



Psicologia e Políticas Públicas

Psicologia e políticas públicas

Eliane da Silva

Cláudia Capelini Picirilli

© 2016 por Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Todos os direitos reservados. Nenhuma parte desta publicação poderá ser reproduzida ou transmitida de qualquer modo ou por qualquer outro meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer outro tipo de sistema de armazenamento e transmissão de informação, sem prévia autorização, por escrito, da Editora e Distribuidora Educacional S.A.

Presidente

Rodrigo Galindo

Vice-Presidente Acadêmico de Graduação

Mário Ghio Júnior

Conselho Acadêmico

Dieter S. S. Paiva

Camila Cardoso Rotella

Emanuel Santana

Alberto S. Santana

Regina Cláudia da Silva Fiorin

Cristiane Lisandra Danna

Danielly Nunes Andrade Noé

Parecerista

Reinaldo Barros Cicone

Editoração

Emanuel Santana

Cristiane Lisandra Danna

André Augusto de Andrade Ramos

Daniel Roggeri Rosa

Adilson Braga Fontes

Diogo Ribeiro Garcia

eGTB Editora

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Silva, Eliane da
S586p Psicologia e políticas públicas / Eliane da Silva, Cláudia
Capelini Picirilli. – Londrina : Editora e Distribuidora
Educacional S.A., 2016.
240 p.

ISBN 978-85-8482-449-6

1. Psicologia social. 2. Políticas públicas. 3. Psicologia
comunitária. 4. Saúde mental. I. Título.

CDD 158.26

2016

Editora e Distribuidora Educacional S.A.
Avenida Paris, 675 – Parque Residencial João Piza
CEP: 86041-100 – Londrina – PR
e-mail: editora.educacional@kroton.com.br
Homepage: <http://www.kroton.com.br/>

Sumário

Unidade 1 Políticas públicas	7
Seção 1.1 - Políticas públicas - conceitos e importância na saúde	9
Seção 1.2 - O psicólogo atuando nas políticas públicas	22
Seção 1.3 - CREPOP - centro de referência técnica em psicologia e políticas públicas	33
Seção 1.4 - A atuação do psicólogo junto ao C.R.A.S.-S.U.A.S.	44
 Unidade 2 Atenção básica	 59
Seção 2.1 - A concepção do processo saúde/doença e o cuidado	61
Seção 2.2 - Construção da autonomia possível de usuários e familiares	74
Seção 2.3 - Trabalho com crianças e adolescentes	84
Seção 2.4 - O trabalho com o idoso	97
 Unidade 3 Territorialidade	 115
Seção 3.1 - Territorialidade na saúde	117
Seção 3.2 - Promoção da cidadania	129
Seção 3.3 - Programas de políticas públicas de base nacional	140
Seção 3.4 - Novas políticas e práticas – Brasil-República inclusiva	153
 Unidade 4 Saúde mental	 171
Seção 4.1 - História da saúde mental no Brasil	172
Seção 4.2 - Organização da política de saúde mental no sus	188
Seção 4.3 - Programa da política nacional de saúde mental no sus	202
Seção 4.4 - Saúde mental e outros temas de interesse da psicologia	217

Palavras do autor

Você já percebeu que, em muitos momentos de nossas vidas, nos pegamos falando de temas que parecem tão distantes de nós, como o funcionamento das estruturas governamentais que temos medo de utilizar, quando, por exemplo, estamos doentes? Queixamo-nos de nos sentir facetados em órgãos desconectados num corpo sem alma, dentro de alguns atendimentos para nossas dores. Na saúde mental, então, ainda trazemos a visão do purgatório dos hospitais psiquiátricos e suas “torturas”. E quando queremos auxiliar aquele jovem que teve uma crise epilética na rua, mas não sabemos como encaminhá-lo nem para onde. Mas, por outro lado, pensamos que não podemos fazer nada mesmo para ajudar, já que não estamos dentro do Governo.

É com essas ideias que poderíamos percorrer todo o período de formação profissional, esperando que “um dia as coisas mudem para melhor”. Quem sabe, não é? Mas, será mesmo que tem que ser assim? Essa atitude pode ser originada da falta de informação do que já existe e do que ainda poderemos, como profissionais da Saúde, melhorar.

Você sabia que nossa categoria contribuiu para sérias mudanças na Saúde Mental no Brasil?

A relação da Psicologia com as Políticas Públicas, apesar de recente na história da sociedade, tornou-se um campo importante de atuação, assim como o trabalho com ONGs. Então, por que você não pode se preparar para trabalhar nessas áreas e até mesmo ser um gestor?

Mas, como fazer isso? Parece um trabalho insano e muito difícil, como você pode imaginar.

Esta é nossa proposta: vamos percorrer novos caminhos, e juntos traçaremos novas rotas para uma vida mais digna para o ser humano. Através deste autoestudo poderemos construir juntos um novo e melhor arcabouço técnico-científico sobre as diferentes realidades (internas e externas) vividas por nosso povo.

Vamos estudar o que são Políticas Públicas e sua presença em quase tudo em nosso cotidiano, além de sua importância na Saúde e

suas Leis. Descobriremos como o psicólogo trabalha junto à Atenção Primária à Saúde nas diferentes frentes do coletivo no atendimento de crianças, jovens e adultos. E, finalmente, conheceremos os Princípios Básicos para a Área.

É essa nossa proposta básica para você neste estudo: desenvolver competências gerais para conhecer e atuar em Políticas Públicas e Programas de Saúde, além de obter conhecimento científico e assumir trabalhos na prevenção, promoção e reabilitação do ser, e melhorar outras competências.

No livro veremos temas muito ricos que, temos certeza, ampliarão sua visão acadêmica e humana a respeito dessa área tão importante para todos nós, que é a Psicologia e Políticas Públicas.

Você topa desbravar estes “universos”? Venha com a gente! Vamos começar!

Políticas públicas

Convite ao estudo

Nosso objetivo geral é ajudá-lo a conhecer e atuar como Psicólogo em Políticas Públicas. Nesta primeira Unidade de Estudo nossos assuntos principais serão Conceitos de Políticas Públicas e sua importância na Saúde. Vamos buscar entender sua definição, como se apresentam e como direcionam o trabalho do profissional que atua junto a elas nas diferentes áreas da Saúde.

Primeiro estudaremos a Definição de Políticas Públicas (PP), o que são e onde se apresentam na sociedade. Você vai ser capaz de identificar, nos serviços prestados pelo Governo, quais são as políticas presentes e como elas fazem parte de nosso cotidiano. Esse aprendizado o capacitará a ter uma visão mais ampla e crítica do funcionamento do sistema de saúde. Em seguida, iremos pesquisar as Leis e Saúde, buscando conhecer as normas mais importantes para a Saúde. E, por último, conheceremos os Princípios Básicos para a Área, que fundamentam a atuação do profissional na execução das Políticas.

Temos no Brasil uma Situação Real que interessa a você conhecer melhor!

O panorama atual do Ensino de Psicologia não está atendendo às demandas de trabalho nos órgãos que atendem ao público em geral. Os profissionais chegam para trabalhar em repartições públicas sem ter qualquer noção de como elas funcionam e se inter-relacionam com as políticas públicas (PP).

Encontramos novas necessidades de inserção do Psicólogo para atuar na Área de Gestão de ONGs e outras Instituições, como também na Rede de Atenção Básica à Saúde, Hospitais, junto a Trabalhos de Assistência Social e outros. Isso significa um aumento de campo de trabalho real para muitos Psicólogos.

Como exemplo dessa situação, vamos acompanhar o caso de Sandra: Sandra é estudante do último ano de Psicologia, mora com os pais e cursa a Faculdade à noite. A situação financeira da família não está boa, pois seu pai é motorista de ônibus aposentado, sua mãe faz “quentinhas” para a vizinhança, e seu único irmão, que ajudava com o salário que recebia por seu trabalho em uma firma de construção civil, foi mandado embora. Sandra ajuda sua mãe, mas o que ganha não é muito, só dá para manter seus gastos com os estudos e a condução. Sandra está pensando muito sobre seu futuro profissional e no que fazer para ajudar mais sua família. Ouve sempre sua mãe falar para ela prestar Concurso Público, pois é mais garantido, e emprego em Escola e Hospital está difícil. Quanto a ter um consultório particular, imagina como poderia pagar o aluguel de uma sala até formar clientela, considerando que ainda não tem experiência. Tudo parece sem solução... Mas, do Serviço Público, Sandra só escuta reclamações. Na faculdade ela vai cursar uma matéria que fala de Políticas Públicas e Psicologia, mas Sandra ainda não entende o que Política tem a ver com o Psicólogo.

Vamos ajudá-la?

Seção 1.1

Políticas públicas - conceitos e importância na saúde

Diálogo aberto

Nesta primeira Unidade e nesta seção de nosso livro didático você poderá buscar aumentar seu nível de informações sobre as Políticas Públicas. Você vai conhecer a definição de políticas públicas, fará uma introdução às suas leis e identificará os princípios básicos para a área. Nossa busca terá como objetivo auxiliar a resolver uma Situação-Problema muito comum entre estudantes em vésperas de Conclusão de Curso: Sandra resolveu que vai realmente prestar o Concurso para o Serviço Público na área da Saúde. Seus pais ficaram contentes com sua decisão e estão apostando muito em seu sucesso. A responsabilidade é grande, ela sabe; por isso, ela decidiu que iria fazer tudo o que pudesse para realmente ser aprovada. Sandra nunca ouviu falar em Políticas Públicas – só sabe que é um assunto importante, segundo o Edital do concurso. E agora, o que ela deve fazer, já que não sabe nem como começar?

Sandra vai precisar, então, ter uma visão geral das políticas públicas, conhecer leis importantes e seus princípios básicos. Vamos ajudar Sandra a resolver este caso!

Não pode faltar

Políticas Públicas: o que são?

Que bom que você aceitou o desafio de ajudar Sandra!

Mas, antes de começarmos este estimulante estudo, queria chamar sua atenção para o que você está tendo o privilégio de viver: acesso a uma área que demonstra como os cursos devem manter diálogo com a demanda do que a sociedade precisa para a formação de um profissional e cidadão mais consciente de seu tempo. Isso não é ótimo?

Então, vamos lá: A definição mais simples de “Políticas Públicas” está no próprio nome: Políticas para o Público. Ou seja, são as leis do Governo que regulam e norteiam a criação e manutenção de atendimentos e serviços para toda a população do País. Assim, temos Políticas Públicas dentro dos Municípios, dos Estados e da

Federação, que variam seu poder de atuação e influência de acordo com sua amplitude e abrangência geográfica. Ao ir para o trabalho, por exemplo, usamos o Sistema Público de Transportes; se vamos à feira livre – Sistema de Distribuição de Alimentos; ao acendermos uma lâmpada elétrica em casa – Sistema de Distribuição de Energia Elétrica; ao tomarmos as vacinas contra a gripe – Sistema de Prevenção a Doenças – Sanitarista; e assim por diante.

Talvez você nem se dê conta de como estamos apoiados nessas Políticas, pois funcionam em todas as áreas na vida de um cidadão. Na nossa vida... e na vida de Sandra. Ela tem ouvido muitas queixas de seu pai, que precisa de remédio para pressão alta e diabetes. Para ter acesso aos medicamentos o pai de Sandra sofre primeiro no ônibus cheio, em que mal consegue subir porque é “alto o degrau”, e depois na fila no “Postinho”, sem nenhum banquinho para sentar, e por aí vai. Sandra pensou em aceitar um estágio no “Postinho” em que o pai pega seus remédios, perto de sua casa. E quem daria supervisão a ela? Lembrou-se da Professora de Psicologia Clínica, mas, antes, queria entender do que mesmo aquela matéria de Políticas Públicas falava... Lembre-se de que ela “ainda não entende o que Política tem a ver com o Psicólogo”.

Começou, novamente, a lembrar-se das queixas da mãe na volta do mercado com preços altos, do pai com seus remédios, do irmão com seu desemprego, do vizinho, Sr. Odair, que tem um filho “fraco da cabeça”, da D. Maria, coitada, com depressão... Sandra resolveu então prestar mais atenção no Professor dessa matéria e fazer mais perguntas, afinal, já ia terminar o curso e ser Psicóloga. Na última aula de Políticas Públicas, ficou muito atenta às informações do Prof. Carlos. Vamos acompanhar o que Sandra está aprendendo.

Em primeiro lugar, a Psicologia atual não é mais vista da mesma forma de quando se iniciou no Brasil. Sua imagem era de profissionais preocupados em ler mentes e comportamentos, que aplicavam testes para seleção e atuavam em indivíduos percebidos de forma isolada em sua subjetividade, e seu trabalho era voltado às classes mais favorecidas. Hoje, a Psicologia está visivelmente participativa nos problemas sociais atuais e visivelmente comprometida com a construção de uma sociedade mais justa e ética, tendo os indivíduos, enquanto cidadãos, inseridos em uma comunidade com deveres e outros direitos a serem conquistados. Prova disso é a inclusão desses profissionais na construção de novas práticas e saberes dentro das Políticas Públicas. Você sabia que o Psicólogo foi introduzido nos serviços públicos no ano de 1970, com a missão de, em grupos

multiprofissionais, propor modelos novos de Hospital Psiquiátrico?

