais como os psicológicos, buscando o rompimento com o ciclo de dependência do usuário da política da assistência e caminhando para uma autonomia.

Dentre os principais objetivos estão a autonomia e a cidadania, buscando ações que contribuam para a conquista e apropriação dos usuários sobre sua condição que rompam com o ciclo de pobreza, construindo a emancipação do sujeito. Para acompanhamento clínico terapêutico tradicional, o psicólogo deverá encaminhar o usuário ao serviço de saúde do município ou acessar outros serviços públicos que tenham essa finalidade, atuando na construção de um trabalho intersetorial.

A prática do Psicólogo é de um profissional da área social, atuante na proteção social básica, que trabalha de forma interdisciplinar. Uma das diretrizes da atuação do profissional psicólogo que surge como esclarecedora é:

na ação profissional é fundamental a atenção acerca do significado social da profissão e da direção da intervenção da Psicologia na sociedade, apontando para novos dispositivos que rompam com o privativo da clínica mas não com a formação da Psicologia, que traz, em sua essência, referências teórico-técnicas de valorização do outro, aspectos de intervenção e escuta comprometida com o processo de superação e de promoção da pessoa (Brasil, 2008, p35)

O profissional é aquele que atua de forma ética e crítica, levando seus conhecimentos aos outros *settings* e áreas, não só aos espaços clínicos tradicionais.

É possível perceber que um tipo de atuação é valorizado, sendo que o SUAS tem permitido que a Psicologia retome alguns questionamentos críticos que surgiram na sua constituição enquanto ciência. Para Sawaia (2016), a atuação do psicólogo no CRAS rompe com o papel histórico da profissão de adaptar o sujeito às normas e às instituições, passando a ter papel fundamental como potencializador da autonomia, intervindo nos problemas sociais de forma ativa. Segundo Afonso (2012), o trabalho do psicólogo na proteção social básica aproxima a cidadania da subjetividade, reconhecendo o papel do psicólogo e valorizando a construção da identidade desse sujeito atendido. Dessa forma, essa política permite uma compreensão do sujeito de forma dialética, compreendendo-o como composto tanto por sua renda e seu local de moradia, quanto por seu sofrimento pessoal, relações de amizade, entre outros fatores.

Um risco possível é a naturalização da vulnerabilidade social, que não deve ser considerada consequência somente das questões subjetivas do sujeito. Devemos levar em conta um questionamento feito por Benelli (2016), que aponta para as descrições técnicas do trabalho dos profissionais que não explicitam o que se pretende construir. O autor verifica que os documentos contêm propostas de ações, porém não aponta para uma construção ético-política. Nessa concepção, o trabalho do psicólogo pode ser compreendido como terapêutico, ou seja, como aquele que ainda atua na adequação do sujeito ao contexto em que se encontra, observando-se um risco de culpabilização do sujeito pela sua condição vulnerável.

Benelli (2014, p.66) também questiona a imposição de programas sociais à população, questionando “por que os pobres e excluídos devem obedecer às regras sociais, se elas não os beneficiam (?)”, levando a um questionamento a respeito da vinculação da população à política de assistência social.

Carvalho (2008) considera que uma tensão importante na implementação da política pública social é de que uma nova arquitetura de atenção pública é necessária, levando-se em conta os desejos e potências da população. Constrói-se um profissional menos tarefeiro e mais reflexivo.

Uma das doutrinas do SUS é a integralidade, que considera o homem como ser bio-psico-social, o que também está de acordo com as diretrizes do SUAS. O profissional psicólogo possui função distinta nas políticas citadas e deve buscar desenvolver uma atuação que não seja na lógica clínica médica, do atendimento individualizado particular. As políticas do SUS e SUAS devem estar em diálogo constante, considerando a busca da emancipação do sujeito e a superação de situações vulneráveis.

As políticas ainda possuem algumas características que remetem ao seu passado assistencialista. Na prática diária, é possível perceber que a política da Assistência Social como direito ainda não foi plenamente absorvida pelos profissionais ou pela população, de modo que a atuação que tem como base o Cuidado pode auxiliar para sua efetividade. O enfrentamento das vulnerabilidades deve ocorrer de forma integrada para a garantia da promoção e universalização dos direitos sociais. As produções e experiências do SUS auxiliam na reflexão a respeito da implantação do SUAS, considerando a proximidade nos seus princípios e diretrizes, almejando o efetivo enfrentamento das situações de risco e vulnerabilidade.

2.O Cuidado nas Políticas Públicas

A área das políticas públicas que mais desenvolveu pesquisas a respeito da prática que tem como base o Cuidado é a da saúde, principalmente nas atuações do SUS. Dessa forma, o diálogo com essas construções pode ser a base para a atuação do psicólogo na política da Assistência Social. A revisão de literatura buscará identificar as tecnologias mais utilizadas, possibilitando a identificação das atuações dos psicólogos que tem como base o Cuidado. Objetiva-se verificar as aproximações para a atuação no SUAS e no CRAS. Ayres será o autor de referência, pois suas contribuições são consideradas um marco para a política de cuidado no SUS. Esse autor busca alterar a lógica de atendimento tradicional centrada no saber biomédico.

Ayres (2003-2004) estuda a categoria do cuidado a partir de um constructo filosófico, visando uma compreensão ao articular, à filosofia e à prática. Explora a categoria sob a perspectiva ontológica, genealógica e crítica, e os desafios encontrados. Buscou ir além do senso comum, que, segundo o autor, considera o cuidado como “um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento” (Ayres, 2003- 2004, p.74).

Ayres (2003-2004) explorou algumas aproximações hermenêuticas da alegoria de Hígino, utilizada por Heidegger para argumentar acerca da condição humana em “Ser e Tempo”. Os elementos do cuidado construídos pelo autor foram: movimento, interação, identidade, plasticidade, projeto, desejo, temporalidade, não causalidade e responsabilidade. O autor justifica que as discussões práticas encontram fundamentos filosóficos.

Apesar do excessivo grau de abstração desse plano de conceituação ontológico-existencial do cuidado, toda a discussão que se pretende fazer adiante acerca do cuidado em saúde assenta-se sobre essas bases. O que se quer propor resulta intrinsecamente do aceite ao convite à ontologia existencial, da afinação ao giro paradigmático aí efetuado (p.78).

Sendo assim, os elementos encontrados no plano conceitual serão reencontrados nas discussões a respeito da aplicação efetiva do cuidado. Para passar para a discussão a respeito dessa prática, o autor propõe uma reflexão da construção histórica e social do termo.

Como categoria genealógica, foi explorado o conceito foucaultiano de “cuidado de si”, compreendendo seu papel central na cultura ocidental, construído desde a

civilização grega. Esse tipo de cuidado norteou o desenvolvimento tanto do discurso quanto da prática médica, estando de acordo com a forma de vida no ocidente cristão.

Em síntese, Heidegger possibilitou-nos uma autocompreensão existencial da condição humana como cuidado. Foucault nos mostra o desenvolvimento do cuidado de si como uma forma de vida no ocidente cristão. O cuidado de si possibilita, assim, enraizar genealogicamente o plano de imanência da ontologia heideggeriana, ao mesmo tempo em que o *dasein* abre-nos a possibilidade de conferir um sentido existencial à genealogia foucaultiana. (p.81)

O Ayres (2003-2004) faz uma relação entre o cuidado de si e medicina, sendo que muitas vezes os médicos são aqueles que orientam a respeito do cuidado do indivíduo, como alimentação, tempo de sono, entre outras práticas consideradas saudáveis.

Na categoria crítica explorou-se o modo de interação nas práticas de saúde contemporâneas, fazendo-se uma restrição às tecnologias de assistência já estabelecidas à saúde. Como pano de fundo, considerou-se a medicina atual como aquela que responde às necessidades da organização social constituída, uma medicina individual-universalista que aplica no particular as técnicas coletivas, sociais.

O aprimoramento científico é benéfico em alguns aspectos, como possibilidade de diagnósticos rápidos, tratamentos mais eficazes e eficientes, porém ele possui alguns limites. A pouca atenção aos aspectos psicológicos e sociais, assim como o encarecimento dos procedimentos, segmentação das áreas de atuação, entre outras formas de atendimento tradicionais, geraram uma crise de confiança na Medicina.

Dito de outra forma, é como se a terapêutica estivesse perdendo seu interesse pela vida, estivesse perdendo o elo de ligação entre seus procedimentos técnicos e os contextos e finalidades práticos que os originam e justificam. Narcísica, a Medicina tecnocientífica encantou-se consigo mesma. Não cessa de se olhar no espelho, espelho que se desdobra ad infinitum, mostrando sempre mais à arte como ela pode ser poderosa com a ciência e à ciência como são ilimitados seus potenciais Artísticos. (Ayres 2003-2004. p.83)

É levantada a hipótese de que essa crise está relacionada à atual valorização da cientificidade. O distanciamento dos projetos existenciais dos atendidos, a impermeabilidade dos planos de vida individuais, principalmente os projetos de felicidade, são exemplos de como os conhecimentos científicos ganharam mais espaço no meio médico. Os profissionais passam a ser encarados como reprodutores de um tipo de saber, não tendo espaço para desenvolver outros tipos de tecnologias.

O autor atribui ao Cuidado (grafado como maiúsculo para diferenciação nessa categoria) o estatuto de categoria reconstrutiva, explorando a possibilidade de

reconciliação e de diálogo entre as práticas de assistência à saúde e a construção de vida de cada sujeito, ou seja “não é a *theoría* nem a *póiesis* o espaço privilegiado do Cuidado, mas aquele que os amalgama nas interações terapêuticas, a práxis, ou atividade prática” (Ayres, 2003-2004, p.85).

Ayres (2003-2004) cita alguns desafios para a reconstrução do Cuidado, identificando-os por três motivações que apontam para a reconciliação, que são: voltar-se à presença do outro, otimizar as interações e enriquecer horizontes.

Ao se voltar à presença do outro, é possível tirar o caráter científico e individualista do tratamento, alargando as possibilidades de intervenção. As “tecnologias leves” são apontadas como uma possibilidade, principalmente as práticas de acolhimento, vínculo e responsabilização. Para a otimização da interação o autor propõe a valorização do espaço de conversação. O diálogo como ferramenta da promoção de saúde. Propõe que o acolhimento não ocorra somente na recepção do usuário, mas perpassse todos os atendimentos e intervenções existentes no equipamento do SUS. O mesmo deve ocorrer na constituição do vínculo e da responsabilização, a partir de uma escuta sensível que valorize a troca entre saberes e entre os envolvidos. Valoriza-se o processo e a relação, possibilitando um espaço dialógico de construção dos sujeitos.

Ayres (2003-2004) afirma que novas propostas no campo da saúde permitem um otimismo em relação à consolidação e efetivação do Cuidado. Práticas que se orientam para enriquecer horizontes, que buscam superar o caráter individualista e romper com a racionalidade biomédica, estão sendo exploradas. O presente texto buscará explorar algumas dessas possibilidades no campo da assistência social, considerando principalmente as propostas para otimizar a interação.

Ayres (2004) apresenta reflexões a respeito dos princípios teóricos e práticos relacionados à noção de Cuidado e o desafio da sua aplicação a partir de um estudo de caso. O autor parte de uma experiência pessoal e verifica a potência do encontro terapêutico a partir de uma mudança na abertura do médico diante de sua cliente. Ele considera que esse encontro foi inovador, pois não tratou somente de conceitos técnicos e científicos, sendo uma relação de Cuidado. Na relação dos dois, a usuária foi vista na sua totalidade existencial, com possibilidade de dar voz ao seu projeto de vida e ao seu projeto de felicidade, que ela tinha tanta dificuldade de encontrar.

No caso exposto, uma senhora hipertensa comparecia a todas as consultas médicas, porém o quadro não se alterava. Ela apresentava insatisfação com os atendimentos oferecidos pela unidade de saúde, sempre verbalizando isso aos profissionais que a atendiam. Apesar das diversas orientações e prescrições médicas, a senhora continuava com o mesmo sofrimento e seu estado de saúde não se alterava. Em uma determinada consulta, após um dia exaustivo de trabalho para o médico, houve um encontro entre os dois seres humanos, o que permitiu que o médico conhecesse outros aspectos da vida dessa senhora. Ao invés de pautar o seu atendimento na doença, o profissional a questionou a respeito de suas experiências de vida, abrindo espaço para que ela falasse do que tivesse vontade. Em um primeiro momento, a senhora reagiu com estranheza à pergunta, mas em seguida começou a falar de si. Tratava-se de uma imigrante que veio para o novo continente com esperanças de uma vida melhor, porém perdera seu companheiro logo após terem conseguido realizar o maior sonho de ambos, a construção de uma casa. A partir de uma proposta de diálogo e de uma escuta qualificada, foi possível conhecer, respeitar e admirar aquela história de vida, assim como ter um olhar mais atento para seu sofrimento. A possibilidade de perceber um sujeito complexo resultou em uma abertura para outro tipo de acompanhamento da saúde dessa senhora. Não houve foco simplesmente na sua hipertensão (doença), mas foi possível compreender seu projeto de felicidade, frustrações e dificuldades que vivia.

A retomada do projeto de felicidade permitiu que a cliente mudasse, resignificasse a vida e o cuidado de si. No caso, essa mudança só foi alcançada a partir do Cuidado como prática terapêutica. O médico buscou ativamente o sentido existencial daquela experiência, passando a considerar que:

Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde. (Ayres, 2003-2004. p.22)

Pode-se fazer um paralelo com a atuação do psicólogo na política da assistência social, que deve ter um olhar para o sentido existencial daquela experiência de vulnerabilidade, assim como no interesse da promoção da superação dessas situações de fragilidade econômica e social. A busca pelo reconhecimento do projeto de felicidade de cada pessoa atendida.

Ayres (2004) defende que o tratamento deve ir além do âmbito dos serviços de saúde, com articulação e construção em rede dos serviços. Incentivo à formação profissional, atividades físicas, orientação a respeito de direitos, atividades de lazer, estão entre os exemplos citados pelo autor de intervenções que complementam, fazendo parte do Cuidado em saúde. O autor defende uma proposta política de valorização da experiência de felicidade, considerando que as políticas públicas deveriam validar essa experiência.

Na defesa do projeto de felicidade do sujeito há uma tentativa de diálogo entre os campos científicos e os ditos não científicos. A permeabilidade entre o saber técnico e o não técnico possibilita o atendimento humanizado.

Por isso, afirmou-se, ao início, que a humanização passa pela radicalidade democrática do Bem comum. Não se cuida efetivamente de indivíduos sem Cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento Cuidado de cada um de seus sujeitos. (Ayres, 2003-2004. p.22. p.28)

Esse conceito é visto a partir de um plano social e coletivo, considerando que o cuidar se faz nas relações, na interação social com o outro. O adoecimento, assim como o projeto de felicidade, é construído socialmente. Deve-se refletir a respeito do Cuidado e das razões sociais pelas quais ele é necessário, pois ele deve possibilitar um projeto de vida alcançável e viável.

O autor trata a respeito do acolhimento como um dispositivo utilizado na assistência à saúde que permita o diálogo, não podendo ser confundido com a recepção. Verifica-se que a escuta qualificada permitiu o encontro entre a senhora e o profissional de saúde. Considero que o acolhimento foi utilizado de forma eficaz, possibilitando o Cuidado da usuária. O resultado foi um vínculo entre os envolvidos, que permitiu proximidade e cumplicidade. Abriu-se um caminho para uma relação de responsabilidade, a senhora foi convidada a participar de uma nova proposta de atendimento e aceitou repensar seus projetos de vida e de felicidade. Dessa forma, foi possível a construção do Cuidado.

Outros autores fizeram considerações a respeito da atuação dos profissionais no SUS, estando de acordo com as categorias apresentadas por Ayres (2003-2004), como também possibilitaram ampliações e análises dos limites dos conceitos aplicados na prática. Utilizando o autor como referência, seu estudo a respeito das tecnologias será utilizado como base para esta pesquisa. Tendo como ponto de partida a teoria e as análises críticas do autor, o Cuidado será analisado a partir de

algumas ferramentas inovadoras: acolhimento, vínculo, responsabilização e a possibilidade de (re)construção da identidade a partir da proposta de promoção da autonomia. Essas quatro perspectivas de atendimento serão exploradas para auxiliar na construção do cuidado integral, assim como serão consideradas na proposta de prática de atuação do psicólogo no SUAS.

Para Ayres (2004), o acolhimento se dá em todas as possibilidades de escuta do outro, uma escuta diferenciada e qualificada que é transformadora. Seguindo as tecnologias desenvolvidas por esse autor, outros pesquisadores refletem a respeito do acolhimento como ferramenta/equipamento das políticas públicas. Jorge et al (2011) e Souza et al. (2008) pontuam que o acesso ao serviço de saúde e o acolhimento apontam para a construção do cuidado integral. O bom acolhimento como aquele que proporciona escuta qualificada, atenta às necessidades da população atendida, sendo primordial no atendimento oferecido. Rocha et al (2016) consideram que as práticas dos profissionais são importantes para a efetividade do trabalho, porém, partindo da pesquisa realizada por esses autores, verifica-se a dificuldade dos profissionais no acolhimento com diálogo, assim como na construção de vínculo e na responsabilização dos atendidos.

A segunda ferramenta proposta por Ayres é o vínculo, que foi considerado por Jorge et al (2011) como dispositivo que possibilita uma relação de igualdade entre os profissionais e os usuários da saúde, permitindo que haja troca entre saberes. Dessa forma, o caráter subjetivo e o objetivo constroem uma terapêutica adequada para cada relação entre usuário e profissional. O estudo de Jorge et al (2011) permitiu analisar os atendimentos realizados em um CAPS, verificando os relatos das experiências no serviço. Verificou-se um bom acolhimento, assim como bons vínculos.

Segundo Rocha et al (2016), a falta de uma escuta qualificada e de uma relação horizontal impede o cuidado integral, sendo necessária a construção de espaços para que isso ocorra. Segundo esses autores, muitas vezes os encaminhamentos acabam sobrecarregando a atenção secundária, assim como reforçando uma cultura de medicalização daqueles que são atendidos pelos equipamentos de saúde mental. A equipe deve ser capaz de garantir um espaço de trocas e fortalecimento dos vínculos sociais para que o atendimento possa ser efetivo na atenção primária. As categorias analisadas no estudo desses autores permitiram que se verificasse a dificuldade no

acolhimento com diálogo, assim como na construção de vínculo e na responsabilização dos atendidos.

A responsabilização, ou co-responsabilização, é a terceira ferramenta explorada por Ayres (2004), que considera fundamental a participação dos envolvidos, superando o atendimento cômodo baseado na técnica já pré-determinada. Souza et al. (2008) consideram o cuidado como um atendimento integral que respeita o protagonismo do atendido, assim como pressupõe a presença ativa do usuário e a interação entre os envolvidos. Isso pode configurar uma relação de igualdade, o que se aproxima de uma responsabilização do cliente e do profissional. Para Jorge et al (2011), as novas estratégias no tratamento de saúde mental propõem formas inovadoras de pensar a relação saúde e doença. O paciente passa a ter protagonismo, participa ativamente do processo de tratamento, tornando-se cliente e deixando a posição de passividade. A relação de igualdade entre os profissionais e os usuários permite que haja troca entre saberes, que o caráter objetivo e o subjetivo construam uma terapêutica individualizada. O dispositivo de responsabilização, ou co-responsabilização, permite que o cliente/usuário e o profissional se identifiquem com o trabalho realizado, construindo em conjunto uma resolução para o sofrimento inicial. Cela e Oliveira (2015) consideram o diálogo como instrumento fundamental para a efetivação da política do SUS, sendo que somente é possível efetuar a atenção integral se houver uma relação dialógica entre todos os envolvidos. A lógica do trabalho verticalizado se manteve na maioria das situações encontradas no estudo desenvolvido pelas autoras, dificultando uma co-responsabilização dos profissionais a respeito dos casos atendidos. Com raras exceções, o que se encontrou é a prática tradicional da referência e contra referência. A pesquisa também encontrou uma rede de serviços de políticas públicas fragilizada, o que dificulta o atendimento das demandas dos sujeitos.

A quarta tecnologia utilizada por Ayres (2004) é a identidade, ou a possibilidade de (re)construção identitária pela prática do atendimento que tem o Cuidado como base.

A constituição da subjetividade da população em situação de pobreza e de exclusão social, assim como de famílias que se constituem de forma diversa da forma tradicional, é levada em consideração na pesquisa. Acredito que, ao analisar essa constituição subjetiva, poderemos analisar a melhor forma de atendimento,

acompanhamento psicológico. Podemos refletir a respeito da possibilidade de intervenção em uma sociedade marcada pela presença da Igreja, pelo baixo acesso à educação ou acesso à educação de baixa qualidade e pelas práticas assistencialistas. O objetivo não é tratar a realidade desse sujeito de forma preconcebida, nem categorizar ou diferenciar essa população daquela que possui maior acesso à renda e escolaridade, mas compreender o imaginário dos usuários dos programas sociais do governo. Algumas outras linhas da psicologia não levam em consideração as diversas formas e possibilidades de existência e de desenvolvimento dos sujeitos, limitando o repertório do profissional da psicologia a um determinado perfil populacional.

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) possui como público alvo (usuários), segundo a TNSS, considerando adultos entre 18 e 59 anos:

JOVENS DE 18 A 29 ANOS- Jovens pertencentes a famílias beneficiárias de programas de transferências de Renda; - Jovens em situação de isolamento social; - Jovens com vivência de violência e, ou negligência; - Jovens fora da escola ou com defasagem escolar superior a 2 (dois) anos; - Jovens em situação de acolhimento; - Jovens egressos de cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto; - Jovens egressos ou vinculados a programas de combate à violência, abuso e, ou exploração sexual; - Jovens egressos de medidas de proteção do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA; - Jovens em situação de rua; - Jovens em situação de vulnerabilidade em consequência de deficiências.

ADULTOS DE 30 A 59 ANOS: - Adultos pertencentes a famílias beneficiárias de programas de transferências de Renda; - Adultos em situação de isolamento social; - Adultos com vivência de violência e, ou negligência; - Adultos com defasagem escolar; - Adultos em situação de acolhimento; - Adultos vítimas e, ou vinculados a programas de combate à violência e exploração sexual; - Adultos em situação de rua; - Adultos em situação de vulnerabilidade em consequência de deficiências. (Brasília, reimpressão 2014, p.17)

Já o Programa de Atendimento Integra à Família (PAIF) apresenta como público alvo:

Famílias em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, do precário ou nulo acesso aos serviços públicos, da fragilização de vínculos de pertencimento e sociabilidade e/ou qualquer outra situação de vulnerabilidade e risco social residentes nos territórios de abrangência dos CRAS, em especial: - Famílias beneficiárias de programas de transferência de renda e benefícios assistenciais; - Famílias que atendem os critérios de elegibilidade a tais programas ou benefícios, mas que ainda não foram contempladas; - Famílias em situação de vulnerabilidade em decorrência de dificuldades vivenciadas por algum de seus membros; - Pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas que vivenciam situações de vulnerabilidade e risco social. (Brasília, reimpressão 2014, p.17)

Considerando que o PAIF e o SCFV são os principais serviços prestados no CRAS, é possível verificar que as vulnerabilidades sociais e econômicas são levadas

em consideração para que a família seja inserida nos programas, utilizando os serviços do CRAS. Em geral, essas recomendações são seguidas, ou seja, o público atendido é o que está descrito acima, havendo exceções e atendimentos que são feitos para demandas pontuais. Sendo assim, a população atendida normalmente é beneficiária do Bolsa Família; reside em casa cedida, ocupada ou alugada; não possuem renda fixa ou emprego; casadas; solteiras que não recebem ajuda do ex-companheiro ou pai de seus filhos. São cristãs, principalmente evangélicas, possuem contato com suas mães, porém foram criadas por outros familiares.

Sawaia (2016) defendeu que a constituição da consciência não se dá somente pela cognição, sendo também constituída pelo afeto. Utiliza a categoria do sofrimento ético-político para justificar que o sofrimento não é somente psíquico, referindo-se às precariedades sociais a que esses sujeitos estão colocados (Bertini, 2014). Consideraremos, então, como é possível essa constituição da subjetividade com essa vivência de precário acesso à renda e serviços públicos.

Ciampa (1994) considera que a identidade não é uma característica estática, pois se altera ao longo da vida e dos contatos sociais. É importante compreender o papel social exercido pelos participantes dos programas do CRAS. Os limites que podem ser dados por características que não dão conta de descrever o sujeito de forma completa, mas o considera de forma estática.

É importante não atribuir às pessoas adjetivos que carreguem para a vida toda. Trata-se sobre a importância de reconhecer o Outro como sujeito dinâmico e complexo, não limitar a um usuário de programa social, do CRAS, CREAS ou Albergue. É preciso considerar o sujeito como um sujeito completo, que está representando um papel social naquele momento do atendimento, porém que possui potência. Quais as condições que possibilitam ou que impedem que esse sujeito se transforme sujeito de si próprio e não assujeitado? O que possibilita ou impede uma emancipação? A atuação do profissional do CRAS deve buscar responder a esses questionamento e a não considerar as características dessa população atendida como características permanentes.

Macedo e Dimenstein (2009) no artigo “Cuidado na atuação da atenção básica da saúde e da assistência social”, verificaram que existiam duas percepções da produção de Cuidado, sendo que a primeira era de que esse serviria para “ajudar a

melhorar a vida das pessoas” (p.294), presente na maioria dos casos, baseada em procedimentos para monitorar demandas de saúde ou sociais, com tratamentos e acompanhamentos pelas equipes dos serviços. A segunda percepção considerava Cuidado:

Como um campo de possibilidades, onde as pessoas poderiam experienciar e viver a partir de suas diferenças, independente das expectativas esperadas por cada política ou pelo próprio serviço (Macedo e Dimenstein, 2009, p.294).

Essa percepção é crítica e considera o projeto de vida singular do sujeito, não buscando adaptá-lo às políticas públicas existentes, assim como seu projeto de felicidade. A partir dessa análise, encontra-se relação com a valorização da autonomia do sujeito, percebendo-o como protagonista de sua história.

Os profissionais identificam que o Cuidado estaria nessa possibilidade de construção de projetos de vida individuais, permitindo a superação das práticas exclusivamente biomédicas. Essa abertura permitiu a formação de vínculos, possibilitando a criação de projetos de trabalho que dialogassem com a população. Segundo Macedo e Dimenstein (2009), as ações de Cuidado permitiram ações mais efetivas nos ambientes de trabalho.

Os autores tratam a respeito das possibilidades do profissional da psicologia, sugerindo que se pode fomentar situações de escuta entre a população e os técnicos. Eles apresentam uma proposta de trabalho e de atuação que é considerada um passo na efetivação do Cuidado, sendo a potencialização de um espaço sensível, saindo do padrão educativo do atendimento.