Enfim, é o Psicólogo trabalhando pela construção de um mundo melhor para todos.

Leis e Saúde

Vamos fazer um rápido percurso sobre a História da Saúde Pública no Brasil. Na década de 1920, segundo (CARVALHO, 2013), tivemos as campanhas sanitárias para atacar as epidemias que assolavam a população. Nesse momento surgiu a lei Eloy Chaves, que criou as CAP – Caixas de Aposentadorias e Pensão, exclusivamente para trabalhadores contratados. Na década de 1930, na chamada de Era Vargas, criaram-se os IAP – Institutos de Aposentadorias e Pensões. Nos anos de 1960 e 1970 foram criados o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social e o INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Municipal de Previdência Social, sendo que este último continuou funcionando até o ano de 1993, quando foi encerrado. Nos anos de 1980 e 1990 as reformas foram maiores. A sociedade brasileira teve muitas mudanças para melhor no final do século XX. Com maior consciência de sua cidadania, foram realizadas conquistas importantes, como o direito à Previdência Social, conquistas na área da Saúde e na Educação. Devemos lembrar que também houve a interferência do modelo europeu Pós-Segunda Guerra Mundial, quando uma nova política do Capitalismo buscou intervir como Estado na garantia de favorecer o “bem-estar social”. Em 1986, tivemos a 8ª Conferência Nacional da Saúde, que, com suas propostas, conseguiu influenciar nosso governo na época, provocando a Reforma Sanitária no Brasil. Então, em 1988, pela Constituição Federal, na Seção Saúde – nos artigos 196 a 200, tivemos a criação do SUS – Sistema Único de Saúde, afirmando ser de relevância pública o Serviço de Saúde. O artigo 197 da Constituição Federal cuidou de regulamentar, fiscalizar e controlar o funcionamento da Saúde, cabendo ao Poder Público dispor por suas ações.

O SUS – Sistema Único de Saúde, segundo o Ministério de Saúde (2005), veio para tratar da promoção, da proteção e da recuperação da saúde e serviços correlatos, para todos os brasileiros, sem nenhuma distinção e com iguais direitos. Mas era necessária ainda uma lei que regulamentasse mais detalhadamente o funcionamento desse Sistema. Então, em 19 de setembro de 1990, foi criada a Lei nº 8.080/90, que delibera sobre a organização e o funcionamento do SUS. Estávamos no Governo do Presidente Fernando Collor de Mello, que interferiu com vetos na aplicação dessa lei. Isso gerou uma insatisfação popular que culminou, então, com a promulgação

de uma nova lei: a Lei nº 8.142/90, de 28 de dezembro de 1990, que iria legislar sobre o financiamento regular feito pelo Governo Federal e a participação social dentro do SUS. Essas duas leis, 8.080/90 e 8.142/90, são muito importantes, porque norteiam a Saúde Pública do Brasil até hoje, e são conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde.

Iniciava-se naquele momento uma mudança importante para todo o País, principalmente na área da Saúde Mental. Esse conjunto de Leis e suas complementações trouxeram a ideia de descentralização e revelaram o dever do Governo de assumir suas diferentes instâncias e competências dentro do SUS, para sua efetivação e manutenção em cada pedaço de nosso território.

Você pode se perguntar: como foram feitas as complementações dessas Leis?

Foram feitas por meio das NOBS - Normas Operacionais Básicas de Saúde e das NOAS – Normas Operacionais da Assistência à Saúde. Somente doze anos depois, em 2002, surge a lei nº 10.216/02, que institui a Política Nacional de Saúde Mental. Com ela, mudam as formas de organização do atendimento, que difere do anterior por acreditar na inclusão do tratamento integrado com o meio ambiente e a família, ou seja, não segregando o indivíduo em sofrimento e garantindo o trânsito desses indivíduos nos serviços de tratamento, além do convívio social, cultural e outros. Outras providências foram tomadas para aperfeiçoar e instrumentalizar a implantação dessas novas Políticas Públicas.

Em 13 de fevereiro de 2004, o Ministério da Saúde, com a Portaria 198/GM/MS, instituiu a PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que busca orientar a educação dos profissionais e trabalhadores da área. Sua filosofia diz que o atendimento ao usuário deve buscar promover a saúde e a prevenção, já que a doença é fruto de muitos fatores de risco somados, como a presença de hábitos. Esse conceito também é utilizado em outros países.

Tivemos ainda mais uma providência tomada pelo governo (BRASIL, 2009), criando a PNH - Política Nacional de Humanização da atenção, para orientar o trabalho no SUS, com o programa Humaniza SUS. Seu objetivo foi valorizar a atenção nos atendimentos em sua dimensão subjetiva, e também seu aspecto coletivo de integração com a sociedade, mudando o antigo conceito de doença e de isolamento do paciente-usuário e sempre levando em conta a humanização no atendimento. O aspecto de atenção aos direitos e cidadania também foi reforçado, assim como a participação do coletivo para exercer um controle na prestação de serviços.



Lembra-se do Princípio da Integralidade? É o cuidado do indivíduo como um ser integral, e está se referindo à mudança de paradigma na Saúde. Antes, por muito tempo (e ainda hoje, por parte de alguns profissionais), tínhamos a visão de que nossos órgãos podiam ser tratados de forma independente. Hoje sabemos que é preciso trabalhar em conjunto com a intersetorialidade, buscando ajuda com outros profissionais da Saúde. Afinal, a Saúde é um todo.

E do Controle Social, você se lembra? A sociedade e os usuários da Saúde devem se atualizar sobre seus direitos, e você faz parte desse contingente de pessoas que têm o direito de utilizar esses serviços de Atenção Básica. Portanto, é importante manter-se informado de tudo o que tem relação com você e sua família, seus amigos e vizinhos, que podem precisar de auxílio e estão contemplados nessas Políticas.

Você não acha interessante esta preocupação de nossos representantes com a área de Saúde e com a Humanização da prática? É claro que nem sempre encontraremos a filosofia sendo vivenciada de fato, mas já é um bom começo termos isso em vista.

Seus princípios são:

Transversalidade, Corresponsabilidade e Autonomia dos usuários e de seu coletivo, assim como a Indissociabilidade entre os serviços de Atenção, da Gestão e seus agentes, diminuindo o isolamento entre serviços. No SUS, temos novos locais para oferecer o Atendimento Básico. São eles:

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial.

SRT - Serviços Residenciais Terapêuticos, Leitos de atenção integral, Hospitais Gerais, CAPS III.

Programa de Volta para Casa - para egressos de longas internações psiquiátricas.

Centros de Convivência e Cultura e UPAS - Unidade de Pronto Atendimento na Saúde.

Você pode perguntar: e quando mudam os governos, também mudam as Políticas Públicas? Não devem mudar, pois são leis do Estado que devem vir da participação do cidadão e seus movimentos, para suprir e atender a seus interesses e necessidades. Devem orientar todas as atuações em território nacional, aplicadas de acordo com suas demandas a curto e longo prazo. Isso não significa que sempre funcionam de acordo com seu texto firmado, pois,

muitas vezes, a “vontade política” dos gestores não é a mesma do povo que deveria ser por elas beneficiado. Por isso é tão importante a participação da população na formação dessas Leis de Políticas Públicas, para que todos possam lutar por seus direitos e melhorar os atendimentos às suas necessidades. Sandra, nossa companheira de viagem, já está atordoada com tanta informação, mas gosta de ouvir o que o Prof. Carlos ensina. Nós, assim como Sandra, vamos continuar nosso estudo.



Refleta

Você conhece os serviços de saúde de sua cidade? Quais?

- Você acha que os Princípios da Política de Humanização realmente podem ser vividos na prática dos atendimentos da Saúde que você conhece?
- Acredita que nossas Políticas Públicas atuais na área da Saúde podem ser melhoradas, ou será que ainda devem ser efetivamente implantadas?
- Você se imagina exercendo um cargo dentro de algum serviço de Atendimento à Saúde e ajudando, com seu trabalho, na busca pela qualidade de vida dos usuários?

Princípios Básicos para a Área da Saúde:

Vamos falar agora dos Princípios Básicos que servem de premissas para a atuação na Área de Saúde, com a criação do SUS - Sistema Único de Saúde. São elas:

Acesso Universal: Direito universal à gratuidade e de acesso às ações e serviços de saúde.

Integralidade: Define que o indivíduo seja cuidado como um ser integral, e não facetado em órgãos independentes e desconectados. Por isso, defende a interação e inter-relação com outros profissionais da Saúde para o melhor atendimento.

Equidade: Direito de atendimento igual para todos, sem distinção, com respeito às suas individualidades.

Descentralização: Determina a descentralização dos Serviços de Saúde, buscando levar o atendimento mais próximo do ambiente em que vive o indivíduo.

Controle Social: Busca instituir mecanismos de controle das práticas da Saúde por meio dos membros participantes, como os trabalhadores, os próprios usuários e os Órgãos Representativos da Sociedade Civil e Públicos – Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde.

Cabe lembrar que essas práticas e leis devem partir também daqueles a quem elas se destinam: os cidadãos.



Pesquise mais

Visite este *site* muito interessante sobre os vários aspectos da formação profissional necessária para poder desenvolver um bom trabalho nas áreas das Políticas Públicas.

PIRES, Ana Cláudia Tolentino; BRAGA, Tânia Moron Saes. O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2009000100013>. Acesso em: 20 set. 2015.

“Mas, e o Psicólogo, como pode se colocar e trabalhar com as Políticas Públicas?”, finalmente perguntou Sandra. Prof. Carlos prontamente respondeu: “São muitos os trabalhos e áreas em que o Psicólogo pode atuar com PP, como ONGs, Hospitais, Serviços de Saúde, Escolas, Serviços de Assistência Social, e outros. Mas o que realmente importa é que vocês, alunos, tenham uma preocupação de se tornarem mais conscientes da necessidade da ética e da cidadania”.

Também encontramos novas frentes de trabalho em regiões de risco, como catástrofes com vítimas e deslocamentos de famílias por migração e imigração, que necessitam de proteção. Lembrem-se de que é crucial estarmos atentos para o aspecto sociopolítico que sempre está envolvido nessas Políticas Públicas e em suas gestões, para podermos interferir de forma produtiva para a população que delas dependem.



Pesquise mais

Estamos tendo no Brasil um crescimento na área de novos cargos da Psicologia no Terceiro Setor. Conheça mais do assunto neste livro:

- COELHO, Simone de Castro T. **Terceiro setor**: um estudo comparado entre Brasil e Estados Unidos. São Paulo: SENAC, 2000.

Este é um bom trabalho que apresenta o histórico da inserção do Psicólogo nas PP:

- ZURBA, M. C. **A história do ingresso das práticas psicológicas na saúde pública brasileira e algumas consequências epistemológicas**. Universidade Federal Santa Catarina. 2011. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/memorandum/revista/wp-content/uploads/2011/06/zurba01.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2015.

Sandra achou interessante existir tantas oportunidades novas de trabalho para ela. Já planejava contar para seus pais, como novidade, essa história das Políticas Públicas e a Psicologia. E você, já parou para pensar se tem alguma área da sua vida em que gostaria de ver as Políticas Públicas melhorarem? Quais?

Sandra, quando chegou em sua casa, além de conversar com seus pais sobre a aula do Prof. Carlos, foi rapidamente acessar a internet para buscar alguma informação sobre o “Postinho” em que ia fazer estágio – já havia se decidido, e também para pesquisar quais Políticas Públicas atuavam naquele serviço.



Pesquise mais

É sempre interessante que você procure novas informações sobre esse autoestudo.

Leia este texto para saciar sua curiosidade. ROMAGNOLI, R. C. **A formação dos psicólogos e a saúde pública**: pesquisas e práticas psicossociais, 2006. Disponível em: <<http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/RobertaRomagnoli.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2015.

Como poderíamos ajudar Sandra a conhecer melhor essa relação de trabalho?

Você já percebeu que Políticas Públicas estão em todas as ações do Governo, que são direitos do cidadão. Tudo está interligado com essas políticas, como educação, segurança, transporte público, saúde, previdência social, sistema penitenciário, portos, ferrovias e rodovias, etc. Mas nem sempre esses direitos são respeitados e atendidos. Temos visto ao nosso lado e em reportagens, todos os dias, situações de quase calamidade, como no caso do sistema penitenciário.



Exemplificando

Como podemos experimentar os direitos presentes nas Políticas Públicas da Saúde?

Já sabemos que todos temos o direito de usar os serviços do SUS, através do atendimento nos CAPS (Princípio do Acesso Universal) e outros serviços. Para tanto, é importante que tenhamos em mãos alguns documentos: RG, Cartão SUS e comprovante de residência.

Você já sabe que na saúde também temos muitas e fundamentadas queixas de descuido dos gestores do serviço público, que oferecem serviços de baixa qualidade aos usuários. Situações de dificuldades também são enfrentadas por muitos dos profissionais desses serviços.

Não podemos negar que há muitos problemas para serem resolvidos. Esse quadro é capaz de assustar quem desconhece o que está sendo feito e o que ainda podemos fazer para melhorar a atual situação. Por isso, é necessária uma formação profissional mais qualificada e consciente do funcionamento das Políticas Públicas, pois temos muito a contribuir, junto com os governos, na melhoria destes serviços. Você percebe que temos muitos desafios nessa área; por isso, a conscientização dos profissionais e gestores desses serviços deve, em primeiro lugar, incentivar a participação junto aos usuários com o conhecimento de seus direitos e de suas necessidades para novas práticas.

Há muito para conhecer nesse Campo das Políticas Públicas. Por isso, vamos continuar juntos!



Faça você mesmo

Figura 1.1 | Carteira de Identificação do SUS



Fonte: <correio24horas.com.br>. Acesso em: 28 set. 2015.

Você já tem a sua Carteira de Identificação do SUS? Se não, procure providenciá-la. Assim, caso precise usar o serviço público de saúde, você facilitará o cuidado que receberá em todo o Brasil. Convido você a pesquisar todos os requisitos e documentos necessários e escrever o passo a passo para fazer a Carteira, para que seus colegas e familiares também possam fazer o mesmo. O professor pode divulgar a todos em sala de aula.



Vocabulário

SUS – Sistema Único de Saúde, no Brasil.

ONG – Organização Não Governamental.

UPA – Unidade de Pronto Atendimento.

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

UPAS – Unidade de Pronto Atendimento à Saúde.

Sem medo de errar

Como sabemos, Sandra decidiu prestar o concurso e teria que se apropriar do conteúdo previsto no edital, ou seja, as Políticas Públicas, suas definições, seus princípios básicos e Leis.

Para resolver o problema da Sandra, retome a seção “Não Pode Faltar” de seu Livro Didático (LD) e busque seus pontos mais importantes. Lembre-se que políticas públicas, como o próprio nome diz, são políticas voltadas ao atendimento da população. Suas leis básicas são as que regulamentam estes serviços – no caso da saúde, especialmente a Constituição Federal, de 1988, e as leis orgânicas nº 8.080/90 e nº 8.142/90. Elas vão apresentar os princípios gerais do SUS: Acesso Universal, Integralidade, Equidade, Descentralização e Controle Social.

Graças a seu esforço, você e a Sandra sabem agora mais do que sabiam no início deste autoestudo sobre a Psicologia e Políticas Públicas. Você mesmo pode estar se preparando para prestar um Concurso Público, se assim decidir, mas é sempre bom estudar mais. Veja o site indicado a seguir para seu aprofundamento.

Experiências em Psicologia e Políticas Públicas: **Caderno do II Prêmio Margarete de Paiva Simões Ferreira**. Disponível em: <<http://www.crprj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/04/2o-premiomargarete.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.



Atenção

É importante que você perceba que neste modelo organizado pelo Ministério da Saúde o foco não é mais a doença em si, e sim a saúde como produção de vida, trazendo novas relações e maior fortalecimento do indivíduo como participante de seu lugar de convívio. Não falamos mais de uma relação de poder do profissional sobre “a doença” instalada no “paciente”, que só vai buscar ajuda. Agora falamos de Centros de Atenção à Saúde, onde pessoas devem receber “cuidados” e “atenção básica” ou mais específica, de acordo com a necessidade do caso.

Ou seja, esse usuário já traz sua experiência, sua vivência e suas capacidades, e recebe uma escuta que vai organizar com ele novas possibilidades de “existir”. O objetivo é que o ser que sofre se reorganize para reocupar seu espaço em suas inter-relações e produção social, ou seja, sua originalidade. É também um resgate de sua cidadania e melhora da qualidade de vida.



Lembre-se

As políticas públicas no Brasil são articuladas por um conjunto de leis que determinam o funcionamento do sistema. As mais importantes para o SUS são a Constituição Federal e as leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

Avançando na prática

Temos outra Situação-Problema para Resolver em Políticas Públicas:

Seu avô recebeu de seu médico uma receita e, quando foi até a farmácia, ficou abismado com o preço do medicamento. Como você pode ajudá-lo a conseguir esse remédio usando o que aprendeu em Políticas Públicas? Vamos pensar. Existem alguns programas dentro da Secretaria de Saúde que envolvem a distribuição gratuita de medicamentos, por meio do SUS. Mas, como fazer para se informar melhor?

Com a receita de seu avô na mão, você tem duas opções. Ou você vai pessoalmente a um CAPS próximo à região em que seu avô mora (lembra por quê? É o princípio da territorialidade, que pede a cada CAPS que atenda seus moradores regionais), ou você realiza uma pesquisa na Internet para descobrir o telefone de um CAPS.

Seu trabalho: buscar informações e fazer um roteiro de passos que seu avô terá que seguir para chegar à Farmácia de Alto Custo. Lembre-se de que seu estudo de PP pode ser muito útil. Então, aproveite e passe a informação conseguida para seu avô e para seu professor e colegas. Uma dica: procure pesquisar no site: <www.blog.saude.gov.br>. (Acesso em: 25 out. 2015).

Seu avô vai ficar muito contente com você e seu aprendizado. Bom trabalho!

Pratique mais	
Instrução Desafiamos você a praticar o que aprendeu transferindo seus conhecimentos para novas situações. Realize as atividades e depois as compare com as de seus colegas.	
"Saindo em campo"	
1. Competência fundamentos da área	Conhecer políticas públicas e programas sociais.
2. Objetivos de aprendizagem	Que o aluno saiba relacionar os princípios das PP com as demandas da sociedade para os serviços de Psicologia. Pesquisar e apresentar sugestões para a solução de problemas.
3. Conteúdos relacionados	As Políticas Públicas sobre Saúde no Brasil.
4. Descrição da SP	O professor determinou que você montasse uma entrevista que contivesse pelo menos três itens importantes como os princípios básicos do SUS, para verificar se esses princípios estão sendo cumpridos naquele serviço.

5. Resolução da SP

Você deveria montar um questionário com 5 perguntas e procurar algum atendente em um CAPS próximo à sua casa que as respondesse rapidamente. Você deveria anotar as respostas, analisá-las e fazer uma síntese. Poderia trocar com seus colegas de classe suas experiências. O objetivo é saber: qual é a equipe de trabalho, do quê esse Serviço tem maior carência, quais são os cuidados dessa Unidade, se os princípios do SUS estão sendo aplicados etc.



Lembre-se

É muito importante a conscientização dos profissionais e gestores dos serviços de saúde, além do incentivo à participação dos usuários.



Faça você mesmo

Vamos fazer uma pesquisa em sua rua ou com seus familiares e colegas sobre quais são as Políticas Públicas que eles utilizam em seu cotidiano, e pedir que pensem em propostas para melhorar esses serviços. Escreva um texto a partir dessa pesquisa, utilizando os conhecimentos até aqui adquiridos e faça um resumo crítico de pelo menos três ideias que julgue plausíveis de serem implantadas. Dê para seu professor analisar e, quem sabe, até enviar para algum político. Você poderá iniciar um bom trabalho nas Políticas Públicas.

Faça valer a pena

1. Como vimos logo no início de nosso autoestudo, podemos dizer que o panorama atual nas Faculdades de Psicologia em relação ao campo de trabalho junto às Políticas Públicas pode ser considerado como:

Escolha a alternativa correta.

- a) Um tema facilitador da aprendizagem.
- b) Um assunto muito difícil de entender.
- c) Normalmente insuficiente para as novas demandas de trabalho.
- d) Perigoso porque o psicólogo não deve ser político.
- e) Um dificultador da aprendizagem.

2. Estudando as Reformas do nosso Sistema de Saúde, vemos a importância das Políticas Públicas em todo o território nacional. Elas são definidas como:

- a) O que os políticos falam em época de eleições.
- b) Leis que regulam os serviços do Governo para o público.
- c) Normas para passar em Concurso Público.
- d) Leis que atrapalham o Governo.
- e) Aquilo que o povo fala em época de greves.

3. De acordo com os conceitos aprendidos, podemos dizer que Políticas Públicas estão presentes em muitos campos. Onde você localiza a presença de PP em sua vida?

- a) Em nenhum lugar, pois os Psicólogos e a Política não combinam.
- b) Só na faculdade, na matéria de Política Pública.
- c) No Transporte Público, no Posto de Saúde, nos Correios e no Recolhimento do Lixo.
- d) No consultório particular e no escritório de advocacia.
- e) Só na Repartição Pública.

Seção 1.2

O psicólogo atuando nas políticas públicas

Diálogo aberto

Olá, caro aluno! Estamos na segunda seção de nosso autoestudo. Aqui veremos o Psicólogo atuando nas Políticas Públicas: na Atenção Básica, Secundária e Terciária, e nas ONGs.

Lembre-se de que na seção anterior você estudou com Sandra: a Definição de Políticas Públicas, suas principais leis e seus princípios básicos na área da saúde.

Agora vamos estudar o que você e Sandra precisam conhecer sobre: o psicólogo atuando nas Políticas Públicas, na Atenção Básica, Secundária e Terciária, e nas ONGs.

Esta é a situação-problema desta seção: Sandra tem que compreender a distribuição de responsabilidades em cada equipamento de saúde, de acordo com a legislação. Além disso, tem que compreender o papel do psicólogo em cada um destes lugares do serviço público e em outras frentes de trabalho, como as ONGs.

Você lembra que na seção anterior vimos que temos hoje uma realidade na sociedade brasileira que interessa a nós Psicólogos? Sim, estou falando da defasagem entre a necessidade de novos profissionais trabalhando na Saúde Pública e os ensinamentos oferecidos aos Psicólogos em formação para exercer esses cargos. E nossa amiga Sandra, como anda? Você sabe o que ela tem feito junto às Políticas Públicas? Ela está estudando, é claro! Como sabe, Sandra decidiu prestar o Concurso Público para trabalhar na Área da Saúde. Quando foi fazer sua inscrição, descobriu a exigência do Edital sobre o conhecimento das funções que um Psicólogo pode exercer na Saúde Pública. Sandra percebeu que vai ter que se aprofundar nos estudos. Buscou mais ajuda nas aulas de Políticas Públicas, pois está muito decidida a passar nesse Concurso. Nosso trabalho será acompanhar Sandra na busca de informações sobre os temas do Edital do Concurso, a fim de prepará-la para uma boa classificação.

Não pode faltar

Quando pensamos em Saúde, logo pensamos em Psicologia Clínica, não é mesmo? Primeiro, é bom lembrar que o Psicólogo Clínico não trabalha só em consultórios particulares, mas também

em muitas áreas dentro da Saúde, como: centros de atendimento psiquiátrico, hospitais e os programas do SUS, nos quais também atua para prevenir doenças.

No caso de Sandra e o Concurso Público, ela só sabe quais são os temas do Edital, nada mais que isso. Então, vamos começar vendo as possibilidades de trabalho para o Psicólogo nessa Área da Saúde Pública, um dos temas desse Edital. Por falar em Saúde...

Você já deve ter ouvido falar da Psicologia Hospitalar. Sua atuação poderia ser incluída nos preceitos da Clínica, mas pede uma especialização. Na instituição hospitalar é possível realizar um trabalho de prevenção secundária e terciária.

Temos também a Psicologia da Saúde, que vem atuando na prevenção nos dois níveis de Atenção. A Psicologia Clínica sempre foi muito estudada, no entanto, nos dias de hoje, precisamos notar que a prática da psicoterapia individual, tida como o centro de nossa atividade profissional, nem sempre será a forma mais adequada para atender às demandas, que são diferentes. A formação dos estudantes também não os conscientiza sobre problemas que sofre grande parte de nossa população. Com suas condições precárias de vida, está sujeita a todos os tipos de males, enfim, vive onde quase tudo é deficitário, e ela também precisa de nós, Psicólogos.



Assimile

- É importante que você saiba que nossa profissão de Psicólogo só recebeu em 1997, do Conselho Nacional de Saúde, por sua Resolução nº 218, o reconhecimento como Profissional de Saúde de Nível Superior, assim como outros profissionais.
- É dessa resolução que derivam nossas obrigações como Profissional da Saúde.
- No Sistema SUS ainda aguardamos a oficialização dentro da Atenção Matricial, que é composta só por médicos e enfermeiros.

Você pode estar pensando que não é Assistente Social e sim Psicólogo. Só que a pessoa a quem irá atender e, claro, a quem você quer ajudar vive uma vida com todos esses fatores ao mesmo tempo, e seu estado psicológico é por eles afetado. Ninguém consegue deixar a barriga vazia em casa para vir fazer “terapia”. Ou, como em muitos casos, pessoas sentem vergonha de falar por não ter dentes na boca. Ou se envergonham de não saber escrever. Isso não faz parte só do “campo da assistência social”, mas sim da

Atenção ao indivíduo como um todo, inserido em sua realidade psico-física-sociocultural e até política.

Você percebe por que Sandra toda hora se lembrava das pessoas de sua família e vizinhança com problemas. Ela sabia que para ajudar realmente uma pessoa é preciso que essas variáveis de Sofrimento sejam todas consideradas e atendidas. Você deve estar pensando: mas como a Psicologia vai dar conta de tudo isso? Pois, é, não é uma tarefa fácil. Mas antes, no passado, tínhamos uma psicologia baseada em um modelo psicodinâmico, que era descontextualizado e desconectado das realidades macrosociais da Saúde no Brasil. Era uma atividade mais voltada para uma minoria.