Para Jorge et al (2011), a autonomia ocorre a partir da formação e fortalecimento das redes sociais, tanto dos atendidos como daqueles que atendem. O acolhimento, o vínculo e a responsabilização já foram considerados acima como ferramentas que auxiliam na construção do Cuidado, porém a autonomia surge como um quarto dispositivo que respeita os anteriores. A autonomia pode ser um resultado a ser perseguido, uma forma de verificar a efetividade das outras formas de atuação.

Cela e Oliveira (2015) fazem uma análise da atuação do psicólogo nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), problematizando as práticas de cuidado integral. As autoras consideram que a saúde coletiva busca transformar a prática do cuidado à saúde a fim de possibilitar a construção e fortalecimento da

autonomia do sujeito. A partir dessa perspectiva, o sujeito é concebido em sua totalidade, inserido em seu meio social e cultural.

As quatro tecnologias propostas acima se contrapõem ao tecnicismo e valorização da objetividade do atendimento. Souza et al. (2008) refletem a respeito do acolhimento e acesso às políticas de saúde. Consideram que deve existir uma ampliação das práticas, que, muitas vezes, se limitam aos aspectos técnicos, científicos e impessoais. Esses pressupostos estão de acordo com aqueles já apontados acima como promotores do Cuidado, pois valorizam o diálogo e a escuta qualificada, assim como a promoção do compromisso e responsabilidade do profissional e do cliente.

Jorge et al (2011) se propõem a analisar a relação de cuidado no atendimento à saúde a partir dos quatro dispositivos de Ayres: acolhimento, vínculo, responsabilização (ou co-responsabilização) e autonomia. Para os autores, as novas estratégias no tratamento de saúde mental propõem formas inovadoras de pensar a relação saúde e doença.

O estudo permitiu analisar os atendimentos realizados em um CAPS, em que os profissionais e usuários relatavam suas experiências no serviço. Verificou-se um bom acolhimento, assim como bons vínculos, porém a autonomia e a co-responsabilização ainda requerem mais articulação. Para os autores, os sujeitos envolvidos no processo devem lidar com suas próprias demandas para que possam de fato construir um atendimento mais resolutivo. Buscam-se novos caminhos e novas possibilidades, com atendimentos flexíveis voltados para cada atendido.

Para Cela e Oliveira (2015), está construindo-se uma relativização da centralidade biomédica, pois estão sendo considerados múltiplos fatores para promoção de saúde. Para as autoras, o SUS e o trabalho no NASF alteram a lógica tradicional de trabalho do psicólogo, pois o obriga a trabalhar em equipe interdisciplinar, e a conceber a saúde de modo integral, “considerando a saúde mental intrínseca à saúde e ao cuidado” (p.33). Cela e Oliveira (2015) defendem que o trabalho interdisciplinar em equipe “constrói uma visão ampliada e integral dos casos e processos nos quais se envolvem” (p.34).

Na análise dos resultados, verificaram que existe uma dificuldade em superar as práticas tradicionais de atendimento fragmentado. A lógica do trabalho verticalizado

se manteve na maioria das situações encontradas, dificultando uma co-responsabilização dos profissionais a respeito dos casos atendidos. Com raras exceções, o que se encontra é a prática tradicional da referência e contra referência. A pesquisa também encontrou uma rede de serviços de políticas públicas fragilizada, o que dificulta o atendimento das demandas dos sujeitos.

Por fim, as autoras fazem uma crítica à psicologia tradicional e à sua visão limitada, centrada na cura e na terapia individual. Essa fragmentação do conhecimento auxilia na manutenção da dificuldade da compreensão do sujeito integral, não quebra a construção social já estabelecida e culpabiliza o sujeito pela sua situação. Reafirmam a necessidade de um compromisso social para possibilitar que a psicologia auxilie efetivamente na superação das vulnerabilidades.

A valorização do diálogo, assim como o reconhecimento de que é necessário conceber o indivíduo na sua totalidade estão de acordo com as práticas do Cuidado. A reflexão a respeito das práticas do psicólogo nos equipamentos públicos de atendimento à população é fundamental. Uma prática centrada somente nos aspectos individuais não corresponde às necessidades e fundamentos das políticas públicas instituídas para superar as vulnerabilidades.

Rocha et al (2016) buscaram identificar as percepções do cuidado em saúde mental pelos profissionais de uma UBS. Os autores identificam que existe no país, desde a década de 70, um movimento que busca reconstruir as práticas de saúde, visando gerir e produzir novas tecnologias do cuidado. Respeitando as normativas do SUS, a UBS é considerada porta de entrada da saúde e as demandas são atendidas inicialmente pela equipe de saúde. Os autores consideram que as práticas dos profissionais são importantes para a efetividade do trabalho, como acolhimento, discussão de caso, construção de planos terapêuticos individuais, entre outras. Foram feitas entrevistas e observações com 37 profissionais de saúde de uma UBS em Itajaí-SC, a fim de explorar como eram as práticas no cotidiano e se promoviam saúde mental. Perguntou-se a respeito de como as queixas emocionais daqueles que são atendidos pela equipe e as respostas permitiram a construção de quatro categorias: acolhimento, assistência, referência e contra referência e longitudinalidade.

Para os autores, na categoria acolhimento, os profissionais da UBS utilizam essa ferramenta principalmente para alívio do sofrimento dos usuários, construindo

uma relação acolhedora e humanizada. Com relação à assistência, os profissionais relataram que o atendimento ainda ocorre segundo o modelo biomédico, centrado no saber técnico e medicamentoso, existindo pouco espaço para a expressão do modo de vida e projeto de felicidade individual. Em relação à referência e contra referência, os autores relatam que deveriam existir redes de cuidado, porém elas são substituídas por protocolos formais de referência e contra referência. Na categoria do atendimento longitudinal, a pesquisa observou que existe uma transferência da responsabilidade do cuidado em saúde mental quando o cliente é encaminhado para outros serviços da saúde, o que resulta em profissionais que sentem pouca responsabilidade no atendimento das demandas de saúde mental.

Segundo essa pesquisa desenvolvida, muitas vezes os encaminhamentos acabam sobrecarregando a atenção secundária, assim como reforçando uma cultura de medicalização daqueles que necessitam de atendimentos da rede de saúde mental. A equipe deve ser capaz de garantir um espaço de trocas e fortalecimento dos vínculos sociais para que o atendimento possa ser efetivo na atenção primária. Os casos demonstram a complexidade de se alterar a lógica tradicional de atendimento, impossibilitando o Cuidado. Dessa forma, resulta-se em baixa resolutividade e frustração entre a população e os técnicos.

Complementando, as tecnologias desenvolvidas por Ayres, Malta e Merhy (2010) refletem a respeito da possibilidade de construção do modelo de Linha de Cuidado como prática na saúde. Os autores criticam o modelo hegemônico atual, com a centralidade no saber biomédico, identificando a existência de uma crise na forma de se produzir saúde. Concebem que o modelo tradicional não vincula paciente e profissional, não respeita e não produz singularidades, além de não haver uma construção conjunta da terapêutica adotada. Para eles, é necessário construir uma nova concepção de saúde e doença, assim como de valorizar os aspectos sociais e subjetivos para a efetivação de uma política. Ressaltam a importância de discutir novas bases teóricas que fundamentem o trabalho em saúde, propondo o modelo de gestão da Linha do Cuidado. Esse tipo de atendimento é capaz de articular a micro e a macro política, aproximando-se à imagem de uma linha de produção que se organiza para assistência à saúde do usuário.

Os autores fazem uma análise dos desafios da construção dessa atuação relacionada a doenças crônicas não transmissíveis. Concebem a Linha de Cuidado

como produtora de saúde de modo sistêmico e dinâmico, partindo das redes macro e micro institucionais. Partem do pressuposto que essa linha proverá mecanismos que garantem o Cuidado com o atendido. Na atuação micropolítica, alguns fatores são considerados fundamentais para a efetivação desse modelo, sendo eles: responsabilização, criação de projetos terapêuticos individualizados e viabilização da construção de autonomia. Esses fatores podem ser identificados como desdobramentos das tecnologias exploradas por Ayres.

A responsabilização do profissional e do cliente é fundamental para que ocorram trocas entre os sujeitos envolvidos, estando de acordo com as tecnologias já citadas acima. O profissional deve estar disponível para considerar os desejos e planos do usuário da saúde, possibilitando a sua construção de um sujeito. Essa escuta leva à criação de projetos terapêuticos individualizados, permitindo que as singularidades e subjetividades sejam respeitadas. Esse projeto deve ser construído com os múltiplos profissionais que atuam na saúde e com o usuário atendido, respeitando os saberes das diferentes áreas de conhecimento. Viabiliza-se um suporte que permite a autonomia dos sujeitos atendidos, garantindo melhoria na qualidade de vida.

O diferencial da pesquisa dos autores está na proposta de uma atuação no campo da macro política, no qual Malta e Merhy (2010) consideram que a efetividade da Linha de Cuidado depende dos investimentos e de apoio dos gestores, tanto dos setores públicos quanto privados. Elencam alguns aspectos importantes nesse campo, como organização das informações em saúde, comunicação, regulação da política, fortalecimento da rede e identificação dos grupos de risco.

Dessa forma, consideram importante possuir a coleta e análise dos dados sociais para que seja possível planejar políticas preventivas, assim como aquelas que de fato atendam às necessidades do público. Isso só seria possível com organização da vigilância dos dados de saúde. Também pontuam a importância de criar uma política de comunicação que auxilie na divulgação de ações para a comunidade e que permita a participação social na elaboração dessas. Com a potencialização da comunicação, é possível que a população possa promover legislações ou alteração de normas para que suas necessidades de fato sejam atendidas, valorizando as ações locais. O fortalecimento da rede de serviços é aspecto fundamental, sendo que, segundo Malta e Merhy (2010), “A integralidade do cuidado só pode ser obtida em

rede” (p.597). Outro aspecto que consideram importante no campo macro político é a importância da identificação dos grupos prioritários para o planejamento das ações.

Para Malta e Merhy (2010), a análise do caminhar do usuário na Linha de Cuidado permite verificar se os dispositivos de saúde disponíveis estão promovendo a assistência necessária ou se há fragmentação no atendimento. Cada profissional de saúde realiza um serviço que fornece material para o produtor de saúde seguinte. As ações integradas e articuladas entre si garantem a efetivação do projeto terapêutico e do cuidado integral. O processo está em risco quando ocorrem fragmentações no atendimento, devendo ser identificadas e corrigidas. A existência de um cuidador que acompanhe o percurso na Linha de Cuidado é fundamental para que haja identificação das rupturas e para que o projeto terapêutico seja realizado. A partir dessa lógica integral, a valorização do trabalho em conjunto e a necessidade de fortalecimento da rede de serviços são apontados como pontos primordiais para a efetividade do serviço. Os autores reforçam a importância do compromisso dos gestores com essa prática de saúde.

A perspectiva de trabalho na Linha de Cuidado propõe outras categorias de análise do Cuidado, reconhecendo também os aspectos da gestão. A partir das tecnologias citadas anteriormente, é possível considerar que a atuação baseada na Linha do Cuidado preze pelo acolhimento, autonomia, vínculo e responsabilização, complementando-as com as ferramentas da macro política.

Para Silva et al (2016), a Linha de Cuidado não deve ser pensada somente como um fluxo de protocolos clínicos, devendo estar centrada no eixo da integralidade de assistência à saúde, considerando os aspectos da micropolítica e das relações do trabalho em saúde. Os autores compreendem que essa percepção está alinhada com o constructo filosófico de Ayres a respeito do cuidado, que valoriza a dimensão intersubjetiva daqueles envolvidos no atendimento à saúde. Os saberes técnicos e não técnicos constroem uma relação horizontal.

Os autores abordam as possibilidades de projetos terapêuticos construídos com base no conceito da linha de cuidado, tendo como referência a categoria de cuidado de Ayres. O projeto terapêutico não estaria reduzido ao uso de tecnologias, estando integrado com os saberes de todos os profissionais da saúde, com a inclusão da vontade do cliente. Silva et al (2016) abordam alguns casos em que os usuários

escolhem instituições para realizarem tratamento por motivos além dos critérios técnicos e instrumentais.

É um desafio permanente à Saúde Coletiva, de um fazer que não deve ser moldado apenas segundo normatizações ou protocolos genéricos e verticalizados nem tampouco se submeter arbitrariamente aos apelos “emocionais” de cada caso, ou seja, é um convite a todos nós, usuários, profissionais de saúde, gestores para a inovação e valorização das experiências que tenham o Cuidado como fim; e como ponto de partida. (Silva et al, 2016. p.850).

Dessa forma, complementam que existe a necessidade de reflexão de uma construção de saúde coletiva, porém sem deixar de valorizar os aspectos relacionais dos encontros entre sujeitos.

Oliveira et al (2016) tratam a respeito das propostas de linha de cuidado para idosos. Os autores verificam que conhecimento científico já fez descobertas a respeito dos fatores de risco para algumas patologias, porém é necessário que esse tipo de conhecimento esteja aplicado à clínica preventiva, que cuide de modo integral.

Os autores reforçam que a saúde, tradicionalmente, atende os casos a partir dos sintomas, o que gera um grande número de consultas, exames, intervenções, entre outros tratamentos. Segundo eles, quando se trata da saúde do idoso de forma fragmentada, sem planejamento anterior, há prejuízo na sua saúde integral, no seu processo de envelhecimento. Existe uma dificuldade em conseguir superar a cultura centrada no saber médico-científico tanto por parte dos clientes quanto pelos profissionais e gestores da saúde. Oliveira et al (2016) fazem algumas propostas para que essa concepção de atenção à saúde se altere, visando promover a saúde e cuidado integral. Um dos fatores citado é “Reorientação do foco da ausência de doença pelo foco no cuidado da saúde” (p.1388), o que permitiria uma valorização da qualidade de vida do idoso, com enfoque na sua felicidade. Os autores afirmam que a ausência de uma abordagem integral gera uma situação insustentável, pois não há como suprir a demanda por procedimentos médicos e centrados no saber técnico-científico.

A Linha do Cuidado reforça a necessidade do profissional da ponta agir em diálogo com o gestor, reforçando a necessidade de diálogo de todos os integrantes da política. A abertura de uma escuta qualificada permite a implementação de projetos possíveis, mas também encontram limites na forma de trabalho instituída.

Na política da Assistência Social, verifica-se que o diálogo com os gestores é fundamental. A atuação nos conselhos de direitos, assim como o estímulo à participação das conferências, demonstra a necessidade de ser uma política construída por aqueles que nela atuam e que a utilizam.

É possível perceber aproximações nos atendimentos dos profissionais da saúde com aquele que é ofertado no SUAS, especificamente no CRAS. As tecnologias desenvolvidas para a saúde podem ser utilizadas na assistência social. A construção de um acolhimento, a construção de vínculos, a responsabilização e promoção de autonomia podem ser exemplos de atuação que busca uma efetiva resolução da situação de vulnerabilidade que a pessoa se encontra. Diferentemente do SUS, o SUAS tem como público alvo uma população com características específicas, principalmente com vulnerabilidades sociais, beneficiárias de programas sociais, entre outros. Dessa forma, as tecnologias são necessárias para pensar o trabalho.

No acolhimento, o cliente deve poder relatar suas demandas, aproximar-se da política e do equipamento, compreendendo as possibilidades de atendimento que são oferecidas. O vínculo com o profissional que atende permite uma abertura para que se reflita a respeito da vulnerabilidade social, econômica, assim como a respeito da possibilidade de garantia de direitos, acesso às políticas, acompanhamento familiar, acesso a benefícios sociais, entre outros projetos oferecidos. A responsabilização ou co-responsabilização possibilita a superação da política assistencialista. A construção de um acompanhamento em conjunto permite que o usuário reflita a respeito das possibilidades de alterar seus padrões e história de vida, assim como de se identificar com outras formas de ação dentro do território. Ou ainda, caso deseje, possa afirmar a sua posição contrária aos padrões socialmente aceitos.

Os grupos possibilitam acolhimento e construção de vínculo com o equipamento da assistência, outros usuários e com os profissionais. Um usuário que é atendido pelo CRAS conhece e passa a ter acesso às políticas públicas, às políticas de transferência de renda, aos programas sociais, aos projetos municipais, aos serviços de convivência, entre outros, podendo optar pela participação, o que permite que ele atue de acordo com aquilo que se identifica, aquilo que deseja. O SUAS também possui espaço para a participação social, por meio dos conselhos de direitos, por estimular a participação da população nas conferências municipais, estaduais e federais. A população é estimulada a observar, refletir e participar das construções

das políticas, estimulando a sua autonomia e protagonismo. Os serviços do CRAS devem ser construídos a partir das demandas da população, o que pode ser considerado uma forma de estimular a responsabilização.

3.O Psicólogo no CRAS Baseado em Vygotsky

A pesquisa tem como perspectiva a psicologia Sócio-Histórica, principalmente a teoria de Vygotsky (1896-1934). Buscou-se um olhar particular, que visa compreender o desenvolvimento psíquico, assim como a melhor forma de realizar um atendimento psicológico.

Segundo Lucci (2006), Vygotsky propôs uma teoria para superar a divisão entre psicologias naturalista e mentalista. Sendo assim, o desenvolvimento psíquico ocorre a partir da interação dos elementos biológicos com as condições sociais de cada sujeito, sendo que:

Nesta perspectiva, o processo de desenvolvimento segue duas linhas diferentes em sua origem: um processo elementar, de base biológica, e um processo superior de origem sociocultural. (Lucci, 2006. p.07)

É possível analisar que biologicamente ocorre um desenvolvimento que segue às determinações da espécie, porém o desenvolvimento que depende da perspectiva sociocultural é diverso. A estrutura psíquica leva em consideração as necessidades individuais, que não devem ser confundidas com as necessidades de sobrevivência de origem biológica.

Segundo Facci (2004), Vygotsky possui uma visão historicizadora do psiquismo humano, avaliando que o seu desenvolvimento ocorre pela atividade social. A autora concorda com Vygotsky, enfatizando que o desenvolvimento humano não é meramente um movimento adaptativo, sendo que devemos considerar a afetividade e o intelecto como unidade. O ser humano não age meramente para se inserir socialmente, adaptado ao mundo, mas age de modo complexo, de acordo com as condições sociais, históricas e materiais que se encontra. Deve-se considerar as estruturas que dão suporte afetivo que se encontram no território dos sujeitos, como escolas, locais de convívio social, bairro em que residem, locais que frequentam aos finais de semana, equipamentos públicos que frequentam, entre outros.

Para Rey (2004), Vygotsky pressupõe que a constituição do sujeito ocorre pelo contato com o social, com outros sujeitos e com o meio, como a cultura. É possível que o sujeito que obteve uma educação rígida, com pouca liberdade, em um ambiente severo, desenvolveu uma psique com características diferentes daquele que teve a possibilidade de se manifestar e de escolher.

Toassa (2006) também descreve que Vygotsky foi capaz de formular uma obra que não se recusa a estudar a consciência, mas também não é “capturada nos becos sem saída do introspeccionismo” (2006, p.62). Para Rey (2004), as teorias de desenvolvimento e constituição de sujeito valorizam o caráter cognitivo, sendo possível considerar, em determinados momentos de sua obra, que Vygotsky também reduz o desenvolvimento ao aspecto cognitivo. Entretanto, Vygotsky considera a condição cultural do homem para a formação da sua psique, não chegando a concluir esse aspecto em sua teoria devido à sua morte prematura.

Segundo Zanella (2004), Vygotsky tinha o marxismo como base, só existindo sujeito porque existem contextos sociais, que também são resultados da ação dos homens. Desse modo, Vygotsky “confere ao ser humano uma existência ao mesmo tempo biológica, psicológica, antropológica, histórica e essencialmente cultural” (Zanella, 2004, p.128).

Vygotsky cria o conceito de processos psicológicos superiores, formados a partir da história e da cultura, caracterizados por serem ações intencionais. Nesses processos, a linguagem possui papel central, pois é uma mediadora no desenvolvimento da cultura e dos signos, além de atuante no desenvolvimento das funções psíquicas. A linguagem é o principal instrumento de mediação na formação e desenvolvimento das funções psicológicas superiores (Lucci, 2006; Facci, 2004; Rey, 2004).

Vygotsky (2007), ao analisar o processo de desenvolvimento das capacidades/processos psicológicos superiores, reafirma a dinamicidade e a potência do ser humano. Considera o ponto em que a pessoa está e onde pode chegar. O nível de desenvolvimento real considera os ciclos de desenvolvimento já completados, que são as capacidades sociais e intelectuais já adquiridas pelo indivíduo, de modo que já consegue atuar no seu meio social de forma adequada. A Zona de Desenvolvimento Proximal é:

...a distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes (Vygotsky, 2004, p.97).

Assim, o desenvolvimento possui relação intrínseca com o aprendizado e com as interações sociais possibilitadas nos espaços sociais que o indivíduo ou grupo vive.

O psicólogo atua como um colaborador/mediador, auxiliando no desenvolvimento, a partir de um trabalho do potencial de ação e aprendizado do indivíduo. O desenvolvimento do sujeito pode variar quando está agindo sozinho e se possui alguém que pode ser considerado um facilitador.

Segundo Lima e Carvalho (2013), a Zona de Desenvolvimento Proximal é uma das categorias mais utilizadas na psicoterapia sócio-histórica, pois o psicólogo acompanha e realiza uma mediação da situação atual do sujeito com as potencialidades que emergem. O psicólogo que atua em uma instituição também pode basear sua atuação nessa categoria, o que permite uma abertura para diferentes manifestações do sujeito que é atendido, o que cria liberdade e proteção, possibilitando uma relação de confiança e aproximação que permite novos desenvolvimentos.

O psicólogo que atua em uma instituição que atende pessoas em situação vulnerável, como pessoas com baixa renda, com pouco acesso a serviços públicos de qualidade (educação, cultura, saúde, habitação, saneamento básico, entre outros), é colocado em confronto com situações adversas. Sujeitos em situações extremas, com estressores variados, buscam, diariamente, atendimento com benefícios e orientações, assim como de apoio psicológico.

Pode-se considerar que o psicólogo atua na Zona de Desenvolvimento Proximal desses sujeitos, colocando-se como um mediador entre a realidade vivida e a possibilidade de desenvolvimento. Constrói novas capacidades e habilidades de forma conjunta, permitindo que o sujeito crie expectativas além daquelas já consolidadas. Nessa perspectiva, o profissional não segue somente as normas e diretrizes das políticas já fixadas de atuação na instituição, mas cria possibilidades reais de mudança.

Propomos que o psicólogo do CRAS atue observando as políticas de Cuidado propostas por Ayres (2003-2004) e desenvolvidas por Malta e Merhy (2010), em diálogo com as percepções subjetivas desses indivíduos. Considera-se que o psicólogo que atua com base no Cuidado é um tutor, um fator de proteção para aquele sujeito atendido. A existência de um profissional da psicologia capacitado para operar como um dispositivo de proteção faz com que a instituição não se desenvolva na

lógica da desassistir a população, potencializando o que aquele sujeito pode criar e desenvolver.

O psicólogo coloca-se como cooperador dos atendidos, trabalhando em conjunto. Existe uma perspectiva otimista em relação às potencialidades do sujeito que está baseada na existência de um vínculo de confiança e apoio. Esse tipo de atendimento do psicólogo auxilia na criação de uma perspectiva positiva em relação às situações vividas, permitindo mudanças reais e superação de traumas. A proposta do psicólogo é atuar com interesse na experiência e na troca com a população, possibilitando novas construções de projetos de vida e reconhecimento de projetos de felicidade.

4.Objetivos

Este trabalho tem por objetivo produzir reflexões propositivas acerca do trabalho do psicólogo no SUAS, com enfoque na atuação feita pela proteção básica, tendo como base a discussão e a prática do Cuidado.

4.1.Objetivos específicos

1. Compreender a política do Sistema Único da Assistência Social, suas origens e pontos em comum com o Sistema Único de Saúde;
2. Compreender os alicerces de um atendimento baseado no Cuidado, com enfoque nas produções e experiências acumuladas pelos profissionais do SUS;
3. Analisar as possibilidades de atuação dos psicólogos em uma atuação que se baseia no Cuidado, partindo da perspectiva de Vygotsky e da teoria de Zona de Desenvolvimento Proximal.

5.Método

Seguindo a metodologia qualitativa, Rey (2004), os dados que serão analisados e refletidos para a resposta aos objetivos propostos foram construídos com os profissionais que atuam na proteção básica. Considerando os objetivos, o diálogo reflexivo e a construção são a forma adequada para se compreender o cuidado como manejo no SUAS. Será utilizada a técnica “bola de neve” como critério para coleta de dados, dessa forma, segundo Mazotti (1998), visa-se alcançar um ponto de redundância nas informações coletadas das entrevistas. Após a realização da entrevista, caso houvesse necessidade, foi solicitado aos participantes que indicassem outros sujeitos de referência que também atuam na mesma área, os quais indicarão outros. A pesquisa seguiu as exigências da Plataforma Brasil e recebeu parecer favorável do Comitê de Ética da PUC-SP.

5.1.Participantes

Os participantes selecionados foram profissionais psicólogos que atuam na proteção básica e foram indicados como pessoas que são referência na atuação na periferia do estado de São Paulo. Os entrevistados são profissionais concursados, tiveram interesse e disponibilidade na realização da entrevista reflexiva/dialógica. A complexidade das informações fornecidas já permitiu uma caracterização parcial das cidades em que esses profissionais atuam, de modo que houve uma tentativa de priorizar a atuação do psicólogo.

Foi convidado um ex-participante do Núcleo Municipal da Política de Assistência Social (NUMPAS) do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP- 6ª região) para realização da entrevista, David¹⁴. Também foi feito contato com Ângela¹⁵, que possui experiência na psicologia clínica e na psicologia escolar, psicopedagogia, sendo referência de sua área e recomendada por uma participante da orientação do Núcleo de Psicossomática e Psicologia Hospitalar. Os entrevistados possuem perfis

¹⁴ Nome fictício

¹⁵ Nome fictício

bastante distintos, considerando as experiências de atuação. David é formado há cinco anos e Ângela está próxima da sua aposentadoria, o que permite a visão de pessoas com pontos de vista complementares. Para ambos foi feita orientação a respeito do objetivo do trabalho. Também houve um relato da pesquisadora que atua na área, o que permitiu aproximações e diferenciações das práticas da psicologia, assim como das impressões e percepções daquilo que caracteriza a prática na proteção básica.