Hoje já temos uma nova consciência como classe profissional (BOCK, 2003), com novos questionamentos, e transformações. O importante é que estamos menos alienados da realidade de nosso povo, com um olhar mais amplo, mais sanitarista e global para tentarmos ser agentes sociais de mudança. Então, surge a pergunta: Como deveríamos promover a formação desses psicólogos para atuar em PP? Oferecendo ao estudante conhecimentos teóricos e práticos sobre bases bio-sociopsicológicas da saúde/doença; técnicas para avaliar, assessorar e intervir na saúde; políticas públicas; trabalho multidisciplinar; ética e leis e metodologia de pesquisa.

Você já percebeu que o SUS é um espaço muito rico para o desenvolvimento de competências importantes para o profissional. Sua diversidade de demandas suscita a busca de práticas diferentes das tradicionais com ênfase na doença e psicopatologia, já que se baseia em um modelo assistencial e de equipe interdisciplinar. Voltando à dinâmica do SUS, você sabia que existe uma diferença entre os termos Atenção Básica e Atenção Primária?

A Atenção Básica trata de ações mais amplas dentro da Saúde Pública do País (BRASIL, 2013). Envolve a promoção e proteção da saúde, o diagnóstico, a reabilitação, o tratamento e a manutenção da saúde. Ela tem suas ações pautadas na prática da vigilância preconizada pelo SUS e orientada pela Estratégia de Saúde da Família. É chamada de porta de entrada no atendimento do SUS, sendo realizada através do CAPS. Esse primeiro atendimento é o que vai servir de referência para organizar os demais serviços na rede de atenção, orientando e encaminhando o usuário, quando necessitar, para outros serviços de atenção secundária ou terciária, como nos casos de saúde mental e suas ações cotidianas de tratamento. A Atenção Primária tem seu significado utilizado a nível internacional e de modo mais específico, sendo relativo a ações

de promoção e prevenção na saúde coletiva. Mas os dois termos podem ser sinônimos no Brasil, pois o primeiro estágio da Atenção trata da organização de todo o sistema e de suas ações integrais.

Hoje o psicólogo que trabalha no SUS se depara com outros problemas que não fazem parte da clínica, e sim das condições de vida do cidadão. Por isso, suas atividades psicoterápicas vão sendo adaptadas de acordo com a necessidade de seu público (CREPOP, 2008), utilizando outras modalidades, como terapia breve, de apoio, individual e grupal. Isso quer dizer que o profissional vai poder intervir e levar sua ajuda também àqueles sem condições de pagar por isso e em seu território.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2014) especifica que cabe aos profissionais da área da Saúde, em primeiro lugar, “realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética e bioética”, em nível individual e coletivo, podendo atuar na prevenção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial. Na prática, no nível de Atenção Primária, encontramos já há algum tempo o psicólogo atuando na equipe mínima, ou equipe matricial, no Sistema Penitenciário. É muito bom para a saúde pública que o psicólogo tenha sido integrado pelo SUS, pois, tendo como seu eixo norteador a integralidade do paciente-usuário e a interdisciplinaridade, faz crescer, com outros saberes, o exercício da cidadania.

Atenção Secundária é a parte da Rede de Atenção que cuida do atendimento mais especializado de casos crônicos ou de alto risco, chamados de média complexidade. O usuário recebe o diagnóstico com exames, tratamento terapêutico, odontológico, nutricionista, psicológico, de urgência e emergência, cirurgias, internações, tratamento ambulatorial com médicos especialistas e também sua medicação. Nessa instância de Atenção Secundária é que teremos o atendimento de saúde mental, quando necessário. Oferece ainda o tratamento de casos de doenças infectocontagiosas – AIDS, HIV, sífilis, cardiopatias, diabetes, hipertensão e outras. Ocorre nos NAPS/CAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial e CAPS), nas Equipes de Apoio em Saúde Mental e no NASF (Núcleo de Assistência à Família), setores que desenvolvem o Apoio Matricial e a atenção à Saúde Mental dentro da Atenção Básica. A atenção secundária também obedece à diretriz de territorialidade, como referência no atendimento de todo o Município.

Você sabia que alguns serviços de atenção secundária podem ser contratados ou conveniados? Nesses casos eles são chamados de terceirizados, assim como serviços pactuados com outros municípios quando o Governo não conta com o serviço necessitado em sua Rede Pública.

Para facilitar essas transições entre os serviços de Atenção em seus níveis primário, secundário e terciário, o SUS mantém um cadastro chamado SISREG - Sistema Nacional de Regulação, que mantém as informações completas do usuário e de seu processo de atendimento – seu prontuário eletrônico, assim como uma agenda também informatizada. Ao paciente que necessitar de transporte para outras unidades do SAMU será disponibilizada uma ambulância do UPAS.

O trabalho do Psicólogo no Nível Secundário de Atenção se dá de várias formas: no atendimento e promoção do usuário, na prevenção, no diagnóstico, no tratamento, na reabilitação, na orientação de sua família e na coordenação de práticas em parceria com os demais especialistas da Unidade.

Sandra, e acredito que você também, ficou impressionada com tantas coisas novas nas PP.

“E o que é Atenção Terciária?”, perguntaram Sandra e seus colegas. Como vimos, à atenção primária cabe resolver a maioria dos problemas da saúde da população, e também cabe a ela encaminhar o usuário que necessite de grau de atenção de maior complexidade para o nível secundário, com técnicos especializados e maiores recursos diagnósticos. E, nos casos ainda mais complexos, o usuário será encaminhado para o Terceiro Nível, ou Atenção Terciária. Os principais atendimentos nessa área de Atenção são os procedimentos cirúrgicos em geral e o atendimento a portadores de doenças crônicas.

É nesse nível que são atendidos os pacientes com crises de saúde mental, e, em casos de emergência, esse nível poderá ser considerado a porta de entrada no SUS, sem necessidade de contato prévio com a equipe de profissionais para ser atendido. Isso quer dizer que a família poderá levar o paciente direto a esses locais durante uma crise, onde encontrará médico psiquiatra e a medicação para o caso. Após o atendimento de emergência, essa equipe passará o relato para a Equipe de Saúde da Família, a fim de organizar os demais serviços. Também temos os tratamentos quimioterápicos, radioterapia, medicina nuclear, terapia renal substitutiva, o processo transexualizador em todas as suas etapas, atenção à gestante de alto risco, atenção ao paciente grave, neurologia, cardiologia e outros, como colocação de prótese e órtese. Esse nível é integrado por CAPS III, Hospitais e Ambulatórios, para os casos que necessitem de alta tecnologia e de alto custo. Sua atuação se estende geograficamente à Macrorregião, pelo grau de investimento físico-técnico e por possuir profissional especializado e serviço mais sofisticado.

Por causa da exigência de maiores capacitações e treinamentos

(CREPOP, 2008), para trabalhar na Atenção Terciária o Psicólogo deve possuir outro nível de especialização, como é o caso da Psicologia Hospitalar.



Refleta

- Você se sente atraído a desenvolver um trabalho como Psicólogo em um Hospital? Levando em conta as informações que recebeu em seu autoestudo até aqui, reflita sobre suas características de personalidade e o perfil que o Profissional deve ter para atuar em hospitais, ser feliz e ser competente para atender seus “pacientes-clientes-usuários”. Afinal, é para isso que você estuda.

A Psicologia Clínica tem sua aplicação no setor de Atenção III com muitas ações importantes, como atendimento psicoterapêutico, grupos terapêuticos, grupos de profilaxia, psicodiagnóstico, psicomotricidade para o paciente hospitalar e muitas outras, como fazer pesquisas científicas. O Psicólogo da Saúde também pode atuar nesse nível de atenção, trabalhando na área clínica, na pesquisa e na programação, e entre outras funções pode dialogar com a comunidade, muitas vezes representada pela família.

O Trabalho em Unidades de Terapia Intensiva é muito importante para a ação do Psicólogo. Essa função pede ao profissional uma assistência integral ao paciente hospitalizado, além do controle dos sintomas prejudiciais e hábitos de risco, ou seja, a promoção da saúde. Além disso, todos os integrantes da Equipe Multidisciplinar poderão desenvolver juntos um trabalho de alta qualidade, propiciando ao usuário uma qualidade de vida melhor.



Atenção

Atenção Básica: É o primeiro atendimento, que vai servir de referência para organizar os demais serviços. Também é chamada de Atenção Primária e se dá nos CAPS.

Atenção Secundária: É onde ocorre o atendimento do usuário em internações e cirurgias, com situações de emergências e urgências, além do atendimento de casos crônicos, doenças infectocontagiosas, casos de alcoolismo e drogas, entre outros. Ela se dá nos CAPS-AD, NAPS/CAPS, NASF e Equipes de Apoio em Saúde Mental.

Atenção Terciária: É para onde são encaminhados os casos de maior gravidade e alto risco, ou alta complexidade. Engloba próteses e órteses, crises de pânico de Doença Mental, tratamento de quimioterapia, radiologia, casos de emergência e de necessidade de alta tecnologia. Ela se dá nos CAPS III, Hospitais e Ambulatórios.

E o Trabalho em ONGs, como é feito? Como vimos antes, a sociedade está mais voltada em nossos dias para o compromisso social, e a Psicologia caminha com ela na busca de novos horizontes de atuação. Com as novas Políticas Públicas voltadas para a Assistência Social abriram-se mais desafios para o Psicólogo. O Terceiro Setor é formado por ONGs – Organizações Não Governamentais, OSCIPs – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, Entidades Filantrópicas, Organizações sem fins lucrativos e Organizações paraestatais de modo geral, que atuam em parcerias com o Governo. Mas por que é chamado de Terceiro Setor? Porque o Primeiro Setor é o Estatal, e o Segundo é o Privado. Então, o Terceiro Setor é formado pelas empresas ou organizações privadas da sociedade que buscam a produção de bens públicos, que são de interesse público. Elas trabalham com a assistência social, atividades de lazer, profissionalização, ações de conscientização, educação sexual, esporte, cultura, meio ambiente e muitas outras ações. Temos aí, além das ONGs, os institutos, as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), as associações profissionais, as fundações, as entidades de classe, dentre outros. Enfim, são entidades que atuam em diferentes áreas sociais. Também vemos nesse Setor as entidades paraestatais ou de cooperação, ou seja, elas não estão na administração pública, mas trabalham com o Estado desempenhando atividades para o benefício do público. São os conhecidos serviços sociais autônomos, tais como o SENAI, o SESC, o SESI, etc.

É necessário ao profissional buscar se reinventar para atender as peculiaridades e diferentes demandas desse novo campo de atuação, que engloba desde a organização da ONG até o atendimento psicoterápico individual ou em grupo, a coordenação de diversas práticas socioeducativas, a supervisão dos membros em sua atuação política e outras tarefas afins. Esse é um campo novo e muito promissor no país.



Pesquise mais

O psicólogo que trabalha no SUS se depara com outros problemas que não fazem parte da clínica, mas dizem respeito às condições de vida do cidadão. Leia mais em:

BOCK, Ana Maria B. **Psicologia e o compromisso social**. São Paulo: Cortez, 2003.

É sempre bom estudar mais. Então, aqui vai outra dica para seu estudo: ZURBA, Magda do Canto (Org.). **Psicologia e Saúde Coletiva**. Florianópolis: Tribo da Ilha, 2012. Disponível em: <http://psicologia.paginas.ufsc.br/files/2012/06/Miolo_Psicologia-e-Saude.pdf>. Acesso em: 6 out. 2015.



Pesquise mais

Neste artigo você vai encontrar uma reflexão sobre como evoluiu a Psicologia em nossa história, e por consequência como foi construída nossa identidade profissional. Vale a pena ler! FIGUEIREDO, Luís Claudio M.; DE SANTI, Pedro Luiz R. **Psicologias uma (nova) introdução**: uma visão da psicologia como ciência. São Paulo: EDU, 2009.



Exemplificando

Vamos ver alguns Exemplos Práticos de Atuação do Psicólogo na Saúde. Como Psicóloga do SUS, Sandra pode:

- Fazer Grupos de Psicoprofilaxia para, por exemplo, prevenir agravantes de doenças, e levá-los para todos os níveis de atenção.
- Trabalhar com Gestantes, preparando-as psicologicamente para tornar o seu parto natural indolor.
- Trabalhar nos Centros de Nefrologia, conforme você viu na Webaula.



Faça você mesmo

Então, vamos estruturar juntos o passo a passo de um bom Programa de Estudo?

- Escreva o Título da Matéria Requerida e os subtítulos. Relacione as palavras-chave destacando os principais assuntos que você vai ter que conhecer. E, juntamente com os temas, faça pesquisas na Internet ou na Biblioteca, e salve o material.
- Leia tudo atentamente e formule questões sobre este conteúdo. Essa é uma boa forma de memorizar as respostas. Faça um esquema em uma figura na qual o tema principal esteja colocado no alto da folha e os subitens estejam ligados a ele. Desse modo fica visualmente mais fácil de perceber as ligações e o conjunto de ideias. Bom resumo!

Sem medo de errar

Agora, vamos focar a Situação-Problema de nossa amiga Sandra.

Ela precisava entender os tipos de atendimento do SUS e as frentes de trabalho do psicólogo no serviço público e nas ONGs.

Vimos na seção 'Não pode faltar' que existem três níveis de atendimento no SUS, que comportam o atendimento primário, secundário e terciário. Reveja a atribuição de cada um destes níveis e a atuação do psicólogo em cada um deles.

Além disso, mesmo fora do serviço público stricto sensu, existem outros campos de trabalho bem interessantes para o psicólogo,

como as Organizações Não Governamentais e as OSCIP, que normalmente atuam de maneira complementar ao Estado.

Estas são as ideias principais que Sandra precisa compreender para prestar seu concurso.

Além destes tópicos, já presentes neste LD, é possível buscar conhecimento e exemplos em outras fontes, como professores, sites de concursos, outros livros etc.



Atenção

O trabalho das ONGs é muitas vezes complementar à ação do Estado e pode ser um interessante campo de atuação para o psicólogo.



Lembre-se

O Psicólogo deve aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem oferecidas pelo Conselho Federal de Psicologia para aprofundar-se nas novas práticas dentro dos programas do SUS.

Avançando na prática

Pratique mais

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois as compare com as de seus colegas.

“Conheça os serviços oferecidos em sua região”

1. Competência fundamentos da área	Conhecer Políticas Públicas e Programas Sociais.
2. Objetivos de aprendizagem	Que o aluno saiba realizar pesquisas na Área da Saúde Pública e descobrir novas demandas de Trabalho para o Psicólogo.
3. Conteúdos relacionados	A Saúde Pública no Brasil, o Psicólogo Atuando dentro das PP, Trabalho na Atenção Primária, Secundária e Terciária e nas ONGs.
4. Descrição da SP	Seu trabalho será pesquisar quais são os Locais em sua região de moradia em que funcionam os Serviços de Atenção Secundária e Atenção Terciária. Você pode escolher uma localização que seja mais próxima a você.
5. Resolução da SP	Escolha pela Internet a Unidade de Assistência Secundária ou Terciária que esteja mais próxima de sua região e inicie sua pesquisa.

Você pode buscar as informações também por telefone, identificando-se como um aluno da disciplina de Políticas Públicas. Em seguida, imprima as informações de modo que possam ajudar a todos, até seus familiares e vizinhos.
--



Lembre-se

A profissão foi regulamentada pela Lei nº 4.119, em 27 de agosto de 1962, e pelo Decreto nº 53.464, de 21 de janeiro de 1964. Seguem suas diretrizes: São seus direitos: utilizar métodos e técnicas psicológicas, de forma privada, para Diagnóstico Psicológico; Orientação Psicopedagógica; Orientação e Seleção Profissional e Solução de Problemas de Ajustamento. São deveres do Psicólogo: zelar pela ética da profissão em sua atuação particular e zelar também pela atuação de seus pares, denunciando as irregularidades, pois pode ser penalizado como conivente com os erros desses colegas.



Faça você mesmo

Tenho uma sugestão para você conhecer mais da Saúde Pública. Trata-se da Fundação Oswaldo Cruz. Você deve aproveitar os temas de nosso autoestudo e organizar um arquivo eletrônico, ou mesmo escrito à mão, sobre os assuntos que podem ser acessados nesse excelente patrimônio cultural de nosso País. Os assuntos englobam a História do Brasil na saúde pública e sua evolução política na Implantação, Artigos sobre as práticas dentro das diferentes Instituições, Pesquisas de novos tratamentos utilizados no SUS, vídeos etc.

Guarde esse material e comece a formar o seu Banco de Dados para estudar. Além disso, você poderá conhecer os cursos de pós-graduação oferecidos pela Fundação para você. Pesquise mais sobre a Fiocruz:

Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde>>. Acesso em: 8 out. 2015.

Faça valer a pena

1. No SUS – Sistema Único de Saúde é usado o termo “Atenção” para designar as ações de assistência ao Usuário nos Postos de Atendimento, como CAPS, UPAS e outros locais. Esses atendimentos podem ser classificados como Básico ou Primário, Secundário e Terciário.

Qual é a diferença entre o Atendimento Básico e o Atendimento Primário?

a) O Primário é para quem não tem instrução, e o básico é para estudantes.

b) Nenhuma, porque no Brasil o Atendimento Básico também é chamado de Primário, por ser o primeiro nível de atenção a ser oferecido no CAPS.

- c) O Atendimento Básico só é feito na Base Comunitária, e o Primário, não.
- d) O Atendimento Primário vem primeiro, e depois vem o Básico para o usuário.
- e) O Atendimento Básico nunca é feito junto com o Primário.

2. A classificação de Atenção Secundária é dada para os lugares que oferecem uma atenção mais elaborada, ou de média complexidade. É voltada para usuários com problemas crônicos, como Câncer, AIDS, Cardiopatias, Hipertensão, Diabetes e outros.

Onde é feita a prestação da Atenção Secundária?

- a) No segundo Posto de Atendimento.
- b) Nas Equipes de Apoio em Saúde Mental, no NASF - Núcleo de Assistência à Família, nos NAPS/CAPS e nos CAPS AD.
- c) Nos Hospitais Superequipados.
- d) Nos CAPS normais sem nenhuma especialidade.
- e) Nos Centros de Estudos Secundários.

3. As ONGs são Organizações não Governamentais que podem atuar também na Área da Saúde, em parceria com governos e outros. Algumas atendem à população em setores que carecem de atenção. Os governos podem subsidiar a Instituição, assim como elas podem, às vezes, receber ajuda de outras fontes.

Por que as ONGs são chamadas de Terceiro Setor?

- a) Porque elas estão em terceiro lugar na Economia.
- b) Porque não são tão importantes para a sociedade.
- c) Porque o Estado é chamado de Primeiro Setor, a iniciativa privada de Segundo Setor e as ONGs e afins se encaixam no Terceiro Setor.
- d) Porque fazem um trabalho terceirizado.
- e) Porque seus trabalhos não são confiáveis.

Seção 1.3

CREPOP - centro de referência técnica em psicologia e políticas públicas

Diálogo aberto

Como você sabe, temos acompanhado nossa amiga Sandra, que está estudando muito para ter uma formação melhor e conseguir estar preparada para uma boa colocação profissional. Sandra, com os problemas de sua família e de sua vizinhança na cabeça, vai estagiar no Posto de Saúde para adquirir mais experiência profissional e se familiarizar com suas práticas e concepções de atendimento, além de estudar sobre como trabalhar com Assistência Social no Setor Público.

Na Seção 1.1 já iniciamos nosso percurso no território das Políticas Públicas dentro da Saúde. Na Seção 1.2 estudamos o funcionamento do SUS e seus instrumentos de Atuação. E agora, nesta Seção 1.3, vamos com Sandra conhecer o CREPOP - Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. Este órgão foi criado pelo CFP - Conselho Federal de Psicologia para orientar os profissionais com Normas e Metas de trabalho dentro das Políticas Públicas. Também estudaremos sobre sua origem, objetivos e diretrizes básicas, além de sua relação com o SUAS - Sistema Único de Assistência Social e o CRAS.

Nossa Situação-Problema consiste em ajudar Sandra a: pesquisar informações sobre os serviços dentro do SUS estudados através do CREPOP, seus objetivos e diretrizes básicas, e sua integração com o CRAS e o SUAS. Assim, Sandra e você terão acesso a muitas informações úteis sobre o CREPOP e seu trabalho.

Não pode faltar

Vamos caminhar retomando a evolução das conquistas sociais na área da Saúde, acompanhando as iniciativas do Conselho Federal de Psicologia a cada passo. Mas antes é bom lembrar do que afirma Medeiros:



Operamos com a ideia de que saúde não é um objeto que encontramos através dos tempos, independentemente da relação que se tem com ele e do modo como é acessado. Estamos falando de algo que está perenemente sendo forjado: as regras, as ações. [...] A Psicologia, ao tornar-se parte do dispositivo da saúde, cria ou recrudescer certos modos de viver, forjando subjetividades (MEDEIROS, 2005).

A partir de 1979, como já vimos, tivemos no Brasil o fortalecimento das Políticas Públicas na Área da Saúde e Social. Na década de 1980, com essas mesmas políticas e com a criação do SUS, surge a necessidade de maior inserção de psicólogos nesses novos serviços, principalmente na Área da Saúde Pública. O CFP - Conselho Federal de Psicologia começou a pesquisar e a ouvir os profissionais que trabalhavam na área pública, registrando suas dificuldades, as características desse novo campo de atuação etc., e passou a promover, então, Seminários Nacionais de Psicologia e Políticas Públicas, para debater o assunto. Com o resultado, pôde mostrar ao Estado como o trabalho do Psicólogo era importante em vários setores nos quais ele ainda não estava presente ou atuante.

Assim nasceu o BSS - Banco Social de Serviços, com projetos e contribuições da Psicologia dentro de Ministérios e Secretarias Estaduais. Em 2004, tivemos o V Congresso Nacional de Psicologia, que criou o CREPOP - Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP, 2004). Esse Centro foi estruturado em Rede Nacional, com sede no Conselho Federal de Psicologia e com Unidades formadas por psicólogo conselheiro e técnico, para estar presente em todos os Estados. Ele auxilia também a inclusão do psicólogo em novas áreas.



Assimile

O CREPOP tem o objetivo de manter diálogo com os profissionais que atuam nas Políticas Públicas em todo o território nacional. Para isso ele conta com o Programa de Pesquisa Permanente em Políticas Públicas, possibilitando assim a presença contínua do CFP e a busca de novas áreas de trabalho para o Psicólogo.

OBJETIVOS DO CREPOP:

Segundo documento do próprio CREPOP (2013):

[Sua] ideia fundamental é produzir informação qualificada para que o Sistema de Conselhos possa implementar novas propostas de articulação política visando maior reflexão e elaboração de políticas públicas que valorizem o cidadão enquanto sujeito de direitos, além de orientar a categoria sobre os princípios éticos e democráticos para cada política pública.



Resumindo, seu objetivo geral consiste em “sistematizar e difundir conhecimento sobre a interface entre práticas psicológicas e políticas públicas”. Esse objetivo é realizado através da produção de pesquisas qualitativas disponibilizadas ao psicólogo, servindo como referências técnicas para seu trabalho, e ao público em geral.

DIRETRIZ BÁSICA DO CREPOP:

O conjunto de suas ações tem a diretriz básica de Investigação Permanente em Psicologia e Políticas Públicas, que consiste em pesquisar nacionalmente o fazer do psicólogo, diante das especificidades regionais (CREPOP, 2013).

Outra meta importante é a expansão da Psicologia na esfera pública, buscando reconhecer as áreas em que o profissional pode prestar serviço e ainda não está inserido, ou mesmo áreas nas quais ele já atua, mas de forma insuficiente ou sem reconhecimento pelo Governo. Todos os processos de inserção dos trabalhos da Psicologia em qualquer área da sociedade têm a premissa de contribuir para a ampliação do compromisso social e garantia dos Direitos Humanos.

A escolha das áreas de pesquisas obedece a critérios “como tradição na Psicologia, abrangência territorial, existência de marcos lógicos e legais e o caráter social ou emergencial dos serviços prestados” (CREPOP, 2013).

Resumindo, os objetivos específicos do CREPOP são:

- Pesquisar as práticas do psicólogo dentro das Políticas Públicas.
- Divulgar para todo o Brasil o resultado dessas pesquisas.
- Construir e disponibilizar referências técnicas para outros profissionais.
- Contribuir na humanização do atendimento com suas dimensões subjetivas.

- Atentar para as oportunidades de Atuação que podem surgir e ir à busca delas.
- Manter espaço de interlocução com a formulação, gestão e execução dessas PP.



Pesquise mais

Neste *site* você encontrará um bom artigo sobre a atuação do Psicólogo no SUS como gestor: **Senhoras e senhores gestores da Saúde, Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS**. Organização: CFP. Colaboradores: MAIA, A. H. N.; TONDIN, C. F.; CILIBERTI, M. E.; BARROS, M. N. S. Brasília, 2011. Disponível em: <www.pol.org.br>. Acesso em: 14 out. 2015.

METODOLOGIA DA PESQUISA DO CREPOP:

Segundo informações do CREPOP (2013), sua pesquisa é dividida em três momentos:

- 1- Levantamento de Campo delimitando a área de investigação.
- 2- Investigação da Prática aplicando, em todos os Regionais, os instrumentos definidos como necessários para a investigação nacional.
- 3- Produção de Referência elaborando referências técnicas, específicas para cada área investigada.

O processo investigativo da Rede CREPOP implica na construção e atualização de um banco de dados para comportar informações referenciadas, inclusive geograficamente, sobre profissionais de Psicologia, legislações, documentos, programas e entidades que desenvolvem ações no campo das Políticas Públicas. Faz parte da metodologia a participação voluntária, tanto na etapa dos questionários quanto na etapa dos grupos.

Os Psicólogos são orientados para elaborar, planejar e executar as PP (CREPOP, 2012) em áreas como: Saúde, Educação, Assistência Social, Idoso, Criança e Adolescente, dentre outras. O CREPOP já regulamentou a área de atuação do Psicólogo, dando-lhe referências para orientar seu trabalho em: Segurança Pública, Diversidade Sexual e Cidadania LGBT, Atenção à Mulher sob Violência, Sistema e Serviço de Atenção à Saúde, Políticas de Educação Básica, Psicologia Jurídica – Varas de Família, Programa Nacional de DST/AIDS Básica, Sistema Prisional, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Sistema Único de Assistência Social (SUAS), dentre outros. O CFP, para conseguir a produção desse material de consulta e orientação, foi buscar subsídios comunicando-se com vários profissionais e gestores atuantes e protagonistas da profissão.