5.2.Local de estudo

Considerando que a pesquisadora trabalha em uma cidade da periferia do estado de São Paulo, o estudo foi realizado em cidades que possuem características semelhantes, que se localizam em regiões periféricas, como no Alto Tietê, Grande ABC e litoral, ou seja, municípios que são predominantemente residenciais. Será realizada uma caracterização parcial dos serviços prestados pelos municípios, assim como dos profissionais psicólogos.

5.3.Instrumentos

- a. Material bibliográfico;
- b. Entrevistas semiestruturadas e reflexivas com psicólogos que atuam na área;
- c. Depoimento da pesquisadora.

A entrevista semiestruturada e reflexiva foi realizada com os psicólogos convidados, permitindo que eles discorressem a respeito do seu trabalho no CRAS e dos desafios enfrentados para a efetivação do trabalho. Essa teve como foco a prática do profissional no CRAS, considerando que o objeto de estudo é o Cuidado. As perguntas foram:

1. Como é o seu trabalho no CRAS? Exemplifique.
2. Quais as principais características das atividades exercidas pelos psicólogos no CRAS? Exemplifique
3. Qual atividade no CRAS desperta mais o seu interesse?
4. Em quais momentos você considera que o seu trabalho possui como foco o Cuidado com o munícipe? Exemplifique.

5. Você possui alguma sugestão para o trabalho do psicólogo no CRAS?
6. Qual é a relação entre os profissionais do CRAS? E entre os profissionais de outros equipamentos e outras instituições? Exemplifique.

A partir dos exemplos, experiências, reflexões, sugestões e perspectivas desses profissionais, foram levantadas possibilidades de práticas na atuação. As entrevistas duraram uma hora e meia (David) e quarenta e cinco minutos (Ângela).

As entrevistas foram gravadas em áudio e as transcrições foram enviadas aos participantes, que concordaram com a utilização dos dados. Ângela considerou que era necessário complementar as informações e forneceu respostas adicionais. O local da coleta de dados se deu de acordo com a disponibilidade do profissional entrevistado, ocorrendo em local silencioso e adequado para a realização da entrevista, com garantia da melhor condição de sigilo e privacidade. Os entrevistados tiveram o direito de revisar os áudios e as transcrições, assim como de excluir parcial ou totalmente as respostas. Ambos aceitaram a utilização das informações fornecidas.

Também foram coletados dados a respeito do CRAS em que os profissionais trabalham, como recursos humanos, atendimentos que realizam, assim como os programas, projetos e benefícios que ofertam.

5.4.Procedimentos

- a. Leitura e Análise bibliográfica da legislação existente, dos relatos e dos documentos produzidos para compreender as possibilidades de atuação do psicólogo já existentes ou preconizadas;
- b. Leitura e análise do material já produzido a respeito do tema, principalmente na política pública do SUS;
- c. Contato com ex-participante e participantes do Núcleo Municipal da Política de Assistência Social (NUMPAS) do Conselho Regional de Psicologia (CRP) para realização do convite para as entrevistas dialógicas temáticas, considerando o interesse e disponibilidade para a participação;
- d. Contato com profissional considerados de referência na atuação da psicologia e no SUAS;
- e. Relato da pesquisadora;

- f. As entrevistas foram realizadas em local silencioso, sem interferência de agentes externos;
- g. Análise do material coletado e das entrevistas realizadas.

5.5.Critérios de análise

A análise qualitativa dos dados colhidos foi feita com base na teoria a respeito da política em questão e do Cuidado. Foram discutidas possibilidades de melhoria na proteção social básica e prevenção de rompimento de vínculos. Também foi feita análise das relações estabelecidas entre profissional e usuários, verificando as possibilidades de subjetivação e emancipação do sujeito em seu contexto, segundo as categorias de historicidade, vínculo, atividade e cuidado. Finalmente, serão feitas propostas de construção de políticas públicas no âmbito do SUAS e da especificidade da atuação do psicólogo.

6.Resultados

A partir das duas entrevistas com profissionais da área e utilizado o relato da pesquisadora, foram construídas categorias de análise com base na revisão bibliográfica, assim como as identificadas nas entrevistas.

Chegamos às seguintes categorias/temáticas: acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomia, projeto de felicidade, imagem social do psicólogo, campo em construção, novo não é uma adaptação, profissional como mediador e políticas locais.

Para facilitar a compreensão apresentaremos a seguir cada uma das temáticas identificadas nos discursos analisados e sua relação com a literatura da área.

6.1.Acolhimento

David relata que o CRAS trabalha com o “*conceito porta aberta*”, ou seja, os atendimentos são realizados a partir da demanda da população. Descreve que realiza acolhimentos espontâneos que em parte se aproximam de um “*plantão social*”. Esse plantão seria um atendimento pontual que responde às necessidades imediatas da família. Fala que todos os profissionais do equipamento realizam essa acolhida e acredita que os profissionais do serviço social também possuem uma escuta qualificada. Afirma que eventualmente atende “*como psicólogo*”, que seria diferente do atendimento normalmente ofertado. Relata que os profissionais encaminham algumas pessoas para atendimento com ele quando verificam que as demandas não são somente demandas sociais. Segundo Sawaia (2016), ter o profissional da psicologia no SUAS é o reconhecimento de que a subjetividade deve ser considerada nas situações sociais, porém David faz uma diferenciação das questões ditas por ele como “*concretas*” daquelas tidas como “*emocionais*”. Considerando as leis da dialética, o sujeito constrói e é construído pelo seu meio social, o seus aspectos subjetivos e objetivos estão sempre em relação, produzindo novas formas de existência. São “as condições materiais que produzem o homem e este por sua vez, num processo dialético, altera e cria seu mundo material” (Kahhale, 200_, p.26). Nessa perspectiva, é importante que o profissional trabalhe com as outras áreas de saber, assim como busque a interdisciplinaridade para que o sujeito seja considerado na sua integralidade e complexidade.

David conta que, quando está fazendo um atendimento “*como psicólogo*” ele se coloca disponível, ou “*totalmente aberto para a pessoa*”. Ele não culpabiliza o atendido pela situação de pobreza que ela está e busca compreender seu sofrimento. Esse é um exemplo de acolhimento que está de acordo com as tecnologias do Cuidado exploradas por Ayres (2004), pois o profissional está disponível para a escuta sensível das demandas do atendido, assim como disponível para a construção de vínculos. Também consideramos que David abre a possibilidade de ser um tutor que atua na Zona de Desenvolvimento Proximal, pois é necessário saber a real situação da pessoa para que se possa considerar as possibilidades de mudança. Se não há uma escuta, não é possível perceber as reais necessidades para que se possa construir, em conjunto, novas propostas de vida. O acolhimento é fundamental para que os outros dispositivos do cuidado sejam bem-sucedidos.

David fala que a diferença dos atendimentos dos profissionais é a devolutiva que eles dão. Relata que o psicólogo não necessariamente oferece uma resposta pronta, sendo possível desenvolver outras possibilidades de atendimento que não estejam na lógica tradicional da assistência social. Essa resposta também está de acordo com o acolhimento que constrói um atendimento com base no cuidado integral, pois demonstra que o profissional não segue a lógica tradicional, podendo discutir as individualidades de cada atendimento, ouvindo cada caso na sua particularidade, não respondendo o que está previsto em cartilhas de atendimento, mas sendo criativo e tratando cada caso como um caso, saindo do “*lugar comum*”, como é dito pelo próprio entrevistado.

Quando perguntamos as características do trabalho do psicólogo, Ângela fez referência ao “*olhar do psicólogo*” como algo importante. Falou a respeito de uma abertura para as dificuldades dos clientes, das histórias de vida, relações familiares. Aponta para uma compreensão mais atenta, sem culpabilizar a pessoa pela sua situação vulnerável. Essa atuação corresponde à proposta de atuar na Zona de Desenvolvimento Proximal, agindo como um tutor que pode abrir novas possibilidades, respeitando a realidade particular dos sujeitos envolvidos.

Ângela relata que iniciou a realizar o grupo com o serviço de convivência no CRAS, que as participantes “*dão os temas e a gente vai conversando sobre isso*”. Segundo a profissional, as discussões em grupo são sempre realizadas a partir do interesse dos atendidos. Essa característica está de acordo com a tecnologia de acolhimento descrita acima, pois o trabalho é feito em conjunto com a população, não seguindo a lógica do trabalho verticalizado. Apesar dessa iniciativa da psicóloga, Ângela relatou que mensalmente também faz um grupo socioeducativo que trabalha com um tema enviado pelos gestores, que é “*definido pela secretaria*”. A existência desse tipo de interferência no trabalho do técnico pode gerar uma baixa vinculação da população com o equipamento da assistência, pois pode estar de acordo com os interesses de uma política de governo. Respeitando a tecnologia do acolhimento, é necessário promover um espaço de troca entre profissional e cliente para que o atendimento possa ser efetivo na atenção primária.

Ângela descreveu que faz uma reunião coletiva mensal que recebe o nome de “*acolhida*”, na qual informa os benefícios sociais, direitos e funcionamento do CRAS. Apesar do nome, não há uma troca e escuta efetiva das demandas nessa reunião,

pois a população recebe as informações em forma de palestra, segundo a descrição de Ângela. Ela também realiza atendimentos individuais particularizados para as pessoas que solicitam mais informações a respeito dos benefícios e para beneficiários de programas sociais (Benefício de Prestação Continuada - BPC escola, Benefício de Prestação Continuada - BPC deficiente, descumprimento de condicionalidades do Bolsa Família). Considerando as situações vulneráveis em decorrência de deficiência, baixa renda e dificuldades em decorrência da idade, Ângela identificou um público prioritário para atendimento, realizando o acolhimento da população vulnerável. Segundo Malta e Merhy, é importante que no campo macro político se identifique os grupos prioritários para o planejamento das ações, permitindo ações continuadas e que respondam às demandas.

Na minha atuação, somente foi possível perceber o sentido no trabalho após a escuta da população realizada em um grupo de mulheres. Compreendi que buscavam algo além do benefício social ofertado pelo CRAS. Estar disponível foi o primeiro passo para perceber sentido na minha atuação.

Tanto David quanto Ângela pontuaram questões que devem ser observadas no CRAS para que ocorra um acolhimento efetivo. Ambos citam a abertura do psicólogo, escuta qualificada, a não culpabilização do cliente pela situação que está, assim como a construção em conjunto do trabalho. Eles saem da zona de conforto do encaminhamento, da referência e contra referência, e buscam compreender aquela realidade vivida. Alguns fatores são apontados como entropias, como a intervenção de políticas de governo e a dificuldade em considerar o indivíduo como ser complexo e integral. O psicólogo deve se apresentar como aquele que é capaz de escutar para depois opinar, como um tutor que parte da situação de cada sujeito. O acolhimento é fundamental para que se possa construir o vínculo, a (co-) responsabilização, assim como caminhar para a consolidação da autonomia do sujeito. Partindo das demandas pontuais, pode-se complexificar os desejos, buscar novos sonhos e imaginar outras possibilidades de vida.

6.2.Vínculo

David fala a respeito da sua relação com o grupo que é responsável. Relata que muitas vezes os clientes o tratam com intimidade. Esse tipo de proximidade é considerada positiva, quando analisamos a partir das tecnologias do Cuidado. O vínculo pode atuar como dispositivo que possibilita uma relação de igualdade entre os profissionais e os participantes das atividades do CRAS, promovendo troca de saberes e possibilitando a construção de uma terapêutica adequada para cada atendido. Considerando que o profissional relata estar aberto para ouvir o cliente nas suas demandas, esse vínculo é construído como consequência.

Quando perguntamos para David se ele considerava que o trabalho dele possuía como foco o Cuidado com o munícipe, ele respondeu que considerava que sim, principalmente por considerar que buscava a construção de vínculos com os atendidos. Ele falou que buscava uma aproximação, identificação, um *“laço de reciprocidade e sinceridade”*. Segundo ele, há uma busca com o rompimento da imagem tradicional de funcionário público frio e impessoal. David tenta construir relações próximas. Fala que algumas vezes se preocupa em chamar as pessoas pelo nome, perguntar a respeito da família, contar piada. Apesar disso, foi possível verificar que existe uma preocupação para que os usuários não o tratem informalmente, citando que, às vezes, são feitas brincadeiras fora do ambiente do CRAS que o incomodam. Apesar dessa pontuação específica, David identifica a potência de uma boa construção de vínculos e a utiliza para atender o indivíduo. Demonstrou preocupação com o sentimento do sujeito atendido, o que pode apontar para a tecnologia do Cuidado de (co-)responsabilização do profissional.

Ângela fala que as pessoas sempre choram em seus atendimentos, o que nos leva a supor uma confiança para que isso ocorra. Na minha experiência, essa proximidade entre os sujeitos é necessária para que haja continuidade, assim como resolutividade nos atendimentos. Os atendidos percebem quando há uma preocupação com o bem-estar e com a qualidade de vida. O vínculo só é possível após a escuta e compreensão da situação vivida, aproximando os dois sujeitos e permitindo uma relação de confiança, livre de julgamentos e preconceitos. O profissional como aquele suporte que o indivíduo necessita naquele momento. O Estado e o equipamento da Assistência Social não serão capazes de suprir todas as

demandas que aparecem no CRAS, mas o usuário deve identificar o profissional como aquele que está buscando meios para o ajudar a enfrentar aquela situação.

O profissional, por sua vez, deve ser capaz de se preocupar, de se importar com os atendidos. Deve ver sentido no seu trabalho, de fato acreditando que as situações possam ser superadas.

6.3.(Co-)Responsabilização

David afirma que se considera responsável pelos acertos e erros dos grupos que participa. Ele relata que, apesar de um de seus grupos já possuir um funcionamento anterior à sua chegada, ele busca se empenhar para um bom funcionamento e para que as propostas sejam bem-sucedidas. Além disso, também mostrou preocupação com os sentimentos dos atendidos e com o bem-estar deles, principalmente quando falou a respeito da busca por um atendimento pessoal e individualizado. Podemos depreender um sentimento de responsabilização do profissional, uma participação ativa e preocupada com as atividades desenvolvidas.

Ângela pontua que os temas trabalhados nos grupos de convivência são elaborados a partir das características do grupo, ou seja, os atendidos escolhem os temas que querem discutir. Essa característica aponta para uma responsabilização dos usuários do CRAS, pois o grupo é ativo nessas escolhas, participando das discussões e buscando enriquecer seu repertório.

Nos grupos e atendimentos que realizo, existe sempre uma preocupação de me aproximar da sua realidade. De forma geral, o ensino superior não aborda o trabalho com pessoas em situação de vulnerabilidade em decorrência de pobreza e da violação de direitos. Esse afastamento pode levar o psicólogo a se distanciar das reais demandas dos indivíduos que utilizam o serviço do CRAS e a buscar respostas nas técnicas impessoais de referência e contra referência. Após verificar que os atendidos possuíam particularidades, inclusive decorrentes da situação social, verifiquei a necessidade de me responsabilizar com a compreensão de suas realidades, assim como com a seus valores e visão de mundo.

David e Ângela descrevem tipos de preocupações com a escuta dos usuários e busca para construção de vínculos, o que gera (co-)responsabilização dos usuários e profissionais. A prática tradicional e impessoal pode mascarar um desatendimento, uma desassistência, pois dificulta a concepção do sujeito como ser integral, fragmentando os atendimentos prestados. O diálogo como instrumento de aproximação e que respeita o protagonismo do atendido e pressupõe a presença ativa do profissional.

6.4. Autonomia

David pontua que não se realiza psicoterapia no SUAS, porém fala que o Sistema Único da Assistência Social valoriza a autonomia e emancipação. Surge novamente a diferenciação entre subjetividade e objetividade, de modo que o SUAS valorizaria os aspectos objetivos, enquanto uma psicoterapia valorizaria a subjetividade. Ângela também aponta para uma compreensão semelhante, falando que alguns atendimentos têm aspecto pontual, podendo sanar algumas dificuldades em uma conversa. Segundo ela, o psicólogo atua como aquele que pode ajudar *“a pessoa a ter um olhar diferente sobre a realidade dela”*, promovendo reflexão.

Contraditoriamente, David fala que o SUAS valoriza a autonomia, porém ele considera que o acolhimento dito psicológico não é uma prática tradicional dessa política. Segundo ele, o SUAS valoriza a emancipação, mas considera que os profissionais devam alcançar esse objetivo com as informações a respeito dos direitos. Novamente verificamos que existe uma cisão dos aspectos psicológicos dos sujeitos, porém percebemos que as intervenções de todos os profissionais devem considerar os aspectos materiais e psicológicos. David considera o acompanhamento como objetivo, pois está baseado em *“tarefas”*, porém nunca considerou que essas tarefas poderiam estar relacionadas a aspectos ditos psicológicos.

Na minha experiência, por exemplo, já solicitei que algumas mulheres realizassem a tarefa de refletir a respeito de seus sonhos, refletir a respeito do tipo de resposta que poderiam dar quando fossem tratadas com desrespeito, entre outros tipos de questões relacionadas com seus sentimentos. As ditas tarefas podem ser de diversos tipos, desde a solicitação de um documento até conseguir falar *“não”* para o filho.

Segundo a descrição de Ângela e David, ambos realizam atendimentos que promovem a autonomia e que concebem o atendido na sua integralidade, mas não há uma identificação de que essa seja uma prática do psicólogo do SUAS.

É importante compreender as tecnologias descritas acima como dinâmicas, ocorrendo de forma integrada e constante para que o Cuidado possa ser efetivo. O principal objetivo da política é promover autonomia e, consequentemente, consolidar a cidadania e atuação social. Busca-se auxiliar na construção de uma rede social de apoio, assim como possibilitar que o indivíduo busque seus sonhos e acredite na possibilidade de construção de um projeto de felicidade

Segundo Afonso (2012), reconhece-se a subjetividade como fundamental para o exercício da cidadania quando se insere o psicólogo na equipe de referência do CRAS. As questões subjetivas complementam as questões sociais e políticas, influenciando o exercício de seus direitos. Assim, o psicólogo fortalece o sujeito e permite o acesso às políticas públicas.

A promoção da autonomia pode levar a uma (re)construção da identidade, seguindo os aspectos dinâmicos do desenvolvimento dos sujeitos. É importante não identificar esse atendido como estático, como o usuário de programas sociais com características definidas, mas auxiliá-lo a conhecer outras formas de existência, aumentando tanto o seu repertório, como também o do profissional.

A compreensão de várias formas de existência pode diminuir a sobrecarga sentida pelos profissionais, pois existe uma caminhada para a autonomia e para a construção de um projeto de felicidade.

6.5. Projeto de Felicidade

Ângela fala a respeito da possibilidade de melhoria da qualidade de vida dos atendidos após a intervenção feita pelo psicólogo do CRAS. Ela diz que alguns atendimentos ajudam a população a sair da situação de isolamento e de tristeza que se encontram. Também fala que existe uma preocupação com saúde de forma ampla, ou seja, ela segue uma visão fora dos padrões tradicionais, pois considera que a felicidade do sujeito é importante, não somente a ausência de doença.

Para David, o seu compromisso é com a população, não com a gestão. Afirma que, diferentemente dos políticos, ele não possui previsão de saída da política da assistência social ou do equipamento que trabalha. Pode-se perceber uma preocupação a longo prazo com a população e não uma necessidade de responder às demandas do governo local. Ele afirma *“Eu tenho compromisso com a população”*.

A política deve ser construída na direção de possibilitar que o sujeito seja protagonista de sua história, não o identificar como estático e o cristalizar como usuário da rede de serviços socioassistenciais. É necessário que esse sujeito construa um projeto de felicidade que realmente seja percebido como possível por ele mesmo. Para isso, deve haver uma superação das práticas assistencialistas, não servindo para os interesses de quem tem o desejo de manter a situação estável.

O profissional da psicologia deve atuar como aquele que pode romper o padrão de assistencialismo e promover um espaço de escuta sensível, permitindo uma abertura para que se acredite nas reais possibilidades de mudança. Os profissionais também devem acreditar na efetividade do seu serviço, podendo sentir frustração caso não se identifiquem como facilitadores de uma mudança. David fala que o trabalho possui um caráter alienante, porém o sentido do que se faz deve ser sempre reforçado para não se considerar esse sujeito como limitado, incapaz de superar alguma situação vulnerável.

Além disso, refletimos que também é importante que o profissional possa pensar a respeito do seu próprio projeto de felicidade, pois ele também está implicado nesse processo com o usuário. É importante que haja uma identificação naquilo que se faz, limitando a existência de profissionais tarefeiros e burocratas.

6.6. Imagem Social do Psicólogo

Outro ponto que David e Ângela tocam é como outros profissionais identificam o campo de atuação do psicólogo. Falaram que eles são chamados para atender um determinado perfil de pessoa que busca o atendimento. David relata que já buscou esclarecer para outros profissionais, *“É uma discussão que eu já fiz, que eu já coloquei, que não necessariamente alguém que está chorando no CRAS, alguém que está com problema no CRAS tenha que vir (passar em atendimento) comigo”*. Ângela fala que direcionam para ela os atendimentos de pessoas que demandam mais do que uma simples informação social, considera que o motivo é *“porque as pessoas não sabem lidar com a questão mais psicológica”*.

O psicólogo é identificado como aquele que deve atender pessoas que tenham algum tipo de transtorno mental, como dependentes químicos e pessoas com muitas queixas. Esse relato encontra respaldo na minha experiência no CRAS, pois já vivenciei situações parecidas e informei que não necessariamente as pessoas com esse perfil deveriam ser atendidas por mim. Apesar disso, normalmente eu me coloco à disposição para esse tipo de atendimento, levando em consideração que a psicologia possui uma escuta qualificada.

Com esses relatos, podemos verificar que ainda existe uma identificação do psicólogo como aquele que atua com os sujeitos ditos não adaptados socialmente. Ainda é possível perceber que existe uma longa discussão a ser feita para que a política se efetive e para que o psicólogo consiga ser identificado como profissional que atua na área social promovendo autonomia, assim como necessidade de discutir a identificação dos clientes como sujeitos integrais, nos quais os aspectos emocionais e racionais se complementam.

O campo de conhecimento do psicólogo deve ser ampliado para que sua atuação seja efetiva nessa política. O profissional deve trabalhar no desenvolvimento de maior autoconhecimento que pode facilitar no enfrentamento das vulnerabilidades, assim como compreender a realidade. Valorizar o papel do psicólogo também nos leva a valorizar o papel dos outros profissionais e das outras áreas de saber, pois a atuação deve ser complementar para que haja uma transformação.

6.7.Campo em Construção

As primeiras entrevistas trouxeram algumas confirmações a respeito das minhas percepções como trabalhadora do SUAS e como pesquisadora da política. David e Ângela perceberam que a atuação do psicólogo no CRAS se aproximava da atuação de outros profissionais técnicos da assistência social. David fala de uma interdisciplinaridade, valorizando as características de todos profissionais que atuam no seu equipamento, porém parece desvalorizar sua atuação como psicólogo. Ângela, nas respostas adicionais que forneceu, relatou que inicialmente não considerava que havia muita diferença nos atendimentos realizados por psicólogos ou por assistentes sociais, mas ressaltou a forma diferenciada de olhar de cada profissional.

Ângela e David possuem acesso a outros grupos de psicólogos que trabalham na política. Ângela foi convidada para um grupo de discussão de psicólogos da cidade em que atua, David possui contato com o CRP, com o Núcleo Municipal da Política de Assistência Social, assim como com fóruns de trabalhadores. Apesar disso, nas entrevistas realizadas, ambos falam a partir dos seus pontos de vista, de modo que eles não sentem legitimidade para falar de forma geral a respeito das atuações de outros profissionais. Podemos também verificar que eles partem de pontos de vista distintos, pois Ângela se identifica como psicóloga que no momento é trabalhadora do SUAS, já David se identifica como trabalhador do SUAS que respeita as orientações técnicas, valoriza o papel da equipe e busca construir uma atuação interdisciplinar. A prática de ambos é construída a partir das experiências coletivas e individuais, o que nos permite compreender parte da política a partir de seus relatos, assim se dando a contradição entre singular e coletivo. Mesmo que falem a partir da experiência coletiva, a fala será no singular. Essa vivência não é particular deles, é também coletiva, sendo essa a dialética entre singular e plural.

Na minha experiência profissional, também tive dificuldades em encontrar o papel da psicologia no espaço do CRAS. Benelli (2016) fala a respeito das dificuldades que psicólogos pesquisadores na área da Assistência Social encontraram, de modo que:

constatam que há psicólogos que fazem o que podem nas circunstâncias conjunturais precárias e estruturais paradoxais nas quais estão inseridos. Há muitos psicólogos técnicos que parecem trabalhar com o senso comum – quando não, a partir do preconceito mesmo –, há outros que procurariam seguir uma determinada perspectiva teórica adotada ainda na graduação, sobretudo, com relação ao atendimento clínico numa linha específica. Muitos dizem não terem sido formados para atuar no campo das políticas públicas sociais (p.81)

Inicialmente, considero que minha atuação se aproximava da atuação dos profissionais assistentes sociais, havendo pouca reflexão a respeito do meu papel naquele espaço. Eu considerava que a minha área de conhecimento tinha papel na discussão de casos, buscava uma interdisciplinaridade, quase não havendo diferenciação nos atendimentos prestados por outros colegas. Com o tempo, questioneei o meu papel, já que identificava que a potência da psicologia estava em outro tipo de atuação. A partir do grupo de mulheres, fui me vinculando com as muncípales e me aproximando das suas demandas, que não eram somente sociais. Percebi, ao decorrer do trabalho, que o desafio seria apreender a subjetividade construída em situações de extrema vulnerabilidade. É como se o desejo e os projetos de felicidade não fossem possíveis em situações precárias, havendo dificuldade de colocar em palavras o vivido. Porém a criação sempre é possível, daí a necessidade do diálogo, da construção conjunta, da abertura para uma escuta diferenciada do psicólogo. Percebi que a minha escuta era o diferencial, assim como a minha sensibilidade com as realidades percebidas por elas. Posteriormente, ampliei essa atuação para os outros grupos que realizo, assim como para os atendimentos particularizados.

Compreendo que o papel em construção do psicólogo nessa política permite atuações que dependem de características particulares, individuais de cada profissional, considerando que os profissionais também são sujeitos integrais, formados pelo seu lado pessoal e profissional. É importante valorizar as múltiplas atuações na psicologia e a liberdade de cada trabalhador, porém a falta de relatos de experiências e de discussões pode afetar uma política de estado. Caso haja uma total abertura ou liberdade na atuação dos profissionais de psicologia, pode-se construir uma política em que cada equipamento terá uma forma muito particular de trabalho, mascarando um assistencialismo que responde às necessidades de governantes em detrimento das reais necessidades da população. Pode-se ter uma política que tenha equipamentos que oferecem algo próximo a uma psicoterapia, assim como equipamentos que não possuem profissionais da psicologia. Considerando que, segundo Rosa (2016), o SUAS é “a segunda política pública que mais emprega psicólogas e psicólogos em todo o Brasil” (p.09), existe uma urgência na discussão a esse respeito.