A construção desses documentos do CREPOP é feita sob a forma de consulta pública, com várias maneiras de coleta de informações: questionários online, seminários, entrevistas etc., dando assim a todos a oportunidade de participar como protagonistas de sua formação, acrescentando em suas experiências e saberes. Essa atitude tem como consequência a melhor capacitação de nosso profissional. Você também não gostaria de produzir algo importante nas Políticas Públicas?

Você e qualquer pessoa podem contribuir para somar boas ideias às pesquisas do CREPOP. Pesquise mais sobre o assunto no *site* do CREPOP. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/novo/2192_marcos-logicos-e-legais-em-pdf>. Acesso em: 10 out. 2015.

INTERAÇÃO DO CREPOP COM O SUAS - CRAS:

“Vocês sabem o que significa SUAS?”, perguntou o professor Carlos à classe de Sandra. SUAS é a sigla para Sistema Único de Assistência Social. Corresponde, na área da Assistência Social Pública, ao SUS na Área da Saúde. Portanto, o SUAS é o Sistema que regula e orienta os órgãos da Assistência Social, como o CRAS. “E o que é CRAS?”, perguntou Sandra. CRAS é a Sigla de Centro de Referência em Assistência Social.

Todas as ações do CREPOP têm o objetivo de estabelecer procedimentos e auxiliar os Psicólogos a atuarem junto às PP, portanto, o CREPOP também fornece ao Psicólogo material para consulta e diretrizes a seguir em seu trabalho junto à Área da Assistência Social. Isso é bom, mas ainda há muito a ser feito na luta para que nossos profissionais possam participar da criação de Políticas mais eficazes em outras áreas, como na Educação, por exemplo. Nosso Conselho continua abrindo espaços de discussão para novas propostas nesse campo.



Refleta

- Você já tinha pensado em como o conhecimento da Psicologia pode ser uma ferramenta eficaz para abrir horizontes e fomentar a melhoria de vida dos mais carentes de nosso povo e de todos nós?

Voltando ao CRAS, lembre-se de que é muito importante que as práticas dos Psicólogos estejam voltadas para a promoção da transformação social (CREPOP/CREAS, 2013), sempre com o olhar na ética e na emancipação do homem. Isso faz toda a diferença!

Sandra começou novamente a pensar naquelas pessoas tão carentes que sempre vê na rua, escondidas pelos cantos como animais indefesos à espera de alguém que se digne a olhar para seus corpos “invisíveis” e dar-lhes alguma migalha de suas “moedinhas”, se possível sem encará-los. Pensava se como psicóloga poderia fazer algo mais que isso. A condição de vulnerabilidade social de grande parte de nossa população também pode ser alterada por ação dos profissionais da Psicologia. Atuando no CRAS/SUAS, o Psicólogo deve ter como objetivo fortalecer os recursos subjetivos dessas pessoas tão carentes, e, com informações e ações, ajudá-los a sair da vulnerabilidade em que se encontram. “Nada fácil!”, pensou Sandra, “Mas como seria bom ajudar ao menos uma pessoa com seu trabalho!”.



Vocabulário

CREPOP – Centro de Referência Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas.

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social.

SUAS – Sistema Único de Assistência Social.

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social.

PNAS – Política Nacional de Assistência Social.

NOB – Normas Operacionais Básicas.

Foi a partir da Constituição de 1988 que o Brasil vislumbrou uma evolução da Assistência Social, articulada com a Previdência Social e a Saúde, gerando o Sistema Brasileiro de Seguridade Social. No ano de 1993, com as Leis Orgânicas de Assistência Social, chamadas de LOAS, a Assistência Social constituiu-se como Política Pública, garantindo os direitos daquela parte da população mais vulnerável. Essa Política voltada para a Assistência Social foi alterada a partir das decisões da IV Conferência Nacional de Assistência Social, em 2003, que junto com as LOAS (1993) de nº 12.435 e nº 12.470 aprovaram a implementação do SUAS – Sistema Único de Assistência Social. Houve no Brasil uma grande mudança com a garantia de direitos sociais para a população.



Pesquise mais

Lembre-se de nossa história: Palestra Magna do Dr. Marcus Vinicius de Oliveira Silva, um dos criadores do CREPOP e Vice-Presidente do CFP. CREPOP. História, avanços e desafios da psicologia nas PP. Partes 1 e 2 - CRP-14 MS. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=Le4uLXLj4xk>>. Acesso em: 14 out. 2015.

A Assistência Social deixa o caráter anterior de órgão que atua em benevolência de alguns, dependente da bondade e caridade de outros, para transformar-se em um direito do cidadão e responsabilidade do Estado.

Surgiram, então, vários programas governamentais (alguns até eleitoreiros) tendo a Assistência Social como tema de sustentação. Como exemplo, temos o programa “Bolsa Família”, que oferece um benefício financeiro à família de baixíssima renda, que, por sua vez, deve seguir algumas “condicionalidades”, como vacinar suas crianças e mantê-las na escola. Caso essas exigências não sejam cumpridas, o benefício é cortado ou suspenso até que a família retorne às condições necessárias.

A partir de então, em 2004, instituiu-se no Brasil a PNAS – Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004), contendo as bases da estruturação do SUAS – Sistema Único de Assistência Social. Já em 2005, o Governo legislou sobre seu financiamento e gestão, ocasião em que a PNAS passou a ser operacionalizada pelo Sistema Único de Assistência Social. Tivemos em 2006 a NOB/RH - Norma Operacional Básica. Em 2009, criou-se a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, e, mais tarde, em 2012, a nova NOB/SUAS.



Exemplificando

Na Vara de Família o psicólogo é chamado para assistir a uma das partes envolvidas em um conflito e dar seu parecer diagnóstico sobre os envolvidos, como no caso de pais que ao se separarem brigam pela guarda do filho, acusando um ao outro de maus tratos à criança. Cabe ao psicólogo analisar com cuidado a situação real em que vive essa criança, como ela sente a figura do pai e da mãe em sua subjetividade e também a atitude e os sentimentos de cada um deles pelo o filho. Daí decorrerá a produção de um Laudo de Perícia Psicológica, que será entregue ao Juiz da Vara de Família, e a orientação aos pais e à criança – o ser mais frágil nessa situação. Todo o detalhamento do passo a passo desse caminho, como as técnicas de diagnóstico a serem utilizadas e a formatação desse Laudo, pode ser encontrado nas Referências Técnicas para a Prática de Psicólogos, no site do CREPOP.

É o CREPOP que nos auxilia a definir a forma do Psicólogo interagir com o SUAS e o CRAS.

Você percebeu que dessa interação depende a qualidade de vida de nosso povo (e também a nossa)? Agora você percebe como a Assistência Social pode interagir com a Psicologia, sem que um profissional invada o Campo de Trabalho do outro (CREPOP, 2008)?



Faça você mesmo

Como estamos estudando a ação do CREPOP como mediador das ações do Psicólogo nas PP, você vai realizar uma nova pesquisa para saber em que outras áreas e em que campos de atuação já foram referenciados nossos trabalhos. Faça um resumo com esses tópicos.

O que queremos é uma Psicologia que também atue na transformação social, focando não só a subjetividade dos oprimidos, mas também suas necessidades, objetivos, potencialidades e experiências. Isso significa favorecer o desenvolvimento de sua autonomia e cidadania, buscando a compreensão de seus processos e recursos psicossociais (MDS/SUAS, 2013).

Temos novidades: o CFP melhorou em 2014 a orientação do Psicólogo que atua junto à Assistência Social, criando a CONPAS - Comissão Nacional de Psicologia na Assistência Social. Em seu site, o psicólogo encontra notícias sobre Atividades, Seminários, Cursos, Publicações e Leis associadas à Assistência Social e à Psicologia.

Sem medo de errar

Vamos agora ajudar Sandra a resolver seu problema. Aproveite para rever seus estudos sobre os serviços dentro do SUS através do CREPOP, seus objetivos, diretrizes básicas e interação com o CRAS e o SUAS. Formate um resumo desse estudo para guardar.

Desde a Constituição de 1988 a Assistência Social é articulada com a Previdência Social e a Saúde, gerando o Sistema Brasileiro de Seguridade Social. A partir de 1993 as LOAS garantiram direitos à parcela mais vulnerável da população, e, a partir de 2003, foi implantado o SUAS – Sistema Único de Assistência Social.

Com estas mudanças a Assistência Social abandona o caráter de ato de benevolência para transformar-se em um direito do cidadão e responsabilidade do Estado.

Surgiram, então, vários programas governamentais, como o Bolsa Família, o PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil), o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e outros. Tivemos também novos programas em outras áreas, como educação, agricultura, trabalho etc.

Dentro do trabalho do SUAS encontramos muitas situações que envolvem outros setores, como a Vara de Família, em que

são resolvidos judicialmente casos com uma complexidade maior, encaminhados pelos CREAS, Fundação Casa etc. Pesquise no LD estes e outros casos e verifique se realmente compreendeu a evolução dos serviços prestados ao longo do tempo.



Lembre-se

As ações do CREPOP têm o objetivo de auxiliar os Psicólogos em seus procedimentos junto às Políticas Públicas. Portanto, o CREPOP fornece ao Psicólogo material para consulta e diretrizes para ação junto à Assistência Social.



Atenção

A criação do CREPOP ampliou as contribuições de novas experiências e pesquisas, uma vez que o Centro aceita propostas de novos trabalhos dentro das Políticas Públicas.

Avançando na prática

Pratique mais

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar em seu trabalho. Realize as atividades e depois as compare com as de seus colegas.

“Em situação de risco”

1. Competência fundamentos da área	Conhecer e atuar em políticas públicas e programas de saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	Saber pesquisar, identificar e selecionar conteúdos específicos e instrumentalizar sua divulgação.
3. Conteúdos relacionados	CREPOP e CRAS/SUAS: pesquise mais sobre esses temas.
4. Descrição da SP	Muitos de nós não sabemos a quem chamar especificamente quando, na rua, precisamos dar ajuda em uma situação de risco. Pesquise e elabore uma tabela/cartão com os telefones importantes para o cidadão em situações de emergência.
5. Resolução da SP	Pesquise nos serviços oferecidos à população na Assistência Social e Saúde os mais relevantes para situações de emergência. Não se esqueça de pesquisar os serviços públicos mais próximos à sua região. Com o tamanho de um cartão de visitas, imprima e distribua esse material. Pesquise em: < http://www.guiadedireitos.org/ >. (Acesso em: 15 out. 2015).



Lembre-se

O CFP orienta o Psicólogo que atua junto à Assistência Social criando em 2014 a CONPAS: Comissão Nacional de Psicologia na Assistência Social. Vale a pena saber mais sobre o assunto. Disponível em: <<http://conpas.cfp.org.br/>>. Acesso em: 8 out. 2015.



Faça você mesmo

Para conhecer melhor a forma de atuação do CREPOP, você vai pesquisar quais são os instrumentos que ele usa para construir seu corpo de informações através das coletas de dados junto aos profissionais. Em seu site você encontrará subsídios e exemplos para iniciar sua pesquisa sobre as entrevistas com profissionais e formação de Seminários e Questionários online. Pesquise os detalhes interessantes desse trabalho e sua destinação, apontando como ele é disponibilizado ao Psicólogo e ao Público.

Faça valer a pena

1. O CREPOP – Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas, foi criado pelo Conselho Federal de Psicologia em 2004, e passou a dar continuidade ao Banco Social de Serviços.

Com que objetivo principal o CREPOP foi criado?

- a) Porque esse Banco não tinha dinheiro.
- b) Porque não se sabia nada sobre as Políticas Públicas.
- c) Para servir de agente com o Banco Social.
- d) Para conhecer, refletir e embasar a relação entre Psicologia e Políticas Públicas.
- e) O Conselho Federal achou melhor acabar com esse Banco que só dava prejuízo.

2. O CREPOP foi estruturado a nível nacional, com sua Sede no Conselho Federal de Psicologia, e distribuiu Unidades Estaduais por todo o Brasil.

Para que foram criadas essas Unidades Estaduais?

- a) Para usar o Patrimônio do Estado.
- b) Para manter com cada Estado a comunicação presente e constante, e o intercâmbio com os Conselhos Estaduais.
- c) Para aumentar o campo de trabalho do Psicólogo.
- d) Porque ficava difícil falar com Brasília.
- e) Porque esses conselhos facilitam mais as coisas do que o Conselho Federal.

3. Uma das três Diretrizes Básicas do CREPOP é a Pesquisa Permanente em Políticas Públicas, que fala sobre a necessidade de o Profissional de Psicologia manter-se sempre atualizado e informado em seu campo de atuação.

Quais são as outras duas diretrizes básicas do CREPOP?

- a) Recurso de Gestão e Investigação da Prática Profissional.
- b) Unidades Estaduais e Investigação da Prática Profissional.
- c) Campo de Trabalho e Pesquisa Permanente.
- d) Informação e Trabalho do Psicólogo.
- e) Banco Social e Políticas Públicas.

Seção 1.4

A atuação do psicólogo junto ao C.R.A.S.-S.U.A.S.