6.8. Novo não é uma adaptação

Ângela e David falaram que o psicólogo no CRAS não deve atuar segundo a perspectiva clínica tradicional. David relata sua experiência a partir de contato com outros psicólogos que atuam no SUAS, falando que alguns possuem dificuldade em não fazer terapia “*profunda*”, ou seja, psicoterapia tradicional. David fala a respeito da importância em investimentos “*em questões terapêuticas e não só protagonizadas pelo psicólogo*”, valorizando novamente o trabalho interdisciplinar, porém parece desvalorizar o complemento que pode ser oferecido pela psicologia. Ângela fala que atua com questões pontuais e específicas, muitas vezes busca “*ajudar a pessoa a poder olhar para a realidade dela e descobrir saídas*”.

Ambos relatam a necessidade de ampliação na compreensão do que seria a atuação do psicólogo, fugindo das terapias clássicas, o que também está de acordo com a minha percepção na atuação. Essa percepção aponta para a necessidade de a psicologia atender às necessidades e demandas vividas, compreendendo o sujeito no seu meio social. Uma nova construção só será efetiva a partir de discussões a respeito do tema, seja tanto no ensino superior de Psicologia quanto nos meios profissionais, em congressos e outros espaços de troca. Outros métodos de atuação como intervenções no território e visitas domiciliares devem ser discutidos para serem incorporadas nas práticas. A visita domiciliar deve ser valorizada pelo tipo de acolhimento que proporciona e como potencializadora da formação de vínculos, assim como a atuação no território pode aproximar os profissionais do cotidiano dos sujeitos atendidos.

A prática pode ser pensada de forma criativa a partir do que já é disponibilizado pela Assistência Social, assim como elaboração de novos recursos, caso seja considerado necessário. Assim como Scarcelli e Junqueira questionam o fato dos projetos e proposições políticas do SUS serem tidos “como verdades inquestionáveis ou como modelos a serem apenas aperfeiçoados” (2011, p.345), o SUAS também não deve ser estático. O CRAS e seus profissionais devem atuar para efetivar a proteção social, criando as ditas tecnologias leves.

Existe um aparente mal-estar da psicologia em lidar com a liberação de benefícios, o que pode ter auxiliado na baixa identificação do trabalhador com o trabalho exercido no CRAS. Em situações de vulnerabilidade extrema, o atendido necessita do Estado para a sua sobrevivência, precisando de um auxílio para que se

possa avançar na complexidade das suas demandas. Deve-se sair da situação em que a necessidade imediata é o alimento para poder alcançar outros tipos de demandas. A princípio, a liberação de uma cesta básica pode ser um benefício assistencialista, porém é somente após possibilitar condições de sobrevivência que se pode buscar a participação social. A aparente contradição de promover uma ação que pode ser identificada como assistencialista para poder garantir direitos sociais é mais uma complexidade da política, que é complexa e dialética, exigindo estudos e discussões dos profissionais envolvidos.

6.9. Profissional como mediador

Outro resultado encontrado foi que Ângela cita o “olhar do psicólogo” quando perguntada a respeito das principais características do trabalho do psicólogo no CRAS. Isso pode fazer referência a um determinado tipo de abertura que o profissional possui diante daquele sujeito e para sua história de vida. Esse relato aponta para o fato de que Ângela identifica o sujeito na sua complexidade, acolhendo suas demandas e respeitando sua história de vida.

David fala a respeito da posição que se coloca, afirmando que busca que a população identifique o CRAS como ponto de segurança para tratar a respeito de suas queixas. Fala que quer ser um “ponto de apoio” da população, o que podemos compreender que está de acordo com a análise feita acima a partir da teoria de Vygotsky, se colocando como mediador entre a realidade vivida e a possibilidade de desenvolvimento. O psicólogo como aquele que acompanha o sujeito a alcançar suas potências, atuando na Zona de Desenvolvimento proximal. David também afirma que *“toda pessoa tem um potencial”*, o que denota que ele também busca identificar as essas potencialidades e atuar para que sejam atingidas.

Considero que sou colocada em contato com situações adversas e reflito a respeito dela com os atendidos. Uma das possibilidades citadas acima é considerar que o psicólogo atua na Zona de Desenvolvimento Proximal, construindo em conjunto as potencialidades e criando novas expectativas, assim como reais possibilidades de superação das situações vulneráveis.

Partindo das práticas de acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia elaboradas por Ayres (2003-2004), o psicólogo cria novas possibilidades de mudança. Essas tecnologias encontram relação com as possibilidades de atuação do psicólogo que foram discutidas por Vygotsky, pois o Psicólogo parte do diálogo, de uma escuta e acolhimento para compreender a situação que o sujeito se encontra, estando disponível e livre de pré-julgamentos. Também se constrói um vínculo de confiança com a percepção de que o profissional é aquele que irá buscar a resolução do problema, ou mesmo como aquele que se preocupa com o bem-estar da população. O otimismo em relação às potencialidades do sujeito fortalece o vínculo de confiança e apoio nos envolvidos na relação, o que aponta para uma (co-)responsabilização da construção de novas formas de atendimento. Tanto psicólogo quanto cliente atuam cooperando, não havendo hierarquia. Finalmente,

partindo do diálogo e da troca, existe uma possibilidade efetiva de mudança. A relação (re-)constrói os sujeitos envolvidos, consolidando o Cuidado, partindo da percepção de que o psicólogo é o mediador e cooperador.

Esse processo é dinâmico e pode ir se complexificando com a continuidade dos atendimentos, podendo apresentar aspectos novos e ampliar os repertórios. Ângela fala de uma tentativa de levar um grupo para passeio no museu, o que os tiraria da zona de conforto. São essas possibilidades de abrir o leque para novas possibilidades que o psicólogo deve buscar. Essa possibilidade de não se acomodar e de não perceber o usuário como estático traz a responsabilidade de mediador para o psicólogo.

6.10. Políticas locais

Ambos profissionais são concursados, aparentemente possuem uma boa relação com os outros técnicos de seus equipamentos e também apresentam alguma discordância da visão da gestão local. David fala que o profissional do CRAS é contratado “*à revelia do prefeito*”, pois o SUAS é contrário ao assistencialismo. Ângela fala que o SUAS muitas vezes é tratado como os seus usuários, “*você trabalha com usuários pobres, você vai ser considerado pobre, você vai ser tratado pobre*”. Ângela relata que muitas vezes não consegue o material necessário para as atividades que planeja. Ela também informou que na sua cidade existe um grupo de psicólogos que se organizou para discutir temas de interesse da profissão, sendo que eles se comunicam por e-mail e possuem pauta definida. Eles informam aos diretores da política a respeito dos temas tratados, segundo Ângela, “*para não ter nenhum problema persecutório*”. Isso demonstra que os profissionais devem se reportar aos gestores, mesmo quando estão realizando uma atividade fora do local de trabalho.

Segundo as entrevistas, ainda existe um risco de que a política da assistência social responda às demandas dos governos locais. Ângela cita que os temas dos grupos são encaminhados pela gestão, de modo que não são decididos pelo público atendido. Nessa perspectiva, o governo decide o que a população deve discutir no CRAS, não havendo um diálogo ou uma construção em conjunto. Partindo da revisão bibliográfica acima, a política só será efetiva se houver uma construção em conjunto, com abertura para o apoio e para a troca. A dificuldade em consolidar uma política de estado pode gerar algo mais danoso do que o assistencialismo, que seria um falso direito.

A possibilidade para os profissionais está nas brechas das políticas já estabelecidas. Apesar das interferências, os profissionais concursados provavelmente permanecerão mais tempo na política da assistência social do que os políticos. Por esse motivo, é importante o fortalecimento das ações e dos seus atores, sendo necessário a valorização das trocas e do trabalho interdisciplinar.

David fala que possui muito interesse em discutir “estruturalmente o SUAS: controle social, orçamento e legislação”. Esse interesse surgiu de uma insatisfação com a não identificação dos recursos que eram destinados ao CRAS e a outros equipamentos. Com isso, David está buscando uma atuação na regulação da política para compreender o que tem à sua disposição. Relata que participa de esferas de

controle social, como “*conselho municipal, fórum de trabalhadores. Até mesmo conselho estadual*”. Ele pensa a respeito da macro política, buscando compreender as fontes de renda, os interesses políticos envolvidos e a melhor forma de alocá-los. Considera que os trabalhadores que não sabem a origem dos recursos, ou não discutem o SUAS de forma estrutural, são alienados.

Complementando David, Ângela relata sua iniciativa de iniciar um grupo novo, com novo formato, assim como suas intenções de buscar atuar no território. Ela fala a respeito do trabalho no dia-a-dia e da sua atuação na micropolítica diária.

Considerando as iniciativas de ambos, pode-se ter uma perspectiva otimista da política e da atuação do psicólogo nela. Existe uma busca na melhoria dos atendimentos e uma preocupação com a estrutura política macro, o que pode ser revertido na melhoria do atendimento da população e na melhoria da atuação dos profissionais. Ambos falaram a respeito de iniciativas e de como as suas atuações são dinâmicas. Os dois entrevistados possuem características diferentes, mas é possível compreender que ambos não estão satisfeitos com os moldes atuais. De modo dinâmico, a partir da teoria e prática, a política vai sendo construída pelos trabalhadores e clientes, permitindo a integração dos aspectos sociais e psicológicos, psíquicos e materiais.

Ângela faz uma reclamação de que a política é tratada como seus usuários, “*você trabalha com usuários pobres, você vai ser considerado pobre, você vai ser tratado pobre*”. Isso pode ser um empecilho para a mudança, pois pode levar o atendimento a ser baseado no assistencialismo, podendo gerar sofrimento para os envolvidos. Esse não é o caso dos psicólogos entrevistados, mas é um fator de risco que devemos estar atentos. Quando há muita intervenção dos políticos, quando há uma percepção que o CRAS atende aos interesses pessoais de políticos locais, pode-se gerar um mal-estar entre os trabalhadores. É importante ter uma percepção otimista a respeito, assim como perceber que o trabalho está além dos aspectos materiais disponibilizados. Através da construção de relação com a população, há uma possibilidade de acompanhamento de mudanças reais. Malta e Merky (2010) abordam a importância do apoio e investimento dos gestores para que a Linha de Cuidado seja efetiva, sendo necessário atuar também na construção de políticas macro que dialoguem com a realidade do CRAS.

Considerações Finais

A pesquisa teve início a partir das minhas indagações e reflexões como funcionária pública que atua no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) em um município localizado na região periférica de uma grande cidade do estado de São Paulo. Minhas experiências profissionais e pessoais permitiram que fossem levantadas algumas possibilidades de trabalho do psicólogo na política do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), sendo a principal a atuação que tem como base o Cuidado, partindo da psicologia Sócio-Histórica, principalmente da teoria de Vygotsky.

A política da Assistência Social dialoga diretamente com a política de Saúde, pois existe uma proximidade dos princípios e diretrizes das duas políticas. Apesar de seu passado assistencialista, o SUAS está baseado atualmente em normas que preveem sua consolidação como política pública, assim como o Sistema Único de Saúde. Considerando as produções e experiências do SUS, buscou-se um diálogo com aquilo que já foi produzido para refletir a respeito do trabalho do psicólogo no CRAS.

Ayres foi utilizado como autor de referência, pois suas contribuições são consideradas um marco para a política de cuidado integral no SUS. Esse autor buscou alterar a lógica de atendimento tradicional centrada no saber biomédico, possibilitando novas formas de relação e de atendimento, assim como o complemento feito por Malta e Merhy de Linha de Cuidado.

A partir da reflexão, propomos que algumas das tecnologias fossem pensadas no trabalho do CRAS. A construção de um acolhimento, a construção de vínculos, a responsabilização e promoção de autonomia podem ser exemplos de atuação que busca uma efetiva resolução da situação de vulnerabilidade que a pessoa se encontra. Diferentemente do SUS, o SUAS tem como público alvo uma população com características específicas, principalmente com vulnerabilidades sociais, beneficiárias de programas sociais, o que se pode considerar situações graves e que demandam uma urgência de atendimentos efetivos.

No acolhimento, o cliente deve poder relatar suas demandas, aproximar-se da política e do equipamento, compreendendo as possibilidades de atendimento que são oferecidas. O vínculo com o profissional que atende permite uma abertura para que

se reflita a respeito da vulnerabilidade social e econômica, assim como a respeito da possibilidade de garantia de direitos, acesso às políticas, acompanhamento familiar, acesso a benefícios sociais, entre outros projetos oferecidos. A responsabilização ou co-responsabilização permite a superação da política assistencialista. A construção de um acompanhamento em conjunto permite que o usuário reflita a respeito das possibilidades de alterar sua história de vida, padrões, assim como se identificar com outras formas de ação dentro do território. Ou ainda, caso deseje, possa afirmar a sua posição contrária aos padrões socialmente aceitos.

Propomos que o psicólogo do CRAS atue observando as políticas de Cuidado propostas por Ayres (2003-2004) e desenvolvidas por Malta e Merhy (2010). Considera-se que o psicólogo que atua com base no Cuidado é um mediador, um fator de proteção para aquele sujeito atendido. A existência de um profissional da psicologia capacitado para operar como um dispositivo de proteção faz com que a instituição não se desenvolva na lógica da desassistir a população, potencializando o que aquele sujeito pode criar e desenvolver.

Essas tecnologias possuem respaldo com a perspectiva da psicologia Sócio-Histórica, principalmente a teoria de Vygotsky. Esse autor considera o ponto em que a pessoa está e onde pode chegar. O nível de desenvolvimento real considera os ciclos de desenvolvimento já completados, que são as capacidades sociais e intelectuais já adquiridas pelo indivíduo, de modo que já consegue atuar no seu meio social de forma adequada. A Zona de Desenvolvimento Proximal é:

...a distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes (Vygotsky, 2004, p.97).

Assim, o desenvolvimento possui relação intrínseca com o aprendizado e com as interações sociais possibilitados nos espaços sociais que o indivíduo ou grupo vive. O psicólogo atuaria como um colaborador/mediador, auxiliando no desenvolvimento, trabalhando com o indivíduo o seu potencial de ação e aprendizado. O desenvolvimento do sujeito pode variar quando está agindo sozinho e se possui alguém que pode ser considerado um facilitador.

O psicólogo se coloca como cooperador dos atendidos, trabalhando em conjunto. Existe uma perspectiva otimista em relação às potencialidades do sujeito

que está baseada na existência de um vínculo de confiança e apoio. Esse tipo de atendimento do psicólogo auxilia na criação de uma perspectiva positiva em relação às situações vividas, permitindo mudanças reais e superação de traumas. A proposta é que o psicólogo atue com interesse na experiência e na troca com a população, possibilitando novas construções de projetos de vida, reconhecendo projetos de felicidade.

A pesquisa é qualitativa, realizada a partir de duas entrevistas com profissionais da área, além de ter sido utilizado o relato da pesquisadora. Foram construídas categorias de análise com base na revisão bibliográfica, assim como as identificadas nas entrevistas. Chegamos às seguintes categorias/temáticas: acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomia, projeto de felicidade, imagem social do psicólogo, campo em construção, novo não é uma adaptação, profissional como mediador e políticas locais.

Os entrevistados pontuaram questões que devem ser observadas no CRAS para que ocorra um acolhimento efetivo, assim como possibilidade de uma boa construção de vínculos e a possibilidade de uma (co-)responsabilização. Ambos citam a abertura do psicólogo, escuta qualificada, a não culpabilização do cliente pela situação que está, assim como a construção em conjunto do trabalho como elementos que os norteiam. Os dois entrevistados fizeram relatos que nos levam a perceber que estão buscando compreender a realidade dos seus clientes e preocupados com a superação das vulnerabilidades.

A intervenção de políticas de governo foi apontada como entreposto. Também foi possível verificar a dificuldade que os profissionais possuem em considerar o indivíduo como ser complexo e integral, chegando a separar os aspectos emocionais daqueles ditos materiais. O psicólogo deve ser compreendido como o colaborador, que é capaz de escutar para depois opinar, como um tutor que parte da situação de cada sujeito, observando-o na sua integralidade para auxiliar na busca de novos sonhos e projetos de felicidade.

O profissional da psicologia deve atuar como aquele que pode romper o padrão de assistencialismo e promover um espaço de escuta sensível, permitindo uma abertura para que se acredite nas reais possibilidades de mudança. Os profissionais

também devem acreditar na efetividade do seu serviço, podendo sentir frustração caso não se identifiquem como facilitadores de uma mudança.

O psicólogo deve buscar espaços para falar a respeito da sua atuação nessa política para que seja possível superar um aparente mal-estar em lidar com benefícios e programas sociais. Existe a necessidade de modernização da prática, com uma prática que supere os limites da clínica tradicional. A aparente contradição de promover uma ação que pode ser identificada como assistencialista para poder garantir direitos sociais é mais uma complexidade da política, que é dialética, exigindo estudos e discussões dos profissionais envolvidos.

A pesquisa buscou sistematizar e compreender a atuação do psicólogo no CRAS, assim como propor algumas novas possibilidades de práticas profissionais. Foi possível elaborar algumas propostas de intervenção, assim como valorizar algumas que já são realizadas. A atuação do psicólogo como cooperador e mediador se apresentou como uma possibilidade de construção do Cuidado e, conseqüentemente, para a efetivação da política do SUAS. Assim como Ayres (2003-2004), que afirma que novas propostas no campo da saúde permitem um otimismo em relação à consolidação e efetivação do Cuidado, considero que pode haver um otimismo em relação à efetivação do Cuidado como prática do psicólogo no CRAS. Com a valorização dos espaços de conversação, pode-se abrir espaço para a real superação do assistencialismo, com novas possibilidades de intervenção.

Referências bibliográficas

- ABC SUS, Doutrinas e princípios. Brasília. DF. 1990
- AFONSO, M.L. M.; VIEIRA-SILVA, M; ABADE, F. L., ABRANTES, T.M.; FADUL, F. M. A. A Psicologia no Sistema Único de Assistência Social. Pesquisas e Práticas Psicossociais, 7(2), São João del-Rei, julho/dezembro 2012.
- ARAUJO, C.A.; Introdução: Resiliência Ontem, Hoje e Amanhã. In: Araujo, C. A.; Mello, M.A.; Rios, A.M.G. (Org). Resiliência: Teoria e Práticas de Pesquisa em Psicologia. São Paulo, Ithaka books, 2011. p. 06-17.
- AYRES, J.R. de C. M., Cuidado e Reconstrução das Práticas de Saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004
- BENELLI, S.J., Entidades Assistenciais Socioeducativas, A trama institucional. Petrópolis, RJ. Vozes: 2014
- BENELLI, S.J., Conferência de Abertura. In: Cadernos Temáticos CRP: Psicologia na Assistência Social e o enfrentamento à desigualdade social. São Paulo, 2016
- BERTINI, F. M., Sofrimento ético-político: uma análise do estado da arte. In: Psicologia & Sociedade, 26. São Paulo, 2014.
- BRASIL, Constituição Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. 1988.
- BRASIL. CREPOP. Referências Técnicas para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS. Brasília, junho de 2008. CREPOP
- BRASIL. Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993. (1993, 08 de dezembro). Lei Orgânica da Assistência Social. Brasília, DF: Diário Oficial da União, p. 18769.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome – MDS. (2005). Norma Operacional Básica da Assistência Social (NOB-SUAS). Brasília, DF.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome – MDS. (2007). Norma Operacional Básica de Recursos Humanos da Assistência Social (NOB-RH). Brasília, DF.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome – MDS. (2009). Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, DF.
- CARVALHO, M. do C. B. de C., Metodologias do Trabalho Social - Políticas Públicas e Trabalho Social: Polêmicas em Debate. São Paulo, SP. Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; CAPES – Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoas de Nível Superior Ministério da Educação, Brasília, DF.
- CELA, M.; OLIVEIRA, I.F.O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. Estudos de Psicologia, vol.20, no.1, janeiro a março de 2015, 31-39. Editorial Universidade Federal do Rio Grande do Norte
- CYRULNIK, B.; Os Patinhos Feios. Editora Martins Fontes, São Paulo, SP, 2004.
- DEGENSZAJN, R. R. Processos de Articulação na perspectiva Socioterritorial. In: Arregui, Carola Carbajal; Blanes, Denise. (Org). Metodologias do Trabalho Social. 1ªed.São Paulo: IEE-PUCSP, 2008, v., p.209-216.

FACCI, M. G. D.; A Periodização do Desenvolvimento Psicológico Individual na Perspectiva de Leontiev, Elkonin e Vygotsky. Cad Cedes, vol. 24, n.62, p.64-81, abril 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ccedes/v24n62/20092.pdf>>. Acesso em 13/10/2017

FAUSTO, B.; A História Do Brasil. EDUSP, São Paulo, SP, 1995.

JORGE, M.S.B.; PINTO, D.M; QUINDERE, P.H.D.; PINTO, A.G.A.; SOUSA, F.S.P.; CAVALVANTE, C.M.C. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva, 16, no.7. Rio de Janeiro, 3051-3060, 2011.

LIMA, P. M. de & CARVALHO, C. F. de C.; A Psicoterapia Sócio-Histórica. Revista Psicologia: Ciência e Profissão, 2013, num.33, p. 154-163. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33nspe/v33speca15.pdf>> Acesso em 28/11/2017

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M., Psicologia Produção do Cuidado no Bem Estar Social. Psicol. Soc. vol.21 no.3 Florianópolis Sept./Dec. 2009

MAZZOTTI, A. J. A.; GEWANDSZNAJDER, Fernando. O Método Nas Ciências Naturais e Sociais. Editora Pioneira, São Paulo, 1998.

LUCCI, M. A.; A Proposta de Vygotsky: a psicologia sócio-histórica. Profesorado. Revista de currículum y formación del profesorado, vol. 10, n. 2 , 2006. Disponível em <<http://www.ugr.es/~recfpro/rev102COL2port.pdf>> Acesso em 21/10/2017

PEREIRA, P. A. P.; A assistência social prevista na constituição de 1988 e a operacionalização pela PNAS e pelo SUAS. Revista: Ser Social, Brasília, num. 20, p63-83, jan/jun, 2007. Disponível em <http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/251/1624> Acesso em 18/03/2018

REY, F. G., O sujeito, a subjetividade e o outro na dialética complexa do desenvolvimento humano. In: MARTINEZ, Albertina Mitjans ; *SIMÃO*, Livia Mathias. *O Outro no Desenvolvimento Humano: diálogos para a pesquisa e a prática profissional em psicologia*. São Paulo: **Pioneira Thomson** Learning, 2004

MALTA, D.C., MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

OLIVEIRA, M.R.; VERAS, R.P.; CORDEIRO, H. A.; PASINATO, M.T. A mudança de modelo assistencial de cuidado ao idoso na Saúde Suplementar: identificação de seus pontos-chave e obstáculos para implementação. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26 [4]: 1383-1394, 2016

ROCHA, J.; ROCHA, R.A.; LOPES, V. A., INAJARA, T.B.; OLIVEIRA, C., CORREA, D. P., BALLANDA, P.R.. As Percepções Do Cuidado Em Saúde Mental Pelos Profissionais De Saúde De Uma Unidade Básica De Saúde Do Município De Itajaí-SC. Sau. & Transf. Soc., ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.6, n.2, p.44.-53, 2016.

SAWAIA, B. B., Conferência de Abertura, in: Cadernos temáticos CRP: Psicologia na Assistência Social e o enfrentamento à desigualdade social. São Paulo, 2016

SCARCELLI, I.R & JUNQUEIRA, V.; O Sus como Desafio para a Formação em Psicologia. Revista Psicologia: Ciência e Profissão, 2011, num.31 (2), 340-357.

Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v31n2/v31n2a11> > Acesso em 28/11/2017

SENRA, C. M. G.; GUZZO, R. S. L. Assistência social e psicologia: sobre as tensões e conflitos do psicólogo no cotidiano do serviço público. *Psicologia & Sociedade*, 24(2), 293-299. 2012.

SILVA, N.E.K.; SANCHO, L.G.; FIGUEIREDO, W.S. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3):843-851, 2016

SOUZA, E C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D.; UCHOA, A. C.; ROCHA, P. M.; Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.

SPOZATI, A.; A Menina LOAS,. Editora Cortez, São Paulo, SP. 2002

TIPIFICAÇÃO NACIONAL DE SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS. Resolução número 109 de 11 de novembro/2009. Reimpressão 2104. < http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf > (último acesso em 15/02/2017)

TOASSA, G.; O Conceito de Consciência em Vygotski. *Revista Psicologia USP*, v. 17, n., 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v17n2/v17n2a04.pdf>> Acesso em 23/10/2017.

VYGOTSKI, L. S.; A Formação Social da Mente. Editora Martins Fontes, São Paulo, SP. 2007

ZANELLA, A. V.; Atividade, Significação e Constituição do Sujeito: considerações à luz da psicologia histórico-cultural. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 9, n. 1, p. 127-135, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a16.pdf>> Acesso em 28/10/2017.

ZANERATTO, E. Z.. Conferência de Abertura. in: *Cadernos Temáticos: Psicologia na Assistência Social e o enfrentamento à desigualdade social*. São Paulo, 2016

Anexos

1. Entrevista David

Eu: Bom, então vamos lá. David, dia 26 de janeiro (de 2018). Você quer se apresentar, David? Quer fazer uma caracterização?

David: Tranquilo, você quer direcionar o que fala? Como fala? Quer uma apresentação livre.

Eu: É.

David: Meu nome é David, sou formado há aproximadamente cinco anos, trabalho no SUAS vai fazer quatro anos no mês de março. Sempre trabalhei na proteção social básica e nestes quase quatro anos já passei por dois equipamentos, ambos eram CRAS.

Eu: Como é o seu trabalho no CRAS? Se você puder exemplificar, ilustrar, colocar alguma situação.

David: Como se estrutura o trabalho no CRAS: basicamente na cidade em que eu atuo, ele se dá pelo conceito de “porta aberta”. A gente começou a falar mesmo “porta aberta” por ser um modelo de demanda espontânea. O primeiro modelo é *expontaneísta*, a gente atende o que vier dentro da disponibilidade que tem no CRAS. Então, o carro forte do trabalho do CRAS é esse atendimento. Eu não sei se o chamo de acolhida, não sei se é exatamente uma acolhida, mas fica entre uma acolhida e um plantão social, daquela *rusga* que é muito forte do assistencialismo, do atendimento imediato, da solução para agora. Bom, depois do atendimento espontâneo, aí tem os grupos. Eu sou técnico de referência do Serviço para idoso (SCFV) que é feito no próprio CRAS, o que me faz não ser um psicólogo exclusivo do serviço com os idosos, tem que entrar nessa rotina (do CRAS). Com isso as atividades são reduzidas para uma vez por semana, sendo que em outros lugares tem dedicação específica, eu tenho uma dedicação muito parcial a esse serviço. Além desse serviço, tem os encontros para beneficiários de programas sociais, encontros socioeducativos e atividades externas de visita domiciliar.