Diálogo aberto

Estudamos que existe uma visível defasagem entre a formação de profissionais de Psicologia e as novas demandas das Políticas Públicas e do Terceiro Setor. Acompanhamos Sandra, um exemplo personificado desse fato. Finalmente, depois de dois meses, o dia do Exame chegou. Nesse momento Sandra já estava bem mais preparada e até com mais prática, proporcionada pelo Estágio no CAPS. “Ai, que medo!”, pensava Sandra quando foi publicado o resultado do Concurso da Prefeitura, já que ela ia finalmente saber se foi ou não classificada. Suspense! Alegresse, caro aluno, pois com sua ajuda ela conseguiu ser aprovada! Valeu a pena todo o esforço com este autoestudo bem feito, que você também conquistou com ela! Agora, Sandra já sabe que foi locada para trabalhar em uma Unidade de Saúde e Assistência Social.

Com o novo emprego, surge uma nova Situação-Problema: Sandra precisa conhecer mais sobre o tipo de Atendimento do SUAS e descobrir o que um psicólogo faz no CRAS. Vamos ajudá-la novamente, buscando mais informações sobre a atuação do Psicólogo junto à Assistência Social. Vamos também pesquisar sobre os princípios do SUAS e como se relaciona com outros profissionais (interdisciplinaridade) e com outros setores (intersetorialidade). Estes são elementos importantes para a resolução das demandas de seus usuários.

Vimos nas seções anteriores as Políticas Públicas dentro da Saúde, o SUS, o CREPOP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas e sua relação com o CRAS e o SUAS.

Em especial, na Seção anterior (1.3) estudamos: a formação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) do Brasil, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), o CRAS, o CREAS e o Sistema Nacional de Informação (SNI) – Rede SUAS.

Nesta Seção 1.4, última de nossa primeira unidade, vamos nos aprofundar no estudo da atuação do Psicólogo junto ao CRAS - Centro de Referência de Assistência Social e no SUAS - Sistema Único de Assistência Social. Vamos aprofundar esse estudo com seus princípios: a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

Garanto que você vai gostar do campo da Assistência Social. Podemos começar!

Não pode faltar

Você lembra qual é o principal objetivo do SUAS?

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome: “A assistência social ocupa-se de prover proteção à vida, reduzir danos, prevenir a incidência de riscos sociais, independente de contribuição prévia, e deve ser financiada com recursos previstos no orçamento da Seguridade Social” (MDS, 2011).

Com o SUAS, a Assistência Social passou a ser organizada sob a forma de sistema público, não contributivo, descentralizado e participativo.

Os Princípios do SUAS são: Universalidade, Gratuidade, Integralidade da proteção social, Intersetorialidade e Equidade. Os princípios da universalidade, gratuidade e equidade você já conhece, pois são iguais aos aplicados no SUS. Destacamos a Integralidade e a Intersetorialidade por serem muito importante no SUAS.

A interdisciplinaridade refere-se ao trabalho de múltiplos profissionais na equipe. Além do Psicólogo e Assistente Social há também advogados, professores, sociólogos, educadores etc. nas equipes do CRAS e do CREAS. O objetivo de todos é o mesmo: trazer de volta a autoestima e a consciência dos direitos e deveres dos usuários, além de tirá-los da situação de precariedade de vida.

A Assistência Social tem também a função de oferecer para o usuário segurança de acolhida e de convívio ou vivência familiar. Isso significa que existe uma preocupação em acolher, com seus atendimentos, tanto o usuário como sua família, e, até mesmo quando esta última não existe, o CRAS transforma-se em um ponto de referência afetiva por constituir-se de um espaço de apoio e de novos vínculos. Para isso, muitas opções são oferecidas em suas unidades, como Oficinas Socioeducativas de: Artesanato, Artes, Literatura, Informática, Música, Jogos Educativos e outras.

Este encontro de diferentes áreas do conhecimento facilita a análise das várias vertentes do problema e de sua dinâmica social, assim como soma capacitações tanto técnicas quanto legais. Tudo isso para que possa haver um campo de troca e negociações até que se chegue a uma solução mais adequada para o caso.

Vamos encontrar no CREPOP (2007) a seguinte definição: “A prática interdisciplinar é uma prática política, um diálogo entre pontos de vista para se construírem leituras, compreensões e atuações consideradas adequadas, e visa à abordagem de questões relativas ao cotidiano, pautadas sobre a realidade dos indivíduos em seu território”.

Já a diretriz de Intersetorialidade orienta o trabalho na busca da integração e articulação do Serviço com os demais Órgãos Setoriais oferecidos pela rede socioassistencial e com as demais políticas. Um exemplo da ação dessa diretriz é o caso em que o usuário precisa da ajuda do CREAS para encontrar um lugar para morar, enquanto passa por tratamento como usuário de drogas ou álcool. O mesmo ocorre quando há a necessidade de ajudar na confecção de documentos novos, encaminhar uma pessoa ou família para outro estado ou cidade, buscar por pessoas desaparecidas e detectar trabalho infantil escravo etc.

Muitas vezes, para que o SUAS possa atender ao princípio da integralidade de seu usuário, é necessário recorrer à ajuda de outros setores públicos, como Justiça, Educação, Trabalho e Saúde.



Assimile

A situação social em que vive o indivíduo interfere em sua subjetividade, e a atuação em sua subjetividade deve empoderá-lo para agir nessas influências.

Segundo palavras de Guareschi, “a elaboração de planos de ação mais integrais possibilita que o foco dos problemas não fique no indivíduo, mas permite considerar a complexidade das questões sociais e familiares enquanto parte do processo e presente em cada situação singular” (GUARESCHI, 2012). Estamos falando da Interdisciplinaridade e também da Intersetorialidade, pois a sua somatória é que possibilita um atendimento mais integral do usuário.

Você se lembra do CRAS? É a porta de entrada no SUAS. É onde se realizam atividades de acolhimento e onde o Psicólogo, junto com o restante da equipe, também trabalha na execução de Programas e Serviços, tais como: visitas domiciliares, entrevista familiar, acompanhamento de Grupos de Mães, Conselho Tutelar, Campanhas Socioeducativas, Grupos de Idosos, Palestras para a Comunidade e outros.

Como o SUAS orienta suas ações? Conforme já vimos, temos duas frentes principais de atuação, que são: o Atendimento em

Assistência Social Básica, feito pelo CRAS; e o Atendimento em Assistência Social Especial, para casos mais graves e complexos, encaminhados para o CREAS.

Os principais programas desenvolvidos no CRAS são: Programa de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI); Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS); Proteção Social a adolescentes em cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida e Prestação de Serviços à Comunidade (MSE); Proteção Social Especial para Pessoas Deficientes, Idosos e Famílias (PCDIF); Serviço Bolsa Família; Programa Leite das Crianças; Oficinas de Contraturno Escolar; Unidade de Acolhimento Adulto (UAA); Programa de Atenção Integral à Família (PAI); Programa de Apoio Integral às Escolas (PAIE); Grupo de Reorganização Familiar; entre outros.

Outro exemplo de ação conjunta da Assistência Social é a Revista OCA. Trata-se de uma publicação da OCAS – Organização Civil de Ação Social, sem fins lucrativos, cujo tema é a desigualdade e a inclusão social das pessoas em situação de risco. O morador de rua recebe dois terços do valor da revista e um por cento fica para a publicação. A revista é dirigida para ser vendida somente por moradores de rua (São Paulo e Rio de Janeiro), para que possam promover o próprio sustento melhorando também sua autoestima. Estes contatos possibilitam, além de alguma renda, o aumento de seu convívio social com os leitores, propiciando sua inclusão social como vendedores e até podendo facilitar a obtenção de um emprego.

Conheça mais sobre o projeto. Disponível em: <www.ocas.org.br>. Acesso em: 30 out. 2015.

O SUAS também oferece a disponibilização de vários direitos ao usuário com necessidade de ajuda, tais como:

O Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social – BPC é um direito garantido por lei que consiste em pagamento mensal de um salário mínimo a idosos com mais de 65 anos de idade e a pessoas com deficiência de qualquer idade que comprovem ter renda per capita inferior a 1/4 de salário mínimo. É pago com recursos do MDS/FNAS.

Programas como os restaurantes Bom Prato são realizados por convênio firmado entre o Governo e entidades privadas, que oferecem refeições pelo preço de R\$1,00 (um real) à população carente e recebem do Estado um repasse maior que o dobro desse valor.

Oferta de atendimento às famílias e indivíduos que se encontram em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos, necessitando de acolhimento provisório fora de seu núcleo familiar de origem.

a) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades: Abrigo Institucional; Casa-Lar; Casa de Passagem; Residência Inclusiva.

b) Serviço de Acolhimento em República.

c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora.

d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

Os Conselhos Tutelares fazem parte dos órgãos que devem ser avisados em primeiro lugar nos casos de violência contra crianças e adolescentes, cabendo inicialmente a esse Órgão acolher a denúncia desses casos, tanto as já confirmadas como as queixas de suspeitas. Depois, a informação deve chegar aos CREAS. A partir daí serão feitos os encaminhamentos necessários para outros equipamentos, como o CAPSi, para que os usuários recebam atendimento da equipe de saúde mental, psicológico, ambulatorial etc.

Pelo princípio da intersetorialidade podemos e devemos buscar ajuda em Setores que vão complementar o atendimento, e depois, no Ministério Público.

Alguns serviços são especializados no atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência, que pode ser intra ou extrafamiliar, como o NAECA - Núcleo de Atenção Especial à Criança e ao Adolescente, onde as vítimas receberão atendimento psicossocial. Porém, quando ainda não há confirmação da queixa, e sim suspeita, as vítimas devem ir para o Núcleo de Atenção à Criança e ao Adolescente Vítimas de Maus Tratos (NACA), onde receberão atendimento e avaliação psicossocial da violência.

É importante lembrar que deixar de denunciar esses casos, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), é crime. Isso inclui o psicólogo em seus atendimentos, caso não denuncie qualquer suspeita ao Conselho Tutelar.

Podemos ter também os casos encaminhados através da Delegacia da Criança e do Adolescente, da Delegacia da Mulher e do Juizado da Infância e Juventude. Eles serão atendidos na ordem de entrada no serviço, se não tiverem outros componentes de agravo que justifiquem sua priorização. Quando esses componentes existem

eles são considerados e até podem mudar o encaminhamento. Tais componentes constituem-se nos agravantes de lesões físicas e psicológicas, medidas judiciais e outros.

Como em muitas outras situações que exigem sigilo, o psicólogo, médico ou assistente social pode e deve recorrer ao CID - Código Internacional de Doenças, atualmente CID-10, para diagnosticar o caso e manter o sigilo apontando as legendas associadas. Por exemplo: 74.0 Negligência e abandono; 74.1 Sevícias físicas; 74.2 Abuso sexual; 74.3 Abuso psicológico; 74.9 Síndrome não especificada de maus tratos. É difícil para o usuário relatar repetidamente as condições de sofrimento que o levaram até a Unidade de Atendimento. Por isso, o cuidado com termos e com a divulgação do diagnóstico deve ser muito considerado. O serviço Público se refere ao tipo de acesso, e não à divulgação pública da intimidade de cada indivíduo – ela é sempre sagrada!



Pesquise mais

Este é um vídeo curto e um bom exemplo de trabalho de equipe em um caso atendido no CRAS/SUAS, em que atuam a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=R35tuFnBZwk>>.
Acesso em: 18 out. 2015.

E o CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social?

O CREAS configura-se como uma unidade pública e estatal que oferta serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos (violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, indivíduos em programas de medidas socioeducativas em meio aberto etc.). Ele deve buscar a construção de um espaço de acolhida e escuta qualificada, fortalecendo vínculos familiares e comunitários e priorizando a reconstrução de suas relações familiares.

Sempre que trabalhamos dentro do contexto social devemos buscar o reforço nos recursos do próprio usuário para a superação do problema, buscando fortalecer a consciência do indivíduo sobre seus direitos socioassistenciais e potencializando novas formas de autoproteção.



Pesquise mais

O que você acha de vermos mais um exemplo da atuação do Psicólogo? Acompanhe neste vídeo: **Vista a Camisa Contra a Violência - CRAS e CREAS**. TVRGB. Município de Sertãozinho. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=8NgXLgBU2XU>>. Acesso em: 27 out. 2015.

Há também o CREAS II, que é o Centro de Referência Especializado de Assistência Social responsável pela execução do Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida e Prestação de Serviços à Comunidade.



Refleta

O que você acha que seria importante fortalecer dentro de si mesmo para executar um bom trabalho no CREAS? Você gostaria de trabalhar junto à Assistência Social?

O que é PAEFI - Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos? O PAEFI é o programa que oferta apoio, orientação e acompanhamento especializado a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos.

Tem o objetivo de promover direitos, preservar e fortalecer vínculos familiares, comunitários e sociais e fortalecer a proteção das famílias em condições de fragilidade e risco pessoal-social. Visa também oferecer atendimento a indivíduos e famílias em situações de: violação de direitos, violência (física, psicológica e negligência, abuso e/ou exploração sexual), afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida socioeducativa ou medida de proteção, tráfico de pessoas, situação de rua, mendicância, abandono, trabalho infantil, discriminação por orientação sexual ou raça/etnia e violação de direitos por discriminações ou submissões.