Eu: Você tem horário específico para isso se dedicar ao serviço do idoso? Você tem horário, assim, “de segunda feira, de tal hora a tal hora eu me dedico a isso” e o resto do dia, nos outros dias ou outros horários você se dedico a outras atividades, ou não?

David: Não, não.

Eu: Ele (SCFV) acaba entrando no meio do fluxo da rotina.

David: Ele acaba entrando no fluxo. Basicamente, quando não tem atendimento eu paro para pensar. Quando não tem, é na manhã anterior que tem o encontro em si. Não tem um tempo delimitado para isso.

Eu: Sim. Aí você estava falando, tem os encontros socioeducativos para beneficiários.

David: Sim, encontros mensais. As outras atividades são as visitas domiciliares.

Eu: Uhum.

David: também que é uma vez por semana. Bom, comigo, onde eu sou responsável, são basicamente essas aí. As demais atividades se derivam das atividades que eu já falei, discussão em grupo, encaminhamento, relatório, inclusão, demandas “administrativas”.

Eu: Tá.

David: Claro, montar o material das reuniões, tanto do socioeducativo quanto dos idosos.

Eu: Tá. Agora a segunda pergunta seria: Quais as principais características das atividades exercidas pelos psicólogos no CRAS? Se você puder exemplificar, ilustrar com alguma...

David: É difícil responder essa pergunta sendo o único psicólogo do meu equipamento.

Eu: Uhum.

David: Bom, entendo que é uma resposta de acordo com o meu equipamento, não será possível fazer extrapolações quanto a outros porque tem convergências e divergências.

Eu: Sim, acho que das experiências que você teve, claro.

David: Eu tenho uma noção, mas é melhor falar só do meu lugar. Não vai dar para falar do papel psicólogo, vai dar para falar do papel do David.

Eu: Sim.

David: Em primeiro lugar, em equipe, eu mesmo, eu penso muito na questão da interdisciplinaridade, é uma questão que eu acho que é primordial dentro do SUAS. Não é partir do que me difere, mas é partir daquilo que... É o mesmo compromisso que eu tenho com qualquer profissional, é o mesmo compromisso que eu tenho com as assistentes sociais, é daquilo que iguala. Vou dar um exemplo da interdisciplinaridade, como eu acho que ela deve ser, de certa forma, radicalizada. Por exemplo, eu não me sinto à vontade para atender vítimas de violência doméstica. Para ser mais específico, mulheres vítimas de violência doméstica. Claro que eu posso fazer a acolhida, o acolhimento, escuta qualificada, ou qualquer coisa, mas até dentro desse processo empático, o próprio saber que eu não consigo dar uma acolhida que uma mulher dará, isso em si me incomoda, mesmo que não incomode quem esteja atendendo. É aquela coisa, eu posso compreender, mas não sei como é. Eu falo abertamente isso com a minha equipe, eu acho que as assistentes sociais, de onde eu trabalho, podem acolher da mesma forma, ou bem melhor do que eu uma vítima de violência doméstica. Acho que o acolhimento se dá por outras coisas. Não é só o gênero, é e não é, são outras interfaces. É uma discussão que eu já fiz, que eu já coloquei, que não necessariamente alguém que está chorando no CRAS, alguém que está com problema no CRAS tenha que vir comigo.

Eu: Sim.

David: Eu questiono isso. Eu acredito que o serviço social tenha a escuta qualificada, né. A escuta qualificada não é a escuta qualificada nossa (dos psicólogos), mas é de outro tipo, mas é uma escuta.

Eu: Tá.

David: Não é uma escuta terapêutica que vai dar um retorno que um psicólogo daria, mas tem. É prerrogativa do acolhimento também é. Isso que eu penso de interdisciplinaridade. Isso não significa que em outros casos, em que as pessoas apontem coisas bem mais específicas, mas concretas, que as pessoas estejam com dificuldades emocionais, ou até pessoas que façam um tratamento psiquiátrico, mas que não encontram um tipo de atendimento psicológico na rede de saúde, pessoas com dificuldade na questão com os filhos, isso eu atendo e atendo como psicólogo. Eu faço que chamo de acolhida psicológica. Isso existe uma diferenciação que está pactuada dentro do meu equipamento, quando a pessoa realmente quer falar com o

psicólogo ou quando a assistente social identifica que é uma coisa que vai além do social, um sofrimento psicológico, elas ofertam o meu atendimento. Quando não é por demanda espontânea, às vezes o CRAS tem demanda espontânea de psicólogo, quando não é por demanda espontânea de psicólogo, elas me encaminham e eu faço esse atendimento que eu chamo de “acolhida”, um “plantão psicológico” com poucos atendimentos. Depois a gente pensa, encaminha para a rede, ou se for alguma coisa mais em relação a alguma dúvida, algumas coisas dão para sanar em um ou dois atendimentos, quando é coisa bem concreto, pontual, dá para sanar. Dificuldade de mães com crianças, isso dá, agora, outras questões, eu tento articular com a UBS do bairro.

Eu: Quais as características que você acha dessa acolhida psicológica? O que diferencia? Quais, enfim, o que você acha que faz dela algo específico do psicólogo? De você?

David: É uma pergunta difícil, mas acho que a devolutiva, talvez. Essa coisa, sem querer polemizar ou falar da profissão dos outros, o serviço social tem a escuta, mas a devolutiva vai ser dentro de um contexto...

Eu: A devolutiva sua, não do atendido?

David: A devolutiva do profissional. Ela vai ser dentro do contexto do empoderamento, sabe, vai ser uma coisa que sempre vai ter uma palavra assim... Na psicologia não, nem sempre. Às vezes, assim, não, você vai ter que lidar com essa dor. É uma resposta que não necessariamente é o caminho do empoderamento, é o caminho de uma construção social ou, por exemplo, de um lugar comum, como “você precisa arrumar um emprego”, “você precisa planejar sua vida”, como se fosse um planejamento do PAIF. A acolhida, a diferença é essa, estar ali no momento, totalmente aberto para a pessoa. Eu tento assumir uma postura muitas vezes clínica, de completa abertura mesmo, eu ligo outra chavinha, nem respondo muito, e tento usar os elementos que a pessoa falou apenas como estratégia de reflexão em cima do que foi posto. Embora isso não deixe de ser social, ele se diferencia um pouco da questão do PAIF de “vamos seguir tarefinhas”, “vamos ter planos a curto e médio prazo”, “vamos buscar uma independência”. Não é isso, às vezes é só devolver aquilo que a pessoa falou para ela mesma.

Eu: Tá

David: Uma forma meio de lançar luz, questão fenomenológica. Acho que tem uma diferenciação na devolutiva e na espécie de acolhida. Normalmente outros profissionais não tem paciência de ouvir, e eu falo temporal mesmo, de ouvir.

Eu: E você tem algum exemplo, como algum caso que te remete assim, algum caso que você, algum caso que te venha à cabeça agora?

David: Tenho casos, um específico não me salta assim. Salta um específico, mas é de atender pessoas realmente em estado depressivo definitivamente, que realmente tem um isolamento grande, uma questão muito de não conseguir minimamente seguir com as suas vidas. Já atendi casos de isolamento mesmo, a pessoa em isolamento mesmo.

Eu: Principalmente idoso ou não necessariamente?

David: Não idoso necessariamente, já atendi idoso, mas não necessariamente. E aí vai fazer o que? Falar “fique feliz, vá ler um livro, vá passear”? É o que o depressivo sempre ouve, são aqueles conselhozinhos de meia tigela, né. É tentar buscar dentro da impossibilidade temporal e de atendimentos pelo menos dar esse pouco de catarse. Não sei, não sou psicólogo clínico muito bom, eu como clínico vejo que não tenho tanta expertise.

Eu: Não, imagina, acho que não é....Imagina.

David: Só um sentido de adequar “oh, as técnicas que você usa enquanto clínica”, não é nada muito sofisticado. Eu vejo que o depressivo não precisa necessariamente de um processo de catarse, mas de um processo de materialização daquilo. Ele tem uma fala que dá muita matéria, porque na cabeça fica uma coisa muito aleatória, não consegue se formar. Então, é essa questão da fala que não é necessariamente um desabafo, mas é tentar construir alguma coisa. O acolhimento em si, e pensar isso, esses monstros, sem fugir disso e falar “ah não, esqueça”, é algo que foge do um lugar comum do SUAS. Justamente trabalhar isso, não de piorar, claro, não de fazer uma terapia de choque, mas em cima desses, não sei, desses monstros. Não tem uma metodologia, não consigo pensar em uma metodologia. Pensar em lidar com isso que ela apresenta da depressão, não necessariamente dar uma solução rápida.

Eu: Mas por que você diz, por que não seria uma característica do SUAS?

David: Psicoterapia. Ele (SUAS) vai muito mais pela autonomia, pela emancipação. Mesmo que não seja, os assistentes sociais e psicólogos, a gente no PAIF vai por esse caminho, né. De estar em busca de conhecimento de direitos e autonomia e convivência familiar.

Eu: Você diz de uma perspectiva mais objetiva

David: Sim, porque tem tarefas, né.

Eu: Agora a pergunta três: Qual atividade no CRAS desperta mais o seu interesse?

David: Difícil, (risos) difícil demais essa pergunta, p*** m****.

Eu: (risos).

David: Eu acho que com o tempo muda. Eu estou com outro problema, porque o que eu acho que me desperta mais no CRAS não é o CRAS em si.

Eu: Não, mas acho que é isso aí, diga. Pode até fazer uma comparação, o que você acha que despertava o seu interesse antes e agora... Pode...

David: Sim, eu gosto, o que eu gosto de verdade é o serviço de convivência por ser algo que...

Eu: E você sempre gostou?

David: Não, não gosto de trabalhar com idoso, é o que veio. Eu acho muito bacana trabalhar com idoso, mas eu não sou daquelas pessoas que olha um casal de idoso na rua e fala “ai que legal”. Não, idosos não me despertam nada de especial. Não tenho nada de “Ah, quero trabalhar com gerontologia”, nunca passou pela minha cabeça. Mas o grupo, o grupo, eu acho interessante. O grupo, até como foi a formação deles enquanto grupo. É um grupo antigo e tem um histórico político, de ligação política muito grande no território. Em cima de uma atividade que eu fiz, que foi a linha do tempo, eu vi que eles têm uma atuação na história do bairro mesmo. Eles sabem como foi construída aquela rua, como foi construído aquele equipamento público, e muitos participaram ativamente disso. Eles de fato foram construtores dessa história. Então essa noção de grupo, o grupo lá de idosos existe há doze anos, eu sou técnico lá há três. Essa história de coisa que já vem, o grupo em si me desperta muita curiosidade, muito fascínio, eu gosto do que é o grupo, não necessariamente das

peessoas individuais, mas do grupo em si. O grupo é tão potente, ele se mostra de uma maneira tão diferente e essa dinâmica dele é uma coisa que me interessa.

Eu: Como que é?

David: Dá para comparar bem porcamente com aqueles filmes ruins norte-americanos. Tem o grupo dos nerds, o grupo dos legais, o grupo dos isolados, dos revoltados, é isso, tem os subgrupos.

Eu: Entendi.

David: Tem as líderes do grupo de idosos, tem as líderes que sempre ocupam um papel de liderança, tem um pessoal que é crítico, só abre a boca para criticar. Tem os críticos gerais e os que são críticos ao próprio grupo. Tem um pessoal que é fantasma, que não quer nem ser visto, não quer nem ser mencionado, fica lá.

Eu: Mas continuam?

David: Continuam e são muito assíduos. Mas aí eles (falam) “não, deixa eu aqui, deixa eu no canto, eu estou aqui no meu canto...”. Tem uns grupinhos de amizade. Tem as idosas que são idosas mesmo, que falam do neto, que param uma intervenção para contar uma história completamente paralela. É legal esse ritmo de “vamos parar tudo”. Eu lembro que eu passei um vídeo que é o “Vida Maria”, que na verdade fala da questão transgeracional. Bacana, o grupo pegou, a mãe e o pai igual, a menina virou a mãe. Uma idosa, do nada “Ah, essas panelas aí, eu lembro...” e começou a contar a história das panelas, como as panelas eram feitas, o que ela fazia com as panelas. Foi para um lado muito paralelo da história afetiva, e é legal, é legal essas outras lógicas, sai do linear. Mas acho que é isso, o fato de eu ser o responsável pelo grupo, eu sinto uma responsabilidade maior e aquilo que é feito, eu sinto que é mais uma coisa minha. É meio estranho falar isso, e meio egoísmo, mas toda construção, todas as mudanças, eu sinto que foi um, eu consigo ver mais coisas como se fossem proposições minhas.

Eu: Sim.

David: Nos fracassos também, consigo ver que são fracassos meus e eu tenho que bancar os meus fracassos.

Eu: Você sente essa responsabilidade no grupo, tanto para o positivo, quanto para o negativo.

David: Sim, e isso nos outros espaços não ocorre tanto. É um dos poucos trabalhos que são de fato contínuos, porque o grupo é cristalizado. Então, resumo, já fechando, o que eu mais gosto dentro do CRAS é o grupo de idosos. Agora o que hoje o que mais me atira é discutir estruturalmente o SUAS. Controle social, orçamento e legislação. Isso é algo que eu gosto de ler essas coisas como se tivesse lendo um gibi, realmente eu tenho um interesse muito grande pela estrutura. Estrutura de gestão, principalmente o controle social. O controle social é uma coisa que eu quase faço por prazer. É muito por necessidade, mas assim, eu tenho uma ponta de prazer em participar de estâncias de controle social.

Eu: Por exemplo?

David: Conselho municipal, fórum de trabalhadores. Até mesmo conselho estadual, que é horroroso, dá um... é isso. Só encaixando o porquê eu gosto... eu não sei porque que gosto, é difícil falar porque você gosta de alguma coisa, não sei.

Eu: Eu acho que você está indo bem, acho que está tudo certo.

David: Uma coisa que eu sempre falo, que eu penso e que eu acho, o trabalho do SUAS, como qualquer trabalho, é alienante. Ele é alienante. A gente trabalhar sem saber de onde vem o recurso, sem saber... Sabe uma perspectiva meio mágica? Você só vê os produtos chegando no seu CRAS, o salário caindo, você pede coisas e eles dão, às vezes não dão. Fica uma coisa, meio que parece que tudo que é fora do CRAS é mágica. É mágica e tem que esperar o gênio da lâmpada vir e trazer. Isso me incomodava muito, porque os materiais do CRAS não vêm por mágica, os recursos não vêm por mágica e a secretaria não quer fazer tal coisa não é por mágica. Tem uma coisa por traz, e é legislação, orçamento e controle social.

Eu: Tá.

David: Aí você vê realmente o real. Acho que dentro do CRAS é muito alienador, é isso. Por isso que eu gosto.

Eu: Tá. Vamos para a pergunta 4? Em quais momentos você considera que o seu trabalho possui como foco o cuidado com o munícipe? Se você puder também dar exemplo ou uma situação.

David: Eu acho que todo momento, né, todo momento. Eu trabalho em uma cidade onde eu tenho sérias discordâncias com a gestão e quando eu penso em serviço

público eu entendo que a gente não tem chefes, temos supervisores. É um prefeito que vai sair, um vereador que vai sair, um assessor que vai sair. A gente não deve necessariamente ao prefeito, a gente é contratado, inclusive à revelia do prefeito. Da vontade do prefeito ou de qualquer vereador, do secretário, em geral, não teria SUAS. Se fosse pela vontade deles, não teria SUAS porque o SUAS justamente ataca aquilo que é mais, que é caro a ele, que o assistencialismo. Onde eu vou chegar no cuidado, que o meu compromisso não é com gestão, não tenho compromisso algum com gestão, menor compromisso com gestão. Eu tenho compromisso com a população. Eu sei que isso é papo de político, mas esse compromisso com a população me faz, faz eu tirar duas conclusões que às vezes eu compartilho em grupos: primeiro, a minha presença naquele bairro tem que fazer sentido para a população. Se não fizer sentido, não faz sentido estar lá. Por que eu estou no bairro onde eu estou e o CRAS está lá? Eu tenho que prestar algum serviço, tem que ter alguma diferença, tem que ter significado. Eu já me peguei em acompanhamento de PAIF olhando para os olhos da pessoa e perguntando “esse CRAS significa alguma para você? Mas de verdade. De verdade mesmo. Não é cesta básica. Cesta básica você pega em qualquer canto. De verdade, você vê um significado aqui? Porque se não tiver significado, a partir do momento que tem tudo aqui... tranquilo, eu não estou fazendo o meu trabalho.”

Eu: E você já chegou a perguntar isso para as pessoas e elas responderem?

David: Já.

Eu: O que elas respondem?

David: Nenhuma respondeu que não tem (risos). Ainda bem. Eu gosto que a maioria justifica o porquê não. Eles conseguem ver que tem muita coisa além da cesta básica, embora o carro chefe seja a cesta básica, óbvio, mas existem coisas além da cesta básica. Então o meu compromisso é com a população e eu vejo que o fato de ter um profissional preocupado com eles, em qualquer esfera, seja chamar pelo nome, coisas simples, chamar pelo nome, um bom dia, alguma... tipo, a pessoa contar uma piada e você acompanhar a piada da pessoa, seja realmente perguntar dos filhos, uma coisa tão simples, tão banal, isso é cuidado, isso é proximidade, estou próximo. E eu vejo que faz diferença para as pessoas, que em geral o servidor público estereotipado, ele faz o contrário, ele trata com uma certa distância. Então, o primeiro nível do cuidado é esse, de ter a população aliada, aliada a mim.

Eu: Sim

David: Você tem que estar junto da população. Eu devo à população, esse é o primeiro ponto. O segundo ponto é saber dar más notícias, porque a gente não pode cumprir com as expectativas que as pessoas trazem. Como que a gente faz isso? Seja realmente porque a pessoa está apresentando uma demanda improcedente, seja porque não temos suporte para aquele caso complexo da pessoa. Isso é um desafio: como é que você vai dizer que você não pode atender aquele serviço? Eu acho que é aí que vem realmente o, a atenção. Acho que cuidado pode ser encaixado nisso, em construir um laço de reciprocidade, de sinceridade, de ser uma coisa de “olha, realmente você está pedindo uma coisa fora de eixo, fora de contexto”. Quando a pessoa pede algo como “ah, quero uma cesta básica, mas tenho dois salários mínimos”, não dá. Por que não dá? Vamos pensar juntos, vamos pensar juntos como é a conjuntura do bairro, pensar que política pública não é mágica, que existe quantidade finita de coisas, vamos trazer algumas reflexões, pensar juntos. “Não quero te dar um ‘não’, cuspir um ‘não’ e você ter que engolir esse “não” seco de mim. Vamos... eu quero te convencer”, como se diz assim.

Eu: tá. E o exemplo que você teria é essa questão, dar cesta básica para uma família que recebe dois salários (mínimos). Esse exemplo de como dar uma (resposta) negativa.

David: Sim

Eu: Tem algum outro exemplo de negativas que você dá?

David: Claro. Por exemplo, quando pessoas têm demandas muito complexas de saúde que precisa... que você sabe que a secretaria de saúde não vai dar conta. Tipo uma doença grave e rara, medicamentos caros, praticamente, praticamente a pessoa ter que recorrer à justiça, né. Órteses, próteses. Um beneficiário do BPC que tem um salário acima, mas que praticamente vive de um homecare, né, vive acamado e que tem uma despesa enorme. As políticas públicas não comportam essas pessoas, né. E aí é da fragilidade ou do não alcance das políticas públicas a essas pessoas, né. E o que fazer? É dar um “não”? Não, não é “não”. Talvez trazer um pouco... eu sempre, eu tenho uma necessidade de não só fazer com que as pessoas me entendam, mas que entendam o raciocínio que eu tive para chegar naquilo. Isso às vezes me faz ser

muito prolixo, meus atendimentos serem longos, sou prolixo, isso é assumido. As minhas respostas estão sendo bem longas.

Eu: Imagina, mas eu estou aqui para isso, imagina.

David: Mas é uma necessidade que eu acho que isso dá conexão, isso gera conexão. Para alguns é “blábláblá”, mas eu consigo gerar conexão.

Eu: Tem uma preocupação de ter essa proximidade, né, que você diz.

David: Com certeza, sim, proximidade. Eu acho que o terceiro ponto do cuidado é de a gente ser um, vou usar a palavra do Winnicott que eu acho muito bonita, continente. É ser continente, né, sempre, sempre. A gente está atendendo pessoas em vulnerabilidade. Mesmo que seja uma pessoa tida como pilantra, malandra, quer levar vantagem em tudo, é a lógica que a pessoa aprendeu, né. Como atender uma pessoa que não... que você não gosta, você está cansado da pessoa, isso acontece, né, isso tem “de novo a fulana”, “de novo ela vai *meter um louco aqui* que tá numa situação que não está”, “de novo a pessoa vai vir fazer teatro, fazer cara de coitada e depois vai pro boteco”, “pô, mas de novo!”. E aí o cuidado já não é nem com o outro, é consigo mesmo, de você...

Eu: E como você faz nessas situações?

David: Eu...

Eu: O que é esse ser continente? Só para eu entender também.

David: Que seja um ponto de apoio da pessoa.

Eu: Tá.

David: Um apoio, como se fosse um ombro. Mesmo que a pessoa não tenha nenhum recurso, mas que ela sinta que o CRAS é um lugar que ela está à vontade. Eu, para mim psicólogo é muito mais fácil, porque eu falo que você estar disponível, você ter a possibilidade de “esse aqui é um espaço seu, tudo o que você precisar, problemas, tudo, pode vir, porque esse aqui é um local seu e você está à vontade”. Para mim como psicólogo é muito tranquilo falar isso e eu realmente quero que as pessoas façam do CRAS o cotidiano delas e, tipo, “ah, briguei com o meu marido, vou lá falar”.

Eu: E você fala isso para as pessoas? Fala para os seus atendidos?

David: Falo, falo.

Eu: Idosos e acolhimento, assim, você fala.

David: Os idosos também, os idosos às vezes. A gente tem uma relação de amizade mesmo que às vezes até eu tenho que colocar alguns filtros porque já em ônibus coletivo o idoso faz aquela piada que dentro do serviço cola, mas e num coletivo? Porque sempre tem a brincadeira de “ah, hoje você tá bonito”, “hoje você tá feio”, um tipo de bullying mesmo e isso se dá fora de um ambiente que não é o ambiente do serviço de convivência. Ou até mesmo o idoso chegar, eu estou em um atendimento, eu estou para fazer um atendimento e o idoso tem tanta intimidade que ele chega falando, não está vendo que você está com um prontuário na mão para atender outra pessoa, já chega já falando que isso e isso, às vezes está falando até coisas bem banais, “ah, meu filho concluiu a oitava série”, e aí você fala “ah, desculpa, mas eu preciso atender essa pessoa”.

Eu: Tá, com o idoso é diferente a relação.

David: É bem diferente. Então essa construção que você perguntou é mais com os atendimentos individuais mesmo.

Eu: De se colocar nessa posição de apoio que você disse.

David: De apoio para qualquer coisa, né. De estar junto, de estar próximo. Acho que cuidado é uma palavra bem complexa, em vários sentidos. Vou ficar pensando quando sair daqui (risos). Não dei uma resposta completa.

Eu: (risos) Se você quiser depois, está sempre em aberto, se você quiser voltar às perguntas, a agente complementa. Eu acho que é isso.

David: Eu acho que são coisas que não se esgotam, né.

Eu: Não, não. Antes de ir para a pergunta 5, você quer uma água, quer mais café?

David: Não.

Eu: Então vamos para a quinta pergunta: você possui alguma sugestão para o trabalho do psicólogo no CRAS?

David: Teria que ver esse psicólogo trabalhando, porque em geral, como eu disse, eu não tenho muito parâmetro. O parâmetro que eu tenho é dos meus colegas que falam e aí eu digo, mas eu não tenho muito parâmetro. Eu acho que a primeira coisa, aí eu vou falar um pouco a respeito da experiência do CRP que me perguntam, acho que a

primeira coisa é o psicólogo entender que primeiro ele tem que partir do ponto de vista das funções em comum do compromisso com o SUAS, não necessariamente o compromisso com a psicologia, mas o compromisso com o SUAS. Aí volta a questão da interdisciplinaridade e das questões básicas da NOB RH, logo no início da NOB RH. Eu acho que o compromisso primordial do psicólogo é aquilo. Por redução fenomenológica, acho que se não fizer isso, não é profissional do SUAS. Não adianta eu ser um psicólogo criativo e não ter, não estar quase decorado os princípios da NOB RH e entender para agir com interdisciplinaridade. Eu vejo muito, mas muito psicólogo me perguntando o contrário, o que ele teria de diferente.

Eu: O que está na NOB RH? Se você puder me falar com as suas palavras, o que você acha que viria antes. Você está dizendo que tem de partir desse pressuposto, qual é esse pressuposto?

David: Tá, eu não vou falar exatamente o que está na NOB RH porque eu falei que tem que decorar mas não decorei não (risos)

Eu: (risos) Não, com as suas palavras.

David: princípios básicos, acho que, defesa intransigente dos direitos humanos. Isso está escrito lá mesmo. É defender os direitos humanos, em primeiro lugar, que é o básico do básico do básico. Entender que é uma política pública que é para todos, todos aqueles que necessitarem, fugirem do clientelismo, do “eu gosto de você, eu não gosto de você”, “fulano é malandro”. Também evitar, por mais que seja uma coisa polêmica que dá um discurso um pouco mais profundo, mas entender o que é a sua vivência e não tentar colocar nos outros a sua vivência ou suas crenças. Isso é uma coisa muito delicada, como por exemplo, se você tem uma visão de mundo que pode ser encarada como uma visão de mundo de esquerda, sem querer você pode estar passando isso para a população? Pode. É complicado mesmo lidar com isso. Mas o contrário, se vir aquela pessoa totalmente devota de alguma religião, principalmente pentecostal, evangélica, tem valores conservadores, tem valores opostos aos seus, o que você vai fazer? Tem que acolher.

Eu: Sim

David: É pensar nisso quando eu digo de... normalmente é mais a questão de tratar adolescente como “Tem que trabalhar” ou “É vagabundo”, alguns preconceitos que existem. Na (proteção social) básica a gente ainda tem pouco isso, mas na (proteção

social) média é mais forte, principalmente quando você trabalha com medida socioeducativa, com violação de direito. Violação de direito também, mas é LA (liberdade assistida), essas coisas.

Eu: Tá

David: Não ter esse tipo de julgamento. Tá, agora lembrei de outro assunto, pra não ir de baciada, pra falar em tópicos. Não fazer a culpabilização da pobreza, entender o processo histórico no qual essas pessoas estão inseridas, defender aquilo que é do SUAS, programas sociais, benefícios sociais, serviços. Não cair em lugares comuns do Facebook, do senso comum de que “O benefício social deixa a pessoa acomodada”. Espera aí, deixa eu qualificar isso, por que a pessoa fica acomodada? Não precisa fazer uma defesa cega, mas fazer uma defesa. Não contribuir com nenhum tipo de preconceito racial, de gênero, de raça, conceitos machistas, homofóbicos. Isso não entra no SUAS, não entra, não pode entrar. Principalmente buscar romper com o ciclo da transgeracionalidade, tentar romper com esse ciclo e que toda pessoa tem um potencial sim para empoderar-se. Tem outras coisas lá na NOB, mas como eu disse, é esse tipo de princípios básicos. Acho que se um psicólogo no SUAS apresenta valores conservadores de conduta, não tem conhecimento técnico que dê conta. Acho que tem um ético antes do técnico.

Eu: É

David: Depois de tudo isso a gente fala de psicologia, depois a gente pode falar de psicologia, do psicólogo em si. As pessoas perguntam muito, as pessoas querem se diferenciar. Ah, outra coisa, também, não queira se diferenciar do assistente social. Pra que? É o que eu pergunto normalmente, pra que? Qual é a necessidade dessa autoafirmação? Eu não acho que é certo ou errado, mas por que essa necessidade? Então, assim, dicas para o psicólogo, sei lá, o meu ponto é esse.

Eu: Sugestão para o trabalho?

David: Sugestão para o trabalho acho que é isso, é isso.

Eu: Tentar trabalhar em conjunto.

David: Construção em conjunto, isso.

Eu: Tá.

David: É que nem a Bader falou no seminário, terceiro seminário, terceiro ou quarto, não lembro, terceiro ou quarto seminário estadual de assistência social.

Eu: Posso até ver aqui (no projeto).

David: Você citou?

Eu: Sim.

David: Inclusive uma coisa que o CRP está reclamando que eu acho que eu dei uma olhada aí, é importante citar os materiais de referência do CRP em trabalho. É muito raro, é muito difícil. Tem um pessoal que está discutindo que não se cita muito. por que não se cita a produção de ponta do modelo do CREPOP? Uma crítica. Voltando, eu não lembro a frase exatamente da Bader, mas era algo do tipo de que se você consegue enxergar na vulnerabilidade, no fenômeno da pobreza potenciais de intervenção e de entendimento de subjetividade dessa pobreza, dessa vulnerabilidade, esse fenômeno que te apresenta, você, dentro do seu referencial teórico, você vê aquilo como potencial de trabalho, você não precisa externamente diferenciar campo de trabalho, você já tem a sua diferenciação, sua expertise. É isso que te difere, o seu olhar, você tem um olhar diferenciado.

Eu: Tá

David: Acho que não precisa ficar fazendo muitas separações. Aqui em São Paulo não acontece, mas tem estado que não pode ficar assistente social e psicólogo na mesma sala, por quê?

Eu: Por quê?

David: Não sei também (risos). É o CRESS que determina isso.

Eu: Como assim?

David: Já teve fiscalização do CRESS.

Eu: Se atendem na mesma sala? Não podem atender na mesma sala?

David: Nem ficar na sala técnica juntos. Por exemplo, uma discussão entre assistentes sociais, o psicólogo não pode nem ver o entendimento de um assistente social, alguma coisa assim. Eu também não sei exatamente, mas é que precisam atender em salas separadas. Mesmo a sala técnica, estar em ambientes separados. Meio o princípio da multiprofissional de UBS.

Eu: Essa é a última pergunta: Qual é a relação entre os profissionais do CRAS? E entre os profissionais de outros equipamentos e outras instituições? Então, no CRAS, como você considera que é a construção da sua relação com os outros profissionais?

David: Voltando ao local onde eu trabalho, acho que a gente tem muita cumplicidade mesmo, cumplicidade. Acho que cumplicidade se constrói inclusive nas suas diferenças. Partindo muito das diferenças. Eu sei que isso é resposta contrária à resposta que eu dei na resposta anterior, mas a gente está falando de relações humanas.

Eu: Podem ser relações humanas e profissionais, de trabalho.

David: As relações de trabalho passam pelas relações humanas também. Digo relações humanas porque nem todas são relações de amizade, não sou amigo de todas. É um efeito a amizade, é meio que regras para a gente conseguir se suportar bem durante o horário de trabalho. Isso são relações humanas. É muita proximidade, é muita conversa, é muito compartilhamento, que se dá. Muito compartilhamento e não ter muito medo de discordar, saber que o outro lado não vai levar no pessoal. Isso é longo, um processo longo e muito lento para eu poder falar “eu discordo de você” e depois acaba.

Eu: Você acha que essa discordância passa mais por uma questão pessoal do que por uma questão profissional? Eu digo, muito mais David discutindo com outra colega e não psicólogo discordando da visão do assistente social.

David: Eu acho que é mais o primeiro

Eu: David discordando de modo pessoal.

David: É, é mais o primeiro. Porque isso depois traz um laço muito grande, uma proximidade. Parece estranho o que eu estou falando, mas não é pela briga, é pela sinceridade não punitiva.

Eu: Sim

David: De não haver um melindre disso. Não é porque eu corriji o relatório, falei “não, mude essa linha, essa linha não está passando uma coisa legal” que a pessoa vai ficar de cara (feia) comigo.

Eu: Tá

David: Quando você constrói isso, é difícil. Você tem um trabalho potente pra caramba, porque tudo o que acontece, todos os relatórios do equipamento passam por vários olhos. Toda discussão do tipo “aí, será que eu coloco uma pessoa no projeto?” aí outra pessoa fala “olha, não, mas esse dia aqui você viu isso?”, “não vi”, “vai contra o que você está pensando, o atendimento nesse dia”. Cria-se essa abertura para a intervenção do outro que eu acho que o trabalho de fato interdisciplinar... dá uma qualidade muito grande no trabalho, a partilha. Qual é a pergunta mesmo, só para eu não fugir?

Eu: Qual é a relação ente os profissionais do CRAS?

David: Tá.

Eu: Aí você está dizendo que, por exemplo, um relatório, só para entender, um relatório ele é visto, passa pelos profissionais do CRAS e aí vocês consideram até o conteúdo e até a atuação, o que o profissional faz ou não. E muitas vezes, só para eu tirar uma dúvida, se o grupo pensa de uma forma e o profissional que está escrevendo o relatório não foi convencido da forma que o grupo pensa, como é feito? O que o profissional faz?

David: Na prática, eu não lembro de uma situação que o profissional estava bancando alguma coisa e toda a equipe bancou outra. Já aconteceu de outro profissional falar “não é assim”.

Eu: Um profissional de fora?

David: Não, de dentro. Prevalece do técnico que está responsável. Por lógica, prevalece. A gente não atropela decisão do outro. Neste nível, de cabeça, isso só aconteceu umas 3 ou 4 vezes, de 3 anos de CRAS. Da pessoa realmente bancar que aquilo não vai dar muito certo e do técnico segurar o osso “não, mas é assim que eu vou fazer”.

Eu: Isso nunca aconteceu com você, de alguém falar para você, assim, vou dar o exemplo de liberação de benefício eventual, talvez inclusão em algum projeto de serviço de convivência, talvez, ou acompanhamento ou algum encaminhamento. Se você já teve algum caso que você achava interessante fazer algum encaminhamento ou algum tipo de liberação e a equipe falou assim “olha, acho que não”.

David: Já, já.

Eu: E o que você fez nessa situação? Ou o contrário, você achar que não teia que fazer e a equipe acha que tem que fazer.

David: Eu já passei pelas duas situações. Uma vez eu argumentei com a equipe, acho que foram duas, uma vez eu voltei atrás. É mais fácil eu voltar atrás, é muito fácil. O diferente é quando eu banco, né. Já aconteceu e às vezes é muito concreto, às vezes, quando fala, é muito concreto, como “você não leu que eu incluí já no mês de tal?”, “pô, não vi, desculpa”.

Eu: Se puder até dar exemplos concretos, acho que fica até fácil, você pode falar...

David: É, o concreto é que a pessoa apresentou um fato concreto de que... “não, espera aí.”

Eu: A pessoa queria uma inclusão no projeto da cesta (básica).

David: É, queria uma inclusão no projeto da cesta e você não viu que a pessoa está saindo do projeto no mês passado.

Eu: Tá

David: Você não viu isso. Ou, às vezes, quando é ficha de parentes, agregados e o agregado já está no projeto. Isso acontece bastante, atendi o irmão dele e os dois moram porta com porta e se somar a composição familiar dos dois dá uma cesta, que cada um é um casal, tem um filho, não sei o que. São coisinhas realmente de... é um fato novo. Eu falo, “Não, se é assim então é outra história. Então vou voltar atrás na minha decisão”. Já aconteceu de eu ter assinado e o pessoal falar “já foi, já foi, dane-se, não se importar”. Agora, de eu discordar, foi uma vez que eu argumentei com a equipe, não deu muito problema, de eu discordar do que a equipe falava, de eu argumentar com a equipe. E já teve uma vez de uma decisão que eu não estava achando legal e aí, foi a única discussão mesmo que eu tive no CRAS, uma única.

Eu: Você consegue só falar um pouquinho disso, falar no concreto o que aconteceu, o que você pensou, o que a equipe pensou e qual foi o resultado?

David: Eu não lembro da briga, espera aí. Eu lembro bem mais depois, assim, a gente ficou sem se falar até o horário do almoço. (risos)

Eu: (risos) Tudo bem, acho que um tempo até que...

David: Uma hora e meia, mais ou menos (risos). Tá, eu não lembro exatamente tão bem, mas assim, a outra assistente social não ia conceder, falou que ela não ia conceder nada, que ela já estava muito cansada de...

Eu: De cesta (básica)?

David: É Que a fulana não estava aderindo a nada, não fazia nada, não fazia nada que não sei o que. E eu achei que tinha um negócio um pouco pessoal ali que aconteceu no grupo e eu fui nessa ferida. Era de no grupo mesmo ter falado alguma coisa que não foi na expectativa da assistente social e ela ficou decepcionada pessoalmente com a pessoa. Eu achei q tinha componentes pessoais.

Eu: No grupo socioeducativo, você quer dizer?

David: O beneficiário também era do grupo socioeducativo.

Eu: Tá

David: Ou era do grupo de mulheres? Mas a minha tese era de que a decisão dela tinha cunho pessoal. Eu tentei colocar um pouco disso, falando “não, a gente tem que tratar todo mundo igual, entendeu? Você está com uma decepção, mas a gente não pode punir a pessoa, sabe. A pessoa já está há tanto tempo sem o projeto e você vai punir?” “não, não aderiu e não sei o que, não sei o que, não sei o que, não sei o que”. Aí eu coloquei “tá, mas fulano também, fulano aqui não segue nunca nossas recomendações, mas com fulano a gente está *dando um boi*, porque para a fulana tem essa intransigência? Então, por que essa dureza toda?” e aí descambou para o pessoal. Descambou para o pessoal e até a decisão, ficou a decisão dela. Estou falando dela, eu só trabalho com mulheres, né (risos)

Eu: Porque era ela que era a técnica do caso?

David: Isso, exatamente. Na dúvida, o técnico do caso tem a última palavra, geralmente a gente não tira isso. E aí a gente ficou meio que sem se falar porque a última palavra foi “você não está me respeitando como profissional, você está achando que eu sou antiética, você está duvidando da minha ética”.

Eu: E você respeita elas como profissionais?

David: Respeito. Já teve vez de eu não respeitar, principalmente uma em específico. E aí a própria coordenadora me deu esse toque, que eu estava um pouco desfazendo.

Como profissional, hoje, eu respeito todas, mas eu já não respeitei, já caí nessas de desqualificar a opinião de uma pessoa inconscientemente. Não foi nem consciente, não falei “Você é uma má profissional”. A pessoa falou alguma coisa e eu ignorei, depois outro profissional falou e eu considerei a opinião. Aí nesse sentido já aconteceu da coordenadora falar “ó, ouve mais a sua colega, porque ela falou e você deu as costas, a outra falou e você deu crédito”.

Eu: Ela deu um exemplo bem concreto então, de duas falas parecidas e você escutou uma e não escutou a outra.

David: É. E às vezes pelo meu jeitão. Agora elas estão mais acostumadas. Não era para se acostumarem, ninguém é obrigado a se acostumar com os meus defeitos, mas agora acho que a cumplicidade foi criada. Em relação a falar um pouco na cara, de pedir desculpa, de voltar atrás. Eu já pedi muitas vezes desculpas, né, em discussão. As últimas discussões foram por questões mais políticas mesmo, né, tipo, “ah, a gente vai ou não vai”, “a gente adere ou não adere”.

Eu: Externos, você diz, aos atendimentos.

David: É, não era ligado ao atendimento, era ligado à própria gestão do trabalho, da relação de trabalho.

Eu: tá. Administrativas, de certa forma.

David: É. Mas assim, voltando, só para encerrar, tem que se ter um foco em construir uma equipe, uma equipe, uma identidade de equipe, não “eu sou individual e vou ser melhor”.

Eu: Uhum

David: E eu caio um pouco nessa armadilha diariamente, “eu vou ser o melhor”, “eu sou psicólogo que já fez isso” “eu sou o psicólogo que já fez aquilo, então eu não vou ouviu coisa de quem só bate o ponto e vai para casa”. Isso é um processo meu, óbvio. E acho que das outras profissionais, elas têm um pouco, cada uma também um pouco das suas individualidades de também não aceitarem ouvir os outros, também de construir isso em equipe. Sair um pouco de questões pessoais e construir a equipe. Isso é muito difícil num ambiente de trabalho, num CRAS. E acho que em qualquer trabalho, construir identidade de equipe.

Eu: E você acha que essa identidade de equipe, assim, se sobrepõe à identidade do profissional? Assim, eu digo, você acha que é mais importante o usuário, o munícipe, se vincular com a equipe do que com um profissional.

David: Com certeza absoluta.

Eu: Eu digo, assim, você acha que o usuário vai ser melhor atendido se ele passar, por exemplo, com algumas pessoas e perceber uma coerência ou se ele passar com uma pessoa e perceber, no atendimento só com uma pessoa, só com um profissional, psicólogo ou assistente, só para eu entender essa relação. Porque é uma questão que você colocou bastante até essa questão da equipe, essa questão da coerência, né, da coesão, de ser uma equipe coerente.

David: A maioria das vezes, não somos perfeitos, óbvio que não.

Eu: Claro.

David: Mas é uma equipe. Primeira coisa, tem que ser uma equipe, não dá para ser cada um no seu quadrado. E mesmo um conjunto de pessoas inteligentes, experientes e com algum compromisso ético, dava para ver algum compromisso ético, cada um no seu quadrado. Dá merda, dá merda. Não dá. Isso que você falou de se vincular com todo mundo de uma vez ou com alguém que identifique características melhores de cada um, eu acho que muito melhor do que o próprio profissional identificar característica de “não, eu sou melhor nisso” é a equipe reconhecer. É a equipe falar “não, vamos esperar um pouquinho que a fulana vai te dar uma resposta perfeita para a sua questão”. Isso a gente não faz muito, é só um exemplo, né, mas é da equipe, como equipe, entender que fulano tem uma expertise, ciclano tem uma expertise, beltrano tem uma expertise, todo mundo tem alguma expertise.

Eu: E essas expertises você considera que são muito mais pessoais, por exemplo, muito mais uma questão sua David do que psicólogo.

David: Não, pode ser profissional também, não. Vou citar o caso mais concreto, vou ter que citar nomes até.

Eu: Tá

David: Quando a gente trabalhava com a Maria, por exemplo, a Maria é uma referência no atendimento do direito das crianças. Então, quando vinha criança, a gente colava na Maria. As vezes a gente sabia atender, mas ia na Maria só para confirmar. É um

pouco isso, a equipe reconhecia a Maria. A Maria não precisava ficar falando dela, a equipe reconhecia isso. Isso não gerava tantos atritos e ao mesmo tempo que ela também não invadia o nosso espaço, só quando a gente solicitava. Então é isso, pior do que o outro que, às vezes eu faço isso, eu já fiz isso, você nem foi chamado no assunto, mas estão falando de tal coisa e “não, mas tal coisa tem que fazer desse jeito, se não fizer desse jeito está errado”. Aí piora.

Eu: Tá

David: Eu não sei, estou sentindo que eu não respondi o que você perguntou...

Eu: Acho que respondeu de várias formas (risos). Respondeu sim.

David: (risos)

Eu: Mas talvez, você quer falar mais disso? É porque em alguns momentos...

David: Não, só se você quiser direcionar, você pode direcionar, era só pra...

Eu: Não, é porque em alguns momentos eu fico com uma percepção de que você fala de uma relação entre pessoas, em outros momentos eu sinto que você fala de uma relação entre profissionais. Assim, digo, de dois campos do saber, da psicologia e da assistência (social) e em outro momento relação entre pessoas, né, David, assistente social A, B, C. É isso que eu queria entender, porque essa relação entre profissionais do CRAS e você... o que você... Já teve momento que você falou que considera que é muito mais pessoal, é uma relação que você considera de forma pessoal entre David e fulana, ciclana e beltrana, não psicólogo, assistente social, assistente social, assistente social.

David: Não, então eu vou rever um pouco.

Eu: Me fiz clara? Você entendeu?

David: Entendi.

Eu: Você não considera que são dois campos de, né, ciência que estão lá.

David: Não, eu acho que as relações elas têm que ser primordialmente profissionais, reconhecer o outro como profissional. Ter relação profissional.

Eu: Sim

David: Tanto que eu não estou falando de uma amizade que, por exemplo, que eu vou comentar no Facebook da pessoa, eu participo da vida da pessoa, nada disso. Quando eu digo pessoal, é de ter realmente uma relação, uma relação diplomática com o outro. É isso, não é passional.

Eu: Sim.

David: Não é “fulana é minha amiga, vou tratar melhor”. É porque, assim, infelizmente a crítica entra no campo do pessoal, então, as pessoas tem que se sentir um pouco próximas e íntimas umas das outras para que isso aconteça. Aí é o campo pessoal mesmo, né. Eu tenho que ter intimidade até de você de falar “não, Patrícia, essa linha aqui, eu acho que você tem que mudar”. Se você me conhece ontem, eu leio seu trabalho e falo fica “meu, o cara veio do nada me falando, assim, o cara é louco”

Eu: Sim.

David: Tem que construir algo.

Eu: Eu acho que vai muito, isso, na linha do que você disse dos psicólogos, dos profissionais terem como pressuposto a NOB RH, que isso vai nessa linha, assim. Esse respeito ético, desse respeito ético profissional.

David: Isso.

Eu: Nessa base. Aí, pensando numa relação lá dentro, tendo esse respeito ético profissional, partindo desse pressuposto que vocês estão em uma relação de respeito, de igualdade, né, você considera que você como psicólogo tem uma ciência e um saber diferente delas enquanto assistentes sociais?

David: Acho, eu acho.

Eu: E como se dá essa relação entre saberes, como é? Entre ciências, entre conhecimentos?

David: É difícil porque eu não tenho tanta certeza de como elas me veem como psicólogo. Se realmente existe uma percepção de que o David é psicólogo. Acho que é mais assim, acho que é até no campo do social mesmo, do, eu sou um psicólogo, eu sei enquanto psicólogo, né. Existe essa delimitação de trabalho. Não é delimitação, mas reconhecimento de que eu tenho outros conhecimentos pelo único fato de eu ser

formado em psicologia. É que eu não consigo responder por elas isso, porque eu tenho um pensamento, mas eu não sei.

Eu: Não, eu digo por você mesmo, como você vê essa relação. Para você, como você vê a sua relação com elas, enquanto assistentes sociais?

David: É boa, é boa. A ponto de eu falar coisas da profissão delas, coisas do conselho regional, da teoria, né, do materialismo histórico dialético, a gente já teve conversas sobre o materialismo histórico dialético e ser saudável. Eu ter dúvidas e às vezes perguntar para elas e elas fazerem críticas ou não. Ou eu perguntar coisas bem concretas, tipo a legislação. Não intervir um no outro, mas reconhecer que tem um conhecimento diferente. Por exemplo, o serviço social tem um conhecimento que eu não tenho, então me fale um pouco sobre isso, vamos partilhar um pouco sobre isso. O contrário acontece de vez em quando, ao contrário, as assistentes sociais já tiveram, principalmente em grupos, casos que elas me falaram “fulano fez isso, isso, isso, isso, estou achando que é...”. Elas fazem algumas associações bem simples, mas seriam algumas coisas do campo... dentro do campo do emocional, fazem algumas associações simples, mas sempre me perguntando tipo “olha, eu estou achando que fulano no grupo está se sobressaindo porque tem necessidade de *visibilização*”, uma leitura de grupo, “E aí, David o que você acha?”. Isso entra de novo na relação de respeito. Elas têm essa curiosidade sobre essa questão da psicologia e me questionam. E a gente tenta trocar isso, sabe? Tenta trocar isso. Eu reconheço que elas têm uma questão diferente, mas eu falo sobre alguns assuntos do serviço social e elas me perguntam sobre assuntos da psicologia, e não fica só no “ah, não, ela é assistente social, ela vai fazer”, entra meio nisso, mas acho que é mais o contrário. Como eu sou o diferente, eu sou psicólogo.

Eu: Elas te buscam para fazer perguntas a respeito da psicologia?

David: Sim, ou para encaminhar alguém.

Eu: Perguntam da sua visão enquanto psicólogo?

David: Isso, ou para encaminhar alguém, “atendi uma pessoa assim, assim, assim, assim, eu acho que é bom você fazer o acolhimento para essa pessoa”

Eu: Tá. E a relação entre profissionais de outros equipamentos, de outras instituições, como se dá lá?

David: Do SUAS ou fora do SUAS?

Eu: Dos que você tem.

David: Tá, dentro do SUAS, eu vejo que tem uma questão que é justamente de não ser reconhecido como profissional do SUAS, da assistência social e sim enquanto profissional daquele equipamento. Vou dizer, bom, onde eu trabalho o maior exemplo é um equipamento de proteção especial que às vezes acata muito mais órgãos de justiça, órgãos do serviço de garantias de direitos, conselho tutelar, órgãos jurídicos, do que a própria proteção social. Isso para mim é inadmissível, né. Como é que um equipamento de proteção especial não tem sinergia, não tem entendimento com o equipamento de proteção básica, mas com os órgãos fiscalizadores, punitivos, tem? Eu acho isso um grande problema. Grandessíssimo problema. Hoje como a gente está em fase de desmonte, fase de perda de direitos, exoneração dos funcionários, a gente tem que construir uma identidade política, né. Identidade trabalhador do SUAS, SUAS, mas antes disso, uma ligação técnica. Primeiramente, se entender enquanto assistência social. Não é apenas aplaudir ações da justiça que às vezes a proteção básica está falando “não, mas isso tá violando direito”, “não, mas você não sabe da vida da pessoa, porque de violação somos só nós”, calma lá, né. Acho que isso diminuiu bastante, mas, no geral, isso dá para extrapolar, isso acontece.

Eu: Tá

David: Isso acontece. Então, assim, é ter um alinhamento técnico entre as proteções

Eu: Você acha, então, que, com os profissionais dos outros equipamentos, não tem esse alinhamento de apropriação mesmo, que os outros técnicos não têm tanta apropriação do que é ser um profissional do SUAS. Não têm essa identidade.

David: Acho que o segundo é o mais importante, não tem uma identidade, não tem uma identidade. Aí eu vou falar uma coisa fora dessa cidade, que eu estou vendo nos equipamentos especializados, principalmente de violência, de combate à violência da mulher, na capital, onde esses profissionais, eles vestem a camisa de serem um equipamento de proteção especial. E aí, principalmente os psicólogos têm uma resistência terrível de achar que o caráter do SUAS não clínico é uma mordalha. Porque eles vestem que eles são equipamento de acolhimento a esse público vítima de violência, então eles têm que ser o alpha e o gama para esse público. Tem que fazer terapia profunda, pesada e “quem é o SUAS de ficar me proibindo de fazer

terapia? Eu sou psicólogo, trabalho com mulheres vítimas de violência, eu vou fazer terapia. Eu vou, o SUAS que se dane”. O contato com outros equipamentos que também são do SUAS, né. De entender que está dentro de um nível de proteção, de pensar proteções em outros níveis, mas assim, de pegar todo um heroísmo de que aquele centro vai cuidar de tudo. Inclusive a saúde não tem, então concentra tudo. Isso foge... principalmente, em geral, porque esses profissionais não se consideram profissionais do SUAS. E aí existem grandes desvios. Eu não acho que obrigatoriamente eles não devem fazer clínica, eu acho que no SUAS, não fazer psicoterapia, melhor dizendo, psicoterapia, não é uma proibição.

Eu: Era isso que eu queria perguntar...

David: Né, é trazer isso. Se eu sou profissional do SUAS, reconheço o SUAS, eu não vou interpretar a prática da psicoterapia, não como prática da psicoterapia como “ah, meu deus, estão amarrando os meus braços”. Né, eu acho que daí a falta de identidade

Eu: Mas você considera que no SUAS é possível fazer uma psicoterapia? É possível fazer uma psicoterapia diferenciada a partir da apropriação dos princípios do SUAS? Você considera, que no SUAS é possível uma psicoterapia?

David: Eu acho que é muito possível investir em questões terapêuticas e não só protagonizadas pelo psicólogo. Eu acho que uma das experiências que mais me deixaram, sei lá qual é a palavra, atraído, foi a da arte-terapia. A arte-terapia é algo que eu não consigo não ver como SUAS, porque estava encaixada dentro do conceito do SUAS, e de um potencial terapêutico tão grande.

Eu: Aham

David: E não era uma psicóloga, isso que é legal, né. Então assim, vamos por partes. Modelos terapêuticos, oficinas, arte-terapia, um PAIF mais direcionado quase num modelo de terapia em grupo, um acompanhamento individual, às vezes um insight de leve, dentro de um atendimento de um equipamento do SUAS, cabe. Terapia cabe, só que não se dá para confundir terapia com modelo psicodinâmico construído, freudiano. Não estou falando que comportamental pode. Qual é o modelo freudiano? Cinquenta minutos.

Eu: Tá

David: “Não, vamos fazer uma sala onde tenha divã, que a pessoa se sinta à vontade, onde isso, onde aquilo...”, uma reprodução do modelo particular. “não, vamos fazer atendimento toda semana naquele dia”, eu acho que isso não é o lugar do SUAS.

Eu: Tá

David: Né, porque tem que ser integrado com outras coisas, acho que isso faz parte, mas não de uma maneira sistematizada como é na psicoterapia. Porque a sistematização da psicoterapia vai fazer o SUAS ser outra coisa. O SUAS é um conjunto de coisas pelo PAIF, que o usuário tem que ir transitando por isso.

Eu: Tá

David: Né. Então, terapia no SUAS, cabe, muito bem-vinda, de todo tipo, né. A psicoterapia e a psicodinâmica, daquele modelo freudiano, pra que? Eu não vejo muito sentido.

Eu: Tá

David: E aí a gente pode ter interface com os equipamentos de saúde. A própria Saúde, é só... a própria Saúde não pensa assim. A própria Saúde quando faz... o psicólogo na política de Saúde não segue esse modelo psicodinâmico, terapêutico. Não, é dinâmica de dentro do contexto da saúde, mesmo. Então, não cabe, é diferenciar. Porque eu vejo que muito psicólogo quer fazer a terapia dentro do modelo freudiano. Não é só a abordagem, os comportamentais, os fenomenólogos, todos, todo psicólogo que pratica a clínica particular usa o modelo estrutural freudiano. Estrutura, né, não estou falando de abordagem. Eu acho que isso nem na Saúde cabe.

Eu: Tá.

David: (risos) Eu esqueci a pergunta.

Eu: (risos) A pergunta era a respeito da sua relação entre os profissionais, como é a relação entre os profissionais de outros equipamentos e entre profissionais de outras instituições.

David: Ah, tá. Bom, eu falei do SUAS.

Eu: Você falou de profissionais dentro do SUAS.

David: E fora do SUAS é a rede, é esse papo batido de que tem que fazer rede.

Eu: Rede.

David: Essa questão da rede. Rede é um desafio em si. Como fazer rede? Né?

Eu: Aham.

David: E... têm pessoas que estão tentando responder a essa pergunta, mas eu acho que o que se tentado fazer, o que se tem tentado fazer como rede não tá parecendo que dá muito certo não. Sabe aquela coisa, “ah, vamos uma vez por mês, juntar um profissional de cada área e falar de rede”. É bom? É melhor do que nada, né.

Eu: O que você acha que falta?

David: Falta que esse conceito de rede esteja incluído dentro de um cotidiano, não dentro de um extra... não dentro de uma agenda mecanicista.

Eu: Aham

David: “Eu vou falar dos meus problemas interdisciplinares na reunião de rede”. E na cidade o grupo de redes acabou sendo assumido por gestores, e aí ele pega muito mais demandas políticas macro, não demandas políticas micro. E aí as demandas políticas macro, na minha opinião, deveriam ser encabeçadas pelos conselhos de direito. Conselho de assistência, conselho de saúde, conselho de educação e outros conselhos. Claro, com os seus gestores, algumas pastas com gestores, e não o espaço que era dito espaço de rede, ser um espaço de gestores. Isso já não é rede, é formação de políticas públicas. Rede é aquela coisa muito cotidiana, que já aconteceu no CRAS de diretora da escola ir lá no CRAS e “A aluna está chegando aqui fedendo, está toda maltrapilha, ela fala que está com fome, não estou entendendo, vocês acompanham essa família?”. Tudo bem, a visão dela era um pouco preconceituosa, mas dane-se, não importa.

Eu: Tá

David: Não importa. Não, mas juntamente do profissional chegar com uma demanda e falar “eu estou com um caso aqui que sozinho eu não estou dando conta, vamos ver isso aqui juntos?”.

Eu: E você acha que isso não acontece?

David: Não acontece

Eu: Eu estou dizendo, estou perguntando até pessoalmente para você, você sente essa liberdade de entrar em contato, ou de ir até a escola, o posto? Como que para

você é essa relação? Eu entendo que tem essa rede que sofreu uma apropriação dos gestores, mas como que é a rede então, para você?

David: Respondendo a primeira pergunta, ela acontece de forma excepcional. Acontece...

Eu: Tá

David: Dá para ligar para a escola e falar, por exemplo, alguma coisa relacionada à descumprimento de condicionalidade do Bolsa Família? Tipo, “a criança está falando aqui que ele não vai para a escola porque ela está apanhando dos colegas, a diretoria está sabendo disso? Tem algum programa de evitar bullying? Porque vai ficar ruim tirar essa criança da escola e colocar ela em outra, é uma solução muito simples, e aí?” né, “programa social... e a criança é vítima de bullying, e aí? O que a gente pode fazer?”. Só um exemplo, isso pode acontecer, já acontece. Acho que já aconteceu esse exemplo da diretora vir, questões de saúde também. De saúde já aconteceu também, visita de enfermeira, PSF, a enfermeira veio e falou “vish, isso aí, o bicho está pegando”, aí liga para o CRAS. Mas assim, eventual.

Eu: Excepcional?

David: Excepcional, excepcional, e quando o caso já está gritando mesmo.

Eu: Tá.

David: Isso deveria ser uma prática cotidiana para virar rede.

Eu: Aham.

David: E a gente não está fazendo rede, a gente está pedindo socorro para quem ouvir.

Eu: Sim.

David: Eu acho que esse entendimento de rede tinha que ser nos espaços cotidianos, no cotidiano mesmo de ser “todo caso tem uma ligação”, não temos. A relação do SUAS com as outras políticas é indispensável, porque muito programas, principalmente os programas do governo paulista, eles não se encaixam só em uma coisa, né. Todos os programas são, a maioria dos programas são assim, o Bolsa Família tem interface com a saúde e com a educação. É, Viva Leite tem, Serviço de Convivência pode ter, né, também, porque tem que estar atrelado à escolarização da

criança, enfim, até mesmo... cultura e esporte, né... e por aí vai. Então não dá, os próprios programas chamam a isso. E aí quando pega um programa que é ruim, como o Família Paulista, mas que exige uma interligação entre serviços de secretaria, o que normalmente acontece é uma secretaria mandando na outra, um “compra-se”. Isso não é relação de rede. É primordial que haja esse entendimento de rede, porque as políticas não funcionam separadamente, elas têm pontos de intersecção. E as pessoas que ficam... as pessoas que se encontram justamente nesses pontos de intersecção, elas acabam ficando flutuantes. Um exemplo, quem quer solicitar uma cadeira de rodas, “preciso de uma cadeira de rodas”, “preciso de um equipamento auditivo”, né, “eu não tenho condição de arcar com o meu tratamento médico”, “meu filho é o terror da escola, o que eu faço?”, drogaditos, e aí vai, vários exemplos de públicos que eles não se encaixam em uma política. Tem que ser duas ou mais políticas, e as duas ou mais políticas não se conversam e as pessoas ficam flutuantes. Se sentem flutuantes, se sentem a batata quente. Ahh... agora sim vou ser objetivo, a importância de trabalhar com outros equipamentos de outras políticas é que os programas têm intersecções, e trabalhar nas intersecções. Naquilo que não é só de um, naquilo que é de todos.

Eu: Tá certo. Tem alguma coisa que você gostaria de falar, acrescentar? O que você achou? Acho que as perguntas são... são poucas perguntas, mas o objetivo era você expor...

David: Abrir, né.

Eu: Talvez tenha mais alguma coisa que você queira pontuar...

David: Eu acho que não, eu acho que... eu só não consegui focar muito no tema mesmo, né (risos)

Eu: por quê? O que você acha que....

David: Do cuidado.

Eu: Eu acho que... Imagina, eu acho que...

David: Olha, assim, eu acabei, meio que gostando dessa coisa. Eu sou mais um de vários que caiu de paraquedas nessa política pública, isso é muito importante pontuar. Eu não me formei querendo ser trabalhador do SUAS, eu caí nessa e agora eu sinto como se eu sempre tivesse sido. Parece que eu sempre pensei assim, desde criança.

Então, falar de SUAS para mim é que nem falar da novela, e eu não gosto de novela, mas para quem gosta de novela, é que nem falar da novela. É que nem falar do time de futebol, putz, eu não tenho time de futebol. É que nem falar de uma coisa que eu falaria aqui até a meia noite, tranquilamente. E sem entender que isso é trabalho, já entrou um pouco no meu cotidiano. Então, assim, falar o que eu tenho para falar do SUAS, você vai ter que reservar um tempinho, é bom a gente... (risos)

Eu: Não, sim, mas e falar a respeito dessa atuação com o munícipe no SUAS, você sente essa disposição?

David: Não entendi exatamente.

Eu: Até o que você disse, que você não focou exatamente no tema e eu estou tentando entender o que você acha que não está dentro do tema. Assim, se você acha que falar de SUAS não é falar do cuidado, entendeu?

David: Não, não acho isso, é que eu falei mais da estrutura mesmo, né, e o cuidado está mais nessa relação com o usuário mesmo, com o munícipe, né. Eu não sei se eu foquei muito nisso.

Eu: Mas você acha isso, que falar da estrutura exclui falar dessa relação?

David: Não, não acho, não acho. Acho que muito pelo contrário.

Eu: Sim.

David: A gente foca muito em direitos, foca muito em justamente ser contra a política de governo. Uma política de Estado, a gente está falando da população da ponta, né. Dando uma prioridade à população da ponta, em detrimento das outras questões, de formação continuada ou de gestão, mas o importante é uma ação resolutiva, que gere efeitos, que gere mudanças onde o CRAS está. Pra que serve um CRAS? Eu fico me perguntando pra que serve um CRAS, pergunta retórica, né. Pra que que serve, né. Bem no sentido comercial mesmo, o que melhorou depois de vir um CRAS no território?

Eu: Uhum.

David: A gente está lá para fazer transformação social, né, basicamente, né. Para que a realidade das pessoas realmente seja diferente daquelas que se não tivesse. Avaliar se isso é verdade ou não, eu não sei como se avalia isso, mas é uma reflexão.

Eu: Mas você acha que essa transformação social ela é objetiva ou é subjetiva?

David: Eu acho que...

Eu: Ela é material ou ela é imaterial?

David: Não, ela é principalmente imaterial, né. O direito à renda é importante, tudo mais, de acordo com a... dentro dessa conjuntura atual, não é em trazer potencial econômico ao bairro, é justamente terem pessoas mais cientes de seus direitos, mais capacitadas a tudo, a tudo, né. A não estar à caminho de um processo de marginalização, mas um caminho de processo de socialização, por mais que a sociedade seja ruim, até eu acho que marginalizar é uma boa solução (risos), mas ainda estamos dentro do estado, então dentro do estado está a caminho de uma... está em sociedade, não está isolado, né. Não se sentir totalmente apartado do estado, né, um sujeito totalmente distante do governo e do estado. Mas é mais subjetiva, objetiva seria desenvolvimento econômico, e desenvolvimento econômico já é outro departamento (risos).

Eu: Sim.

David: É um outro departamento. Talvez investindo mais em programas sociais, teria, mas o investimento é tão pouco.

Eu: Tá.

David: Muito pouco.

Eu: Bom, eu acho que da minha parte... não sei se para você ficou cansativo, pode até falar se alguma parte que você acha que eu deveria excluir, enfim. E você pode até dar uma devolutiva do que você acha, do que você achou das perguntas, ou se você acha que... gostou? Não gostou? Longo? Deveria ser mais curto objetivo?

David: Eu não sou uma pessoa objetiva, esse é um problema meu, pessoal (risos). Aquele meu amigo é engenheiro, ele vai se formar, ele adora zoar com isso. De que... da não objetividade, né. Por ter amigos de exatas, então eu sei que... então, não acho que não tenham sido objetivas as perguntas. Não tenho nada a dizer sobre as perguntas, porque eu acho que elas tiveram uma intenção de abrir o leque, né. Já fiz uma entrevista que as perguntas eram bem mais fechadinhas. Não sei, acho que o único problema depois vai ser pra você fazer análise de dados, tabular, você vai se ferrar (risos).

Eu: (risos)

David: É melhor fazer um negócio objetivo, aí eu vou falar quase como um orientador, né, de que você...

Eu: Não, isso... acho que isso jamais tem que ser o seu foco. Acho que... acho que da minha parte está tudo ok.

David: então estamos ok.

2. Entrevista Ângela

Eu: Bom, então vamos lá. Vinte e seis de março. São seis perguntas, né, como eu disse. O tempo que você demorar para responder é o tempo da entrevista. Eu queria saber: como é o seu trabalho aqui no CRAS? Se você puder exemplificar, ilustrar um pouquinho.

Ângela: Bom, eu não tinha experiência anterior de trabalho no CRAS, eu sou... Vim do CREAS, e aí eu comecei a ver que tinham aqui os grupos de convivência e eu comecei a fazer uma roda de conversa com esses grupos de convivência.

Eu: Uhum

Ângela: Em que elas me dão os temas e a gente vai conversando sobre isso, sobre esses temas. Essa roda de conversa, eu passei a fazer uma vez por mês. Então, esse ano eu até gostaria de começar a fazer duas vezes por mês e ampliar um pouco. Eu estou com a ideia de fazer um pouco de propaganda, para não ficar só nesse grupo, mas aberto para a população, aberto a outras pessoas que tem interesse no tema, né. Então, geralmente, elas pedem para falar sobre família, sobre uso de álcool e outras drogas, sobre relacionamento. Esse último mês de março a gente falou sobre as mulheres, as questões das mulheres e tal. Então tem essa... Gira em torno de família e relacionamento. Eu até pensei em dividir um pouco assim, em fazer com família com crianças e famílias com idosos, famílias com adultos. Porque as dinâmicas são diferentes. Aqui a gente tem muita gente que mora sozinha, então, são idosas, geralmente. O nosso, o maior público são mulheres, idosas.

Eu: Uhum.

Ângela: Isso é um lado do trabalho. Têm as reuniões socioeducativas, que elas são obrigatórias, uma vez por mês com um tema, que é definido pela secretaria. Deste mês está sendo gênero, é uma coisa que eu estou preparando para estar conversando com as pessoas. Cada mês tem um tema, é um tema escolhido pela secretaria. Eu resolvi fazer um grupo de memória, mas para trabalhar o desenvolvimento da memória. Eu tenho que chamar isso porque, isso é uma coisa interessante, porque eu pus assim “desenvolvimento cognitivo”, que é muito mais ampla do que simplesmente da memória. Mas daí, a princípio, acharam que isso é uma coisa muito psicológica (risos), tá? Mas tá bom, como eu não vou discutir muito a respeito disso, então ficou o grupo de memória, que é semanal. Eu fiz em doze encontros de uma hora, em que

eu trabalhava alguns aspectos como a atenção, concentração, organização, algumas coisas assim nesses encontros e também trabalhando com jogo.

Eu: Que legal.

Ângela: Têm as partes de folha e as partes de jogo. E jogo eu trabalho também com um material seco. Não essas florezinhas aqui (referindo-se a folhas artificiais que estavam na mesa), eu sequei folhas de eucalipto, folhas que eu fui pegando por aí, que a gente foi pegando, e daí elas montaram um quadrinho. De vez em quando eu faço uma atividade de pintura, mais lúdica, algumas atividades de grafismo para estar trabalhando e um jogo, sempre tem um jogo. Então, tem esse grupo, às terças-feiras. O que é interessante é que eu comecei com dez, que é o que eu dou conta, de olhar, de ver. Não tem uma avaliação prévia, a única coisa é não estar em demência, ser uma coisa preventiva. Então, eu não sabia como eram essas pessoas, então eu falei “bom, dez pessoas já é um número grande, vou estar trabalhando sozinha”. Agora que chegou a moça, a APS, eu pus ela no grupo para ela sentir e foi muito legal, porque ela colabora legal. Ela distribui as coisas, então a gente vai trabalhando assim, para o próximo grupo eu estou pensando em aumentar o número de vagas, para trabalhar com o pessoal.

Eu: E esse grupo, como que o público chega?

Ângela: Então, eu anunciei aqui nos grupos. Uma parte veio e toda quarta feira a gente tem uma reunião chamada de acolhida, que é para todas as pessoas que querem saber do CRAS, ou porque precisam fazer um Cad. Único, ou porque precisam de um BPC, bom, enfim...

Eu: Sim.

Ângela: E daí a gente faz uma reunião de acolhida, isso faço eu e a Rosângela. Às vezes sou eu, às vezes é a Rosângela, às vezes somos as duas juntas, não tem não tem uma separação. E nessas (reuniões) a gente fala do que a gente tem aqui. Então, foram feitas as propagandas assim. Agora, eu também estou pensando em ampliar um pouquinho. Eu já conversei um pouquinho com o pessoal da saúde para passar as datas para eles, para eles encaminharem o pessoal da região e eu estou pensando em ir às escolas aqui perto, ver se eu consigo, para estar fazendo essa propaganda.

Eu: Que legal.

Ângela: Mas eu ainda não consegui efetivar essa propaganda legal. Isso ainda está meio no boca a boca. Bom, então esses são os dois grupos que sou eu que mais faço. Tanto o de socioeducativo quanto a roda de conversa, pode ser meu ou pode se da Rosângela. Então, independe, às vezes a gente faz junto, às vezes eu faço um e ela faz o outro, né, não tem muito problema. E a gente faz atendimentos individuais também. Depois do atendimento coletivo, tem gente que ainda tem dúvida, então a gente atende no individual. E a gente atende no individual alguns casos que a gente segue, pessoas com benefício, tem o BPC escola, tem o BPC idoso e pessoa com deficiência, tem as pessoas que frequentam o grupo de convivência. Então, a gente acompanha essas pessoas, acompanha algumas pessoas de descumprimento de Bolsa Família. Porque aqui em (nome da cidade) é um pouco diferente do resto das outras cidades, o CRAS não libera o Bolsa Família, não faz o processo de Bolsa Família, nada disso, isso é tudo feito no portal do trabalhador.

Eu: Uhum.

Ângela: A gente só faz as reuniões de descumprimento, a gente faz as visitas, a gente vai no BPC escola. A gente faz uma parte, mas ao mesmo tempo a gente não tem todo o programa dentro da assistência. Tá, então, essa é uma diferença que eu acho muito grande. A gente faz a parte de documentos civis, nesses atendimentos individuais. Tem gente que perde todos os seus documentos, então a gente tem que fazer toda essa busca de documentos, pedir para os cartórios. Geralmente são cartórios não do estado de São Paulo, distantes. Então, tem aí todo um processo. Tem essas famílias que a gente acompanha, do Bolsa Família, do Renda Cidadã também. Agora está com menos gente do Renda Cidadã. Agora está no Cad. Único, tudo concentrou no Cad. e os benefícios vêm direto. A gente já encerrou muitas pessoas que já fizeram os três anos, de Renda Cidadã, mas entraram duas ou três pessoas novas só. A gente tinha um grupo de setenta pessoas, então, está mudando um pouco, então acho que a gente também vai mudar um pouco as dinâmicas. Por isso também que eu estou querendo fazer propaganda, ampliar um pouco.

Eu: Tá.

Ângela: Eu acho que a gente já falou, tem o grupo de libras. A gente não participa diretamente, mas é usado o nosso espaço e tem o professor de libras. É feita a inscrição aqui, mas é uma coisa da secretaria. Então tem a aula de libras às quartas-

feiras. Tem também uma aula de ginastica às sextas-feiras, que é feita por uma pessoa de fora daqui.

Eu: Uhum.

Ângela: E nas sextas-feiras a gente faz visitas domiciliares. Nós fazemos ou visitas porque às vezes pedem para a gente. Posto de saúde, ou a família, ou a família está em descumprimento e a gente vai fazer uma visita. Depende, não tem um critério técnico para a gente estar fazendo visita.

Eu: Tá

Ângela: Tá.

Eu: O que você está como responsável é das rodas de conversa nos grupos de convivência?

Ângela: Isso.

Eu: Das reuniões socioeducativas, que são essas que tem os temas da secretaria.

Ângela: Isso, mas isso a minha colega também faz.

Eu: Isso, que é a psicóloga e a assistente social, né?

Ângela: Isso. A roda de conversa é só psicóloga.

Eu: Ah, tá. Que é no grupo de convivência.

Ângela: Ela faz mais a parte, assim, de ver toda a parte de frequência...

Eu: Ela acompanha as outras...

Ângela: As outras coisas. Quando eu cheguei aqui já era assim, então eu peguei uma coisa diferente.

Eu: Uhum. Os grupos de memória que de fato você que está responsável?

Ângela: É, eu que estou fazendo, eu que montei tudo, todo o trabalho, montei as coisas. A acolhida é feita por nós duas e os atendimentos individuais também são feitos por nós duas. A gente também participa de reuniões com o CREAS e reuniões... A gente está participando de reuniões que a gente chama de CRAS- CREAS que a gente está tentando ver fluxos, mas também discutir casos, também ver formas de anotações conjuntas...

Eu: Uhum.

Ângela: Para a cidade toda, formas de anotações, é todo um trabalho. Mas envolve todas as pessoas, não envolve só os psicólogos.

Eu: Tá.

Ângela: A gente está tentando aqui, os psicólogos, fazer um grupo de psicólogos para conversar. Como eu tive alguns problemas, eu ainda não consegui ir. Isso começou esse ano, eu ainda não consegui ir nessa reunião ainda, tá. Não, eles começaram final do ano passado, mas enfim, eu ainda não consegui ir nessa reunião, mas eu sei que tem, eu estou convidada. Na próxima que eu não tiver coisas marcadas, eu vou. A gente tem um sistema de comunicação, né. Por e-mail, como foi a pauta, o que aconteceu, só que ainda eles não me colocaram, eu vim do CREAS. Então a coisa está começando, está sendo comunicado também à diretoria que a gente está fazendo essas reuniões e tal, para não ter nenhum problema persecutório (risos).

Eu: (risos).

Ângela: Então é isso que a gente faz aqui. Hoje está sossegado, mas normalmente... A gente já acostumou.

Eu: Tem os picos, né.

Ângela: A gente também faz relatório de visita, mas aqui o relatório é pouca coisa, sabe. Eu vim do CREAS e fazia relatórios a rodo, aqui a gente faz relatórios sempre que necessário. O que dá mais trabalho, que no CREAS tinha uma pessoa para fazer, são os relatórios mensais. A gente tem que reunir tudo o que a gente fez durante o mês e passar para a supervisora.

Eu: Sei

Ângela: Não é que dá trabalho. A Rosângela até fez um papel bem legal, onde a gente vai marcando quem a gente vai atendendo e a gente já vai pondo para onde a gente está encaminhando. Então ficou, é relativamente simples fazer, mas tem que fazer todo mês, esse tipo de coisa. Eu acho que mais complexo é uma coisa que a Rosângela faz que é o controle dos grupos de convivência. Quem vem, quem não vem, quem faltou, quem está em qual grupo, essas coisas assim, né. Porque para estar no grupo de convivência, elas têm que passar por uma reunião com a gente, tem que fazer o caderno, o cadastro, fazer o caderno, a gente vê da necessidade. Então

isso aqui é uma coisa que era meio invertida, começava lá e a gente não sabia que a pessoa existia.

Eu: Uhum.

Ângela: A gente começou a se organizar, tudo isso, enfim. Então, o fluxo é esse, passa pela gente e a pesterapiasoa começa a fazer a atividade. Porque se ela precisar de outras coisas a gente também pode oferecer.

Eu: Sim. Legal.

Ângela: Vamos lá.

Eu: Tá, a segunda pergunta: Quais as principais características das atividades exercidas pelos psicólogos no CRAS?

Ângela: Eu não sei te dizer quais as principais características, né, mas eu acho que tem o olhar do psicólogo. Eu acho que isso é uma coisa muito fundamental porque a gente acaba tendo um olhar da dificuldade da pessoa, das relações familiares, das questões psíquicas em que ele está envolvido, não é simplesmente “Ah, ela está lá porque ela quer”, mas tem todo um histórico, tem toda uma dificuldade. Eu acho inclusive que têm pessoas que chegam e já tem um certo “Ah, o fulano chegou” (de forma negativa).

Eu: Uhum

Ângela: Né, “Fulano chegou”. Então tem coisas assim, interessantes. Aí já vem correndo, esse “Fulano chegou” é sempre comigo (risos).

Eu: A pessoa que já está estigmatizada, que já está sofrendo...

Ângela: Isso, por quê? Porque as pessoas não sabem lidar com a questão mais psicológica. Quando é uma demanda psicológica, eles ficam todos muito agitados. Então, carteirinha do idoso, tudo bem, não tem problema nenhum e tal, mas quando a pessoa tem um quadro mais psiquiátrico, quando tem uma dificuldade maior, às vezes é mais difícil e você tem que ficar trabalhando junto com a equipe. Então eu acho que aí o psicólogo entra e geralmente acabam caindo na mão da gente esses casos. Quando eu cheguei aqui, a Rosângela falava “as reuniões com você sempre demoram mais...”.

Eu: Uhum.

Ângela: “E todo mundo senta com você e chora” (risos)

Eu: (risos)

Ângela: Não sei, o que é, eu não falo nada, a pessoa entra, senta e chora. Deixa chorar (risos). Deixo chorar, dou um lençinho para ela e acabou, depois a gente conversa.

Eu: (risos) Sim.

Ângela: Então eu acho que a gente tem essa capacidade de pegar esse tipo de coisa e talvez de poder discutir temas e discutir mais com o lado emocional da coisa.

Eu: Sim, interessante.

Ângela: Porque senão vai ficar igual. Porque eu também dou benefício, eu também mando, também falo, oriento, explico como que se obtêm os benefícios.

Eu: Sim. Aí a terceira pergunta, que eu acho que eu já tenho uma... Acho que posso até chutar, qual é a atividade no CRAS que desperta mais o seu interesse?

Ângela: (risos) Bom, eu gosto muito das rodas de conversa e gosto muito da de memória também. Porque eu tenho um histórico dentro da psicologia escolar, da psicopedagogia, né. Eu já mudei muito de lado, até porque eu estou quase me aposentando (risos). A gente usa muito o conhecimento, não é uma coisa muito pronta, é uma coisa que vai acontecendo, por uma dinâmica, pode por alguma coisa a mais, fica mais relaxada. Eu não acho ruim fazer as conversas com eles, principalmente quando eu consigo ter o material. Por exemplo, eu estava baixando um filme de diversidade para ver se eu passo para a gente discutir depois, mas amanhã eu corro um risco de eles trazerem o Datashow ou não.

Eu: Tá.

Ângela: Então eu tenho que me virar na hora. Infelizmente, é uma coisa muito complicada, a Assistência Social, isso não sou eu que estou falando, já vi isso em congresso, a Assistência Social é tratada como os seus usuários. Então, você trabalha com usuários pobres, você vai ser considerado pobre, você vai ser tratado pobre.

Eu: Sim

Ângela: É uma coisa muito ruim. Enquanto, na verdade, se a pessoa está com dificuldades, em vulnerabilidade, precisaria ter uma coisa muito legal para poder

ajudá-la a superar. Mas, enfim, eu acho que isso é uma questão política, não é uma questão pequenininha, é uma questão muito grande que eu acho que a gente se depara.

Eu: Sim. É, concordo (risos).

Ângela: (risos)

Eu: podemos ir para a quatro, né? Em quais momentos você considera que o seu trabalho tem como foco o cuidado com o munícipe? Aquela perspectiva até do Cuidado da Saúde, como o SUS considera, da atuação do psicólogo e da atuação dos profissionais.

Ângela: Eu acho que quando eu estou fazendo roda de conversa eu estou propiciando saúde, quando eu estou fazendo a questão da memória eu estou propiciando saúde. Nos outros encontros que têm o tema mais fechado, mas eu acho que... Por ser psicóloga eu estou olhando uma coisa ampla e uma coisa de saúde, não só aquele tema. Eu quero, sei lá, as pessoas que vão ouvir a respeito da diversidade, sim, fazer essa discussão, aceitar o diferente, isso eu vejo como saúde. Porque se elas têm um filho nessa situação, tem um vizinho, tem um parente, elas vão poder estar tratando melhor. Isso é melhor para elas e é melhor para o outro. Porque eu também não conseguir aceitar o outro como ele é também é muito sofrido, porque eu fico tentando o tempo todo mudar, fico enlouquecida, não vou resolver o problema. Então eu acho que tem esse foco de saúde e, não diria que quando eu peço um benefício não tem um foco de saúde, mas tem o foco de pensar na pessoa e ter um pouco mais de qualidade de vida, e eu acho que isso é saúde também. Não é saúde no sentido mais estrito, mas você observa um grupo, se a pessoa está muito deprimida, está isolada, ela vem pro grupo? Ela poder participar, isso vai melhorar a qualidade de vida, isso é saúde para ela, vai ficar menos doente, provavelmente ela vai usar menos medicação, vai ficar mais estável, isso tudo eu vejo como uma coisa possível. Se ela faz exercícios, acho que de alguma forma isso é saudável. Não sei até que ponto a gente consegue, é um processo que você tem que fazer muito.

Eu: Sim, sim, não é algo...

Ângela: É uma coisa que tem que ser contínua. Você tem que oferecer sempre, não pode estar mudando.

Eu: a questão da saúde, você diz que fica, que você falou de nessa roda de conversa, nesse grupo de memória, está fortalecendo...

Ângela: O lado positivo das pessoas, fortalecendo que elas saiam um pouco de si mesmas, muitas delas tem depressão, fazem tratamento para depressão, então é um jeito de convivência, é uma forma de pensar um pouco diferente, e aquelas que estão sozinhas em casa, é uma forma de contato, uma forma de você pensar, você ver o diferente, você fazer um exercício. Você está mexendo com seu cérebro, você está fazendo uma diferença na sua vida.

Eu: Tá.

Ângela: Isso é (conceito de) saúde amplo, né.

Eu: Sim, isso que você falou, né, da qualidade de vida.

Ângela: Sim

Eu: Que você está proporcionando pensando nessa questão que de fato é mais ampla mesmo. Mais alguma coisa?

Ângela: Não, é que eu me lembrei de uma coisa, às vezes a pessoa vem conversar, pede para conversar no particular, e às vezes é uma coisa tão simples que ela não está conseguindo ver, e quando você questiona um pouco ou você olha junto com ela aquela situação, ela acha a saída, né. Eu acho que isso também é o papel do psicólogo, que ele tem essa possibilidade de estar ajudando a pessoa a ter um olhar diferente sobre a realidade dela, mesmo não sendo uma coisa de terapia, no sentido de “Ah, vamos fazer (terapia)...”, mas acho que naquele momento é uma coisa muito pontual, que às vezes não passa de uma conversa.

Eu: Uhum

Ângela: Mas você percebe que aquela conversa fez uma diferença.

Eu: Já que você falou, a questão da terapia, qual é a sua opinião em relação a isso? O que você considera? Você disse que não é uma terapia, né.

Ângela: Então, é que eu encaro terapia como uma coisa que você vai, você vai fazer em grupo ou individual, você tem objetivo, você tem uma série de coisas. Não que aqui a gente não tenha objetivos, mas é um pouco um enfoque dentro de uma organização para fazer terapia.

Eu: Tá.

Ângela: Aqui eu vejo como muito mais uma coisa, eu não diria aconselhamento porque é uma palavra muito antiga, muito ruim porque não é um aconselhamento também, mas ajudar a pessoa a poder olhar para a realidade dela e descobrir saídas. A terapia também faz isso, mas você faz de um jeito diferente. Porque aqui você tem temas, aqui você tem a realidade da pessoa. É complicado isso, é bem complicado, mas eu acho que não faz terapia aqui não. Às vezes o pessoal da Saúde confunde um pouco, isso a gente tá... Porque tem psicólogo, então a gente vive explicando... Porque eu acho que a gente tem mais um olhar para o grupo todo que vem, para as pessoas que vêm, e estar trabalhando uma coisa do presente. “Olha, é o hoje, é isso que você está tendo. Tudo bem, eu até posso ver que isso tem alguma coisa a ver com o passado, mas eu não vou mexer nisso. Com isso que você tem aqui, como você pode resolver”, Até posso orientar “Olha, seria legal você procurar uma terapia”. Acho que isso é um pouco divisor de águas.

Eu: Acho que até você disse, você acaba lidando com questões pontuais.

Ângela: Sim

Eu: Com questões específicas, né, que a pessoa traz nos atendimentos individualizados e nos coletivos.

Ângela: E nos coletivos também. Às vezes ela traz, assim, ela conta um caso, por exemplo, em um dos grupos a pessoa estava contando que a irmã dela estava grávida, que a mãe tinha mandado ela embora. Comecei a pensar com o grupo, as outras pessoa também, o que as outras pessoas também acham, um senhor falou “não, eu acho que a gente tem que acolher, não pode mandar embora”. De alguma forma, o grupo também faz o seu papel de falar o que cada um pensa, e ela saiu com um pensamento. Se ela vai ajudar (a irmã) ou não, provavelmente não, porque ele teve um fala assim “eu não posso levar ela para a minha casa porque ela vai atrapalhar o meu casamento”. Eu não investiguei a fundo, mas tanto ela quanto a mãe tinham medo da menina tentar pegar os próprios maridos, mas isso não cabe a mim. Se fosse em uma terapia, com certeza eu iria questionar, porque aí tem alguma coisa, “por que você não vai ajudar sua irmã? Qual é o seu medo? Onde você está? Que relação é essa?”. Porque a menina virava a p***, que pegava todos os homens.

Eu: Sim.

Ângela: Enfim, eu acho que é um divisor de águas mesmo.

Eu: Os grupos socioeducativos são com o mesmo público?

Ângela: Então, aqui é mais ou menos o mesmo público, por isso que eu estou querendo fazer mais convites. Antes, quando eu comecei aqui, os grupos socioeducativos eram com o Renda Cidadã, a maioria era Renda Cidadã e Bolsa Família, apesar de que o Bolsa também, o descumprimento (de condicionalidades) tem uma reunião específica. Quando começou a diminuir o Renda Cidadã, a gente começou também a convidar outras pessoas que quisessem participar. A roda de conversa eu comecei com os grupos de convivência, mas agora eu também estou querendo ampliar para um público maior.

Eu: Sim.

Ângela: Então, você tem pessoas que se repetem, eu acho que isso é uma coisa que a gente precisa ampliar um pouco.

Eu: Tá. Mais alguma coisa?

Ângela: Não, acho que não.

Eu: Tá. A pergunta cinco é se você possui alguma sugestão para o trabalho do psicólogo no CRAS.

Ângela: Olha, é difícil dizer se eu tenho uma sugestão, eu acho que a gente podia estar trabalhando com grupos mesmo. Eu gosto de trabalhar com os temas que as pessoas trazem, mas é uma coisa que, não sei o quanto isso é possível dentro da assistência ou não, mas acho que deve ser possível, é mais uma questão de organização. Eu também sou favorável de a gente fazer grupos em outros locais fora do CRAS.

Eu: Sim, no território, né.

Ângela: No território. A gente aqui precisaria, especificamente, aumentar um pouco e talvez ter todos os recursos humanos. Por exemplo, quem puxa reunião de rede é o coordenador e nós não temos coordenador aqui. Alguns CRAS têm, a ideia da prefeitura é colocar, mas ainda não aconteceu. Eu acho que nessa reunião de rede você poderia estar, com os outros atores também, fazendo algumas discussões. Como às vezes a gente tem o CREAS trazendo alguns temas específicos de violência

em algumas datas específicas. A gente combina, porque a gente consegue estar fazendo parceria também. Eu acho que isso seria um propósito para pensar daqui para frente. A hora que a gente conseguisse ter um pouquinho mais de recursos humanos.

Eu: Sim.

Ângela: Porque nós só temos recursos humanos técnicos de manhã aqui neste CRAS.

Eu: nos outros CRAS têm nos outros horários?

Ângela: Alguns têm, outros não. Alguns CRAS que têm, outros não têm.

Eu: Tá.

Ângela: Tá. Tem alguns CRAS que tem psicólogo, tem outros que não tem. Eles estão completando o quadro agora. Fizeram concurso, estão chamando, mas a coisa vai os pouquinhos.

Eu: Sim.

Ângela: Mas eu acho que ir para o território é um... Pegar uma escola, uma UBS, mas eu acho que a gente está com uma dificuldade nessa rede toda, acho que a gente já teve mais rede. Estou falando, assim, pensando na época que eu trabalhava no CREAS, a gente fez muito para ter rede, depois teve uma mudança política e teve uma parada, acho que aconteceu a mesma coisa aqui nos CRAS. Essa é a impressão que eu tenho, tá, mas não posso falar porque eu não estava aqui na época. Mas a gente está caminhando de novo, bem em passinho de formiguinha.

Eu: Essa é a percepção que nós temos, que a gente está sempre nessa construção.

Ângela: É, em uma construção.

Eu: Mas você percebeu mudanças positivas, né, você percebe atualmente? Estão sendo chamados novos profissionais?

Ângela: Sim, estão sendo chamados psicólogos, assistentes sociais. Por exemplo, os agentes de proteção social, eles fizeram uma prova, a agente está percebendo que são agentes de melhor qualidade. As pessoas são, mesmo sendo de ensino médio, mas são pessoas que participam mais, que fazem as coisas, que entendem as coisas, que trabalham. É um pouco diferente do que a gente tinha antes.

Eu: Legal. Essas sugestões, né? Dos (temas dos) grupos e dos grupos no território.

Ângela: Isso. E talvez, eu não como a gente pode fazer isso, mas talvez o trabalho com os próprios profissionais do CRAS. Não sei se é para nós, psicólogos ou para psicólogos de fora, entendeu, porque eu até falei outro dia, “nós precisamos sentar e conversar sobre como receber pessoas com mais dificuldade”. Como ninguém ficar apavorado, ninguém ficar assustado, sabe. Porque às vezes as pessoas ficam muito afoitas querendo dar conselho e é melhor ficar quieto. Porque aí a pessoa se acalma e você consegue fazer alguma coisa. A pessoa não precisa de conselho...

Eu: Como acolher, como fazer uma acolhida...?

Ângela: É, eu acho que como fazer uma acolhida para casos graves. Quando não é grave, é tranquilo, se a pessoa vem só pedir o benefício. Estou falando de casos psiquiátricos, que eles precisam também do CRAS, então nesses casos eu acho que as pessoas precisam ser mais orientadas.

Eu: Benefício eventual também é feita liberação aqui?

Ângela: Não, nós não temos benefícios eventuais. Nós temos cesta de alimentos no fundo social. Então, se a pessoa vem para pedir alimentos, a gente encaminha para o fundo social. Se ela quer uma viagem, alguma coisa assim, não tem esses benefícios. O Vivaleite, que é um programa do estado, é distribuído por ONGs.

Eu: Uhum.

Ângela: Então é isso.

Eu: Acho que a respeito dessa questão você já falou um pouquinho, só para a gente entender, qual é a relação entre os profissionais do CRAS? Dos CRAS também e entre os profissionais dos equipamentos e de outras instituições? É que, como você disse, aqui não tem um coordenador.

Ângela: É, se a gente não tem um coordenador fica difícil de puxar rede. A gente até pode ir na reunião de rede da região, mas a gente não puxa uma reunião de rede da nossa região. Acho que isso é uma coisa que está faltando. A gente faz alguns contatos com as ONGs, faz alguns contatos com algumas locais conforme as necessidades. Faz um contato também com a saúde, com os outros órgãos à medida que a gente vai fazendo os encaminhamentos. Por exemplo, se alguém fala quer fazer uma laqueadura, eu ligo, vejo, ligo para o pessoal responsável, faço encaminhamento. De alguma forma, a gente conversa com esses outros atores, a gente conversa com

o Conselho Tutelar. O que a gente conversa mais é com o CREAS. Com o Conselho Tutelar a gente conversa também, às vezes com o Conselho do Idoso, às vezes com o pessoal dos direitos humanos, para a defensoria a gente encaminha muita coisa. A gente conversa com o INSS também, a gente tem um acordo, isso é bem legal, tem um assistente social que a gente manda as nossas dúvidas para ele por e-mail e ele ajuda quando a gente está com alguma pessoa e tem algum problema, alguma coisa assim.

Eu: Esses contatos dependem da necessidade, certo?

Ângela: Dependem da necessidade.

Eu: Como você disse, não tem uma rede já...

Ângela: Não tem, não tem uma rede formal, uma rede que se reúne sempre...

Eu: Que pensaria quais são as questões da região.

Ângela: É uma coisa mais particular. A gente acaba pensando como é a nossa região, mas não tem um pensar coletivo. É algo que eu acho que a gente também está tentando.

Eu: Tá bom, acho que é isso. Tem mais alguma coisa que você queria falar? Gostaria de colocar?

Ângela: Acho que não, acho que são as dificuldades normais que a gente tem em toda prefeitura, questões políticas, questões de material, de recursos humanos. A gente também faz passeios, mas às vezes (risos).

Eu: Legal. Com o grupo de convivência?

Ângela: Com o grupo de convivência. Esse ano nós planejamos dois passeios, vamos ver se dá certo, a gente vai para dois museus. Como elas fazem muita coisa de arte, eu fiquei pensando que o museu poderia ser uma abertura de caminho, verem coisas diferentes.

Eu: Com certeza, para estimular.

Ângela: Exato. Vamos ver.

Eu: Para saber, você está há um ano e meio no CRAS?

Ângela: Acho que é mais ou menos isso, não lembro em qual mês eu vim. Não, eu não estou há um ano e meio, eu entrei em junho do ano passado, então vai fazer um ano.

Eu: Tá.

Ângela: Pensei que fizesse mais tempo.

Eu: Podemos encerrar?

Ângela: Podemos.

3. Complemento da entrevista de Ângela

1. Como é o seu trabalho no CRAS? Exemplifique.
Quando eu entrei no Cras eu comecei fazendo o mesmo trabalho da AS, não existe uma orientação da supervisão para trabalho diferenciado. Depois que notei a realidade desse Cras comecei a fazer rodas de conversas com as pessoas dos grupos de convivência e fortalecimento de vínculos. Nesse ano iniciei um grupo de memória que acontece as terças feiras por 1H30 durante doze semanas. Montei as atividades e os materiais necessários.
Também iniciei a acolhida coletiva, semanal, pois era individual.
Também faço os grupos socioeducativos com os temas mensais fechados. O grupo socioeducativo, a acolhida, as visitas domiciliares e os atendimentos individuais são feitos tanto por mim como pela AS.
2. Quais as principais características das atividades exercidas pelos psicólogos no CRAS? Exemplifique
Acho que em B. não tem muita diferença, mas eu estou fazendo esses dois grupos com olhar preventivo e de desenvolvimento das pessoas, acho que também tem o olhar do psicólogo, nos atendimentos, que é diferente do AS.
3. Qual atividade no CRAS desperta mais o seu interesse?
Gosto muito das rodas de conversa e dos grupos de memória, pois tenho visto uma reflexão por parte das usuárias e não só um pedido de benefício, aqui já dá para ter uma visão ampla de saúde, a qualidade de vida.
4. Em quais momentos você considera que o seu trabalho possui como foco o Cuidado com o munícipe? Exemplifique.
Nos grupos de atividades mais livres, onde o assunto é trazido pelo usuário. Também é importante levar as pessoas ao questionamento e os grupos socioeducativos são obrigatórios para muitos que recebem benefício, pode ser uma oportunidade, mas assim que o benefício termina não voltam mais, acho que esse não é o melhor jeito de conquistar as pessoas para refletirem.
5. Você possui alguma sugestão para o trabalho do psicólogo no CRAS?
Acho que os psicólogos precisam entender melhor o seu papel na assistência e todas as possibilidades de trabalho. Aqui estamos fazendo um grupo de psico da assistência e estamos discutindo os documentos

legais e nosso papel, pois não acredito que a secretaria consiga perceber o que podemos fazer devido ao grande medo de que os psi façam terapia. Tb acho que teremos que mostrar aos AS o potencial da psicologia em outras áreas que não a clinica.

6. Qual é a relação entre os profissionais do CRAS? E entre os profissionais de outros equipamentos e outras instituições? Exemplifique.

Eu particularmente não tenho problema com técnicos de maneira geral, acho que o maior problema são com gestores e suas interferências na área técnica.

Como trabalhei anteriormente no Creas a relação também é boa no judiciário e defensoria.

Às vezes quando enviamos um munícipe para atendimento, geralmente na saúde, eles, por falta de conhecimento nos devolvem. Ai temos que esclarecer qual o local sobre determinado benefício é feito com ele, por exemplo, bolsa nutriz.

4. Relato da pesquisadora

Como é o trabalho no CRAS?

No equipamento em que atuo, o profissional possui algumas responsabilidades. No início eu me deparei com o atendimento por livre demanda, no qual as pessoas buscam o CRAS de forma espontânea para adquirir um benefício eventual, acessar outro tipo de benefício, buscar uma orientação a respeito de acesso a direitos, ou simplesmente para desabafar a respeito de algo e pedir algum tipo de ajuda. Não é feita distinção dos profissionais que atendem nesse momento, sendo que normalmente é o profissional disponível para atender a pessoa que fará o atendimento. A pessoa pode solicitar atendimento de algum profissional específico, mas depende da disponibilidade de horário desse profissional. Quando algum profissional acompanha um caso, nós tentamos orientar a pessoa a ir ao CRAS no momento em que esse profissional está disponível para atendimento. São feitos contatos telefônicos, pode ser feito envio de cartas para solicitar comparecimento, assim como para orientações, retornos a respeito de demandas específicas.

Os atendimentos individualizados podem gerar uma demanda de visita domiciliar, que depende da disponibilidade do carro. Nessas visitas, existe um objetivo de aproximação/vinculação com a família, tentando aproximar os laços construídos nos atendimentos do CRAS. As famílias normalmente respondem muito bem às visitas domiciliares, demonstrando que a utilização da visita como forma de aproximação é bem sucedida. Outro aspecto é que a visita é utilizada para se saber qual é a situação de moradia da pessoa, quais outras demandas a família possui e em que o CRAS pode auxiliar. Eventualmente também nos é solicitado que verifiquemos se determinada pessoa reside ou não no endereço informado. Considerando que a cidade oferece benefícios eventuais que não são ofertados pelas cidades vizinhas, algumas vezes as pessoas informam que residem em um determinado endereço, mas não reside.

Além dessas duas formas de atendimento, sou responsável por dois grupos que são ofertado pelo CRAS, um deles é o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos Idoso. Eu sou responsável por elaborar um plano de trabalho anual para o serviço, que deve seguir as normativas nacionais, assim como por acompanhar a presença, fazer a inclusão/exclusão do sistema do governo, avaliar o serviço e

acompanhar os usuários. Nesse momento, o acompanhamento não é feito da forma que eu gostaria de fazer, pois não estou tendo tempo disponível. O ideal seria fazer visita para todos os idosos inscritos, abrir um prontuário detalhando as expectativas e demandas individuais de cada participante, possibilitando verificar em que medida as vulnerabilidades estão sendo superadas ou não. Considerando que atualmente são 134 inscritos, não está sendo viável realizar o acompanhamento de todos os casos.

O outro grupo pelo qual sou responsável é o grupo de mulheres. Também sou responsável pelo plano de trabalho, inclusão e exclusão das participantes, assim como acompanhar as frequências. Esse grupo atende as gestantes do território por meio de reuniões semanais que são compostas por aulas de artesanato, reuniões com a psicóloga e reuniões com o grupo da saúde. Toda semana ocorre uma atividade de artesanato, sendo que as reuniões com o grupo da saúde são intercaladas com as reuniões que eu realizo. Dessa forma, as gestantes passam em média duas horas no CRAS todas as semanas. O grupo tem duração de aproximadamente quatro meses, podendo variar para mais ou para menos. No final do projeto a gestante recebe um kit com alguns itens, como banheira para bebê, cobertor, toalha, fraldas, carrinho de bebê, entre outros.

Quais as principais características das atividades exercidas pelos psicólogos no CRAS?

Em um primeiro momento, não existem atividades que diferenciem o trabalho do psicólogo do trabalho do assistente social, porém eu diferencio a minha atuação das atuações dos outros profissionais. Posso afirmar que busco sempre ouvir atentamente o usuário em sua demanda e em seu sofrimento, assim como me colocar à disposição para atendimentos futuros. De forma geral, sigo as orientações que são passadas para todos os profissionais técnicos do SUAS, porém considero que as exerço com base na minha área de ciência e profissão, que é a psicologia.

Qual atividade no CRAS desperta mais o seu interesse?

Posso afirmar que vejo sentido em todas as atividades que realizo. Posso afirmar que gosto muito dos atendimentos individualizados quando percebo que fui

capaz acolher alguma demanda, seja ela material ou emocional. Gosto muito das visitas domiciliares que faço, quando percebo que a pessoa sentiu que foi compreendida ou quando se sentiu valorizada por estar recebendo a visita de um profissional do CRAS. Gosto muito dos grupos de idosos quando percebo que os idosos se sentiram mais fortalecidos por terem aquele espaço no CRAS, sendo que muitos não têm espaço em suas casas, sendo desvalorizados por suas famílias. Gosto muito do projeto gestante, principalmente quando percebo que elas saem do grupo com os vínculos sociais e comunitários fortalecidos, quando podem trocar experiências e se sentirem valorizadas enquanto mulheres, além de fortalecer o vínculo mãe-bebê.

Em qual momento você considera que o seu trabalho possui como foco o Cuidado com o munícipe? Exemplifique.

Em todos os momentos eu considero que valorizo o Cuidado. Considero que o meu trabalho é principalmente ouvir o que o munícipe tem a dizer, quais são as suas queixas, sofrimentos e necessidades. Considero que a minha escuta atenta e o meu apoio são algumas das ferramentas mais importantes e fundamentais para que o trabalho tenha algum sentido e para que possa de fato ser minimamente efetivo. Não considero que serei capaz de mudar completamente uma realidade vivida, mas acredito que posso ser um ponto de apoio para alguma mudança, para suprir a necessidade de escuta e conforto. Considero que muitos grupos sociais possuem uma rede de apoio, por esse motivo seus integrantes não sofrem tanto, nem materialmente nem emocionalmente, de modo que a minha tentativa é minimamente construir alguma rede de apoio/suporte para as pessoas que não fazem parte desse tipo de grupo social. Por exemplo, os grupos religiosos costumam se apoiar, alguns grupos de profissionais, assim como algumas associações ou coletivos. Algumas famílias também oferecem apoio emocional e material, o que acaba não ocorrendo para o público que é atendido pelo CRAS, muitas vezes.

Você possui alguma sugestão para o trabalho do psicólogo no CRAS? Exemplifique.

No meu caso, talvez seja interessante que haja uma maior reflexão a respeito dos atendimentos realizados tanto por psicólogos quanto por assistentes sociais.

Talvez exista uma dificuldade em escutar o que o munícipe está dizendo, assim como uma necessidade em suprir as demandas materiais que essas pessoas possuem, de modo que eu acredito que possa haver uma forma de acolher melhor quem está buscando o serviço. Algumas vezes escuto coisas como “essa pessoa tem aposentadoria” ou “ela tem marido, ele pode limpar um terreno ou trabalhar como pedreiro”, mas eu acredito que as dificuldades são outras. Claro, em alguns momentos também me deparo com pessoas que entram em contradição nas suas histórias, mas existe uma tentativa de não absorver isso como algo pessoal, mas sim como uma forma da pessoa achar que será ouvida/atendida com alguma determinada história. Já me emocionei e me preocupei em muitos atendimentos, sendo que eu considero importante esse tipo de sentimento. Além disso, acho que seria interessante algum tipo de protocolo de atendimento breve, como algum tipo de atendimento breve, ou algum tipo de grupo que atenda públicos com demandas semelhantes.

Qual é a relação entre os profissionais do CRAS? E entre os profissionais de outros equipamentos e outras instituições? Exemplifique.

No equipamento que trabalho os profissionais dividem seus trabalhos de acordo com seus interesses/disponibilidades. É possível dizer que eu estou em dois grupos porque me dispus a ser responsável por esses dois grupos. Existe uma possibilidade de discussão de casos, mas eu assumo as minhas condutas de forma muito mais individualizada do que eu imaginei que assumiria. Por ser a única psicóloga do CRAS, por já ter tido experiências anteriores (tanto nos atendimento particularizado quanto nos grupos), assim como por ter tido discussões nas quais eu não concordava com as minhas colegas de trabalho, posso afirmar que atualmente não discuto muito os meus casos. Posso até discutir alguns, mas evito expor o meu trabalho, assim como a pessoa que estou atendendo. Faço o possível para proteger o meu trabalho e as minhas opiniões a respeito de como o psicólogo profissional do CRAS deve agir, pois posso ser mal interpretada e podem solicitar que eu mude a minha conduta.

Em relação aos profissionais dos outros equipamentos, existe uma procura de acordo com a demanda. São feitos relatórios e encaminhamentos de acordo com as necessidades, feitas ligações e visitas quando é possível. Temos uma reunião entre CRAS e CREAS, na qual discutimos os casos que são atendidos pelos dois

equipamentos. O posto de saúde é nosso vizinho, sendo que atualmente possuímos uma boa relação com a assistente social desse posto de saúde, trocando informações e serviços de acordo com as necessidades. A relação entre os equipamentos depende da disponibilidade individual de cada profissional, ocorrendo quando possível e quando necessário.