E como é feito o Trabalho do Psicólogo junto ao CRAS/CREAS/SUAS?

O CFP (CREPOP, 2008) nos diz que:



O psicólogo deve integrar as equipes de trabalho em igualdade de condições e com liberdade de ação, num papel de contribuição nesse processo de construção de uma nova ótica da promoção, que abandona o assistencialismo, as benesses, que não está centrada na caridade e nem favor, rompendo com o paradigma da tutela, das ações dispersas e pontuais.

Segundo o CREPOP, o Psicólogo que atua no CRAS deve ter sua atenção voltada para a prevenção de situações de risco, atuando nas situações de vulnerabilidade do usuário. Para isso deve trabalhar de forma a fortalecer os vínculos familiares e também com a comunidade, buscando desenvolver suas potencialidades e aquisições pessoais e coletivas.

Ainda o CREPOP (2008) nos lembra que já somos agentes de transformação social, na medida em que a Psicologia hoje no Brasil tem o compromisso de atuar também junto aos indivíduos representantes da população ainda oprimida por condições precárias de sobrevivência.

Mas como fazer para dar conta de toda essa complexidade de problemas e conteúdos?



Pesquise mais

Leia mais sobre a orientação do CREPOP: Referências Técnicas para a atuação do Psicólogo no CRAS/SUAS. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2007/08/cartilha_crepop_cras_suas.pdf>. Acesso em: 24 out. 2015.

Há casos em que o contexto social tem sua importância acentuada na situação de vulnerabilidade do sujeito de nossa atenção. Precisamos então agir não somente em sua subjetividade, mas com uma visão mais ampla, reconhecendo como o contexto em que o sujeito vive pode alterar profundamente sua situação.

Muitas vezes encontramos famílias cujos laços de seus membros estão deteriorados a tal ponto que o que sobra é uma relação pautada pela violência, em suas várias formas. É nessas situações que entra a atuação do SGD - Sistema de Garantia de Direitos, que vai ter o poder de aplicar medidas garantidas pelas leis de proteção dos mais indefesos. Estes casos compõem a maior demanda do CREAS, que os encaminha para os demais órgãos públicos.

Uma questão de difícil abordagem, mas muito presente principalmente no CREAS, é a função do órgão como regulador. Isso significa que também é responsabilidade do trabalhador do serviço público, ao deparar-se com qualquer tipo de violência sofrida por indefesos, agir em busca de solução (COELHO, 2011). Essa ação de proteção será exercida através de serviços conectados em rede socioassistencial, dentro das Políticas Públicas no Executivo,

com o Sistema de Garantia de Direitos e com outras organizações privadas parceiras.

O CREAS também capacita profissionais para uma abordagem de forma especial, chamada de busca ativa, que pesquisa por locais onde possa haver trabalho infantil, crianças em situação de rua ou exploração sexual de crianças e adolescentes.

Outro serviço ofertado é o de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias: “destinado à promoção de atendimento especializado a famílias com pessoas com deficiência e idosos com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direito” (MDS, 2012).

Conforme vimos, os problemas são muitos, e nosso trabalho é construir um lugar de significados novos de poder, onde o usuário tenha sua subjetividade valorizada e tenha também a possibilidade de satisfazer suas necessidades, de construir seus direitos, respeitando as diferenças culturais, regionais, socioeconômicas, políticas e territoriais.

Para isso, a criação de vínculos será necessária, pois só assim teremos um real envolvimento que facilitará o reencontro de sua identidade como ser único e significativo em seu território.

Há ênfase na necessidade de estabelecermos vínculos com o usuário, considerando-o uma pessoa com consciência, com sentimentos e única. Somente desse modo conseguiremos fortalecer dentro dessa pessoa a potência que a ajudará a sair de seu estado de passividade para ir em busca de melhorias para si e para a sua comunidade.

É por meio do vínculo que podemos mobilizar os afetos para a mudança. É somente através do outro que somos comprometidos socialmente e mais fortes. O fortalecimento do vínculo do profissional e da equipe com o usuário se faz valorizado também dentro do SUAS.

Sobre este aspecto temos ainda que observar a necessidade de o indivíduo poder expressar suas angústias, necessidades e conflitos, para evitar que um possível “sufocamento” seja transformado em uma agressividade e se manifeste com maior facilidade.

No que se refere à esfera das palavras, encontramos a possibilidade da busca por novos campos de sentidos para a existência e também por novos campos de ressignificados.

O Conselho Federal de Psicologia orienta os Psicólogos que já estão trabalhando ou vão trabalhar em Políticas Públicas e em Assistência Social a buscarem parâmetros nos Marcos Normativos da Assistência Social, citando o Guia de Orientação Técnica – SUAS nº 1 (BRASIL, 2005), no qual encontram-se diretrizes sobre o PAIF e outras ações. Um dos princípios fundamentais do exercício da profissão de Psicólogo no SUAS é a promoção da qualidade de vida das pessoas e, através delas, das coletividades.



Vocabulário

PSB - Proteção Social Básica.

PSE - Proteção Social Especial.

PSE/AC - Proteção Social Especial de Alta Complexidade.

MDS - Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

O profissional deve também buscar manter com sua equipe uma relação de parceria e ação colaborativa e socializada. O mesmo critério serve para seu relacionamento com o usuário na busca de seus objetivos, oferecendo a ajuda de que tanto necessita. E aí, gostou do novo trabalho de Sandra?



Faça você mesmo

Analise este vídeo muito interessante sobre o trabalho de um CREAS em uma cidade do interior. Observe bem as imagens, anote o que achar bom e as curiosidades e perceba no cenário um cartaz com os dizeres: "DISQUE 100". Fale também sobre isso. CREAS – Prefeitura de Maragogipe – Bahia. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=W1PHfEi_R9M>. Acesso em: 27 out. 2015.

Sem medo de errar

Agora temos que dar atenção à Situação-Problema de Sandra, que passou no concurso da Prefeitura de sua cidade e foi locada para trabalhar em uma Unidade de Saúde e Assistência Social CRAS/SUAS. Mas Sandra não sabe muito acerca do trabalho do psicólogo no CRAS.

Sandra precisa rever os princípios do serviço público, conforme apresentado na seção "Não pode faltar". São eles: a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

Lembre-se de que é essencial compreender a situação do profissional no SUAS como um todo: as responsabilidades do psicólogo em sua área de atuação, a parceria que os demais profissionais podem oferecer em suas especialidades (a Interdisciplinaridade) e os tipos de casos que compõem a demanda da Unidade.

Também é preciso conhecer quais são as outras questões que estão presentes e necessitam de atenção para que a ajuda ao usuário seja efetivada. E é nesse momento que o profissional deverá procurar saber sobre o funcionamento e a aplicação da Intersetorialidade no CRAS/CREAS/SUAS.



Lembre-se

Cada área de saber tem suas peculiaridades e deve ser respeitada como componente importante na resolução das diferenças que cada caso apresenta. Este é o princípio da troca de saberes na interdisciplinaridade.



Atenção

O acolhimento no SUAS vai ter suas características divididas entre funções de assistencialismo e fortalecimento de direitos. Cabe ao profissional saber dosar essas duas demandas do usuário mais necessitado.

Avançando na prática

Pratique mais	
Instrução Desafiamos você a praticar o que aprendeu transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho.	
Pesquisa de material para casos de violência na infância	
1. Competência fundamentos da área	Conhecer e Atuar em Políticas Públicas e Programas de Saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	Capacitar a busca e seleção de instrumentos adequados para o uso na prática de atendimento no SUAS.
3. Conteúdos relacionados	Princípios, Interdisciplinaridade e Intersetorialidade.
4. Descrição da SP	Um psicólogo que trabalha no CREAS recebe de um membro da comunidade uma denúncia de maus tratos praticados por pais adotivos contra uma criança de 6 anos, próximo ao local da unidade. A situação é agravada por serem os pais adotivos usuários de drogas. O psicólogo ainda não atendeu a nenhum caso tão grave e complexo

	como este. Não sabe como começar, mas sabe que tem regras para seguir e, pela gravidade da situação, vai ter que pedir ajuda a outros profissionais e talvez a outros setores.
5. Resolução da SP	Vamos seguir os passos para a instrução necessária do profissional: • Investigar como é desenvolvido o PAEFI no Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS. • Consultar o CREPOP no Meta Programa associado. • Consultar o ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente. • Buscar informações de como deve ser feito o acesso ao Conselho Tutelar, ativando a Intersetorialidade. • Buscar associação com a Interdisciplinaridade do CREAS, conversando com profissionais de outras especialidades e com mais experiência no assunto. • Reunir os dados das pesquisas, fazendo um roteiro com os passos a serem seguidos para a intervenção.



Lembre-se

A Interdisciplinaridade está muito presente no trabalho dentro do SUAS, e a Intersetorialidade também é fundamental para efetivar a ajuda ao usuário em casos de maior complexidade. Cabe ao psicólogo saber utilizá-las.



Faça você mesmo

Busque no texto do LD palavras-conceitos sobre o trabalho do Psicólogo na Assistência Social que você gostaria de conhecer melhor. Além disso, veja o site do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Disponível em: <<http://mds.gov.br/central-de-conteudo/assistencia-social/publicacoes-assistencia-social/>>. Acesso em: 25 out. 2015.

Para concluir, sabemos que há muito trabalho para o Psicólogo dentro das Políticas Públicas. Trata-se de um campo fértil no treino e na capacitação desse profissional para a promoção da cidadania de nosso País.

Faça valer a pena

1. “_____ ocupa-se de prover proteção à vida, reduzir danos, prevenir a incidência de riscos sociais, independente de contribuição prévia [...]” (MDS, 2012). Estamos falando da DEFINIÇÃO:

- a) Da Agência Nacional de Seguros Mobiliários.
- b) Do Serviço de Ajuda Sanitária.
- c) Da Guarda Civil Metropolitana.
- d) Do Serviço de Ambulâncias do Município.
- e) Da Assistência Social – Sistema Único de Assistência Social.

2. Os Princípios do SUAS são: Universalidade, Gratuidade, Integralidade da proteção social, Intersetorialidade e Equidade. Para o usuário isso quer dizer que:

- a) Pode ser atendido em todo o Universo sem pagar.
- b) O SUAS garante que todo o serviço seja dado a todo cidadão, sem ônus e com completude da proteção, recebendo ajuda de outros setores se necessitar e sendo igual para todos.
- c) Deve procurar em outro setor a ajuda de que precisa.
- d) O usuário não pode ficar esperando que o Governo resolva sua vida.
- e) O SUAS só pode atender a quem paga pelos serviços.

3. Programas e Serviços como visitas domiciliares, entrevista familiar, Grupos de Mães, Campanhas Socioeducativas, Grupos de Idosos, Palestras e outros:

- a) Não fazem parte da função do Psicólogo, segundo o CRP.
- b) São indicações de alguns dos possíveis trabalhos do Psicólogo e da Equipe dentro do SUAS.
- c) Só podem ser realizados nos CAPS – SUS.
- d) São atividades que só competem ao Assistente Social no SUAS.
- e) Podem atender somente a casos de alta complexidade.

Referências

BOCK, Ana M. B. **A psicologia a caminho do novo século**: identidade profissional e compromisso social. São Paulo: Estudos de Psicologia, 1999.

CRUZ, Lilian R.; GUARESCHI, Neuza. (Orgs.). **O psicólogo e as políticas públicas de assistência social**. Petrópolis: Vozes, 2012.

SAWAIA, Bader B. **Psicologia e desigualdade social**: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009.

_____. **Psicologia e compromisso social**. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. **Psicologia e desigualdade social**: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2010.

Bibliografia Complementar

COELHO, Jaciara Siqueira. **Psicóloga do CREAS**. Belo Horizonte, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética do profissional**. Brasília: CFP, 2005.

_____. **Centro de referência técnica de psicologia em políticas públicas**. Brasília: CFP, 2006.

_____. **Referência técnica para atuação do psicólogo no CRAS/SUAS**. Brasília: CFP, 2008.

_____. **Prática psicóloga**. Centro de Referência Especializado da Assistência Social, CREAS. Brasília: CFP, 2012.

_____. **Referência técnica profissional do psicólogo**. Centro de Referência Especializado da Assistência Social, CREAS. Brasília: CFP, 2013.

_____. **Documentos de referência CREPOP – Temática Saúde**. Brasília: CFP, 2014.

SAWAIA, Bader Burihan. **Psicologia e desigualdade social**: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2010. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=R35tuFnBZwk>>. Acesso em: 20 out. 2015.

Atenção básica

Convite ao estudo

Caro aluno, na primeira unidade, tivemos uma visão panorâmica sobre as políticas públicas e as oportunidades de trabalho do psicólogo no CRAS e no CREAS.

Iniciamos agora nossa Unidade 2. Ainda em direção à competência de fundamento de área desta disciplina, que é conhecer a atuar em políticas e programas de saúde como psicólogo, ao final desta unidade, você conhecerá melhor a atenção básica de saúde, por meio da história das concepções de saúde e doença, bem como a noção de cuidado; a construção da autonomia de usuários e de famílias em condição de risco; e o trabalho com crianças e adolescentes, bem como com idosos.

Imagine que você já se formou e atua como psicólogo no centro de saúde que se tornou referência de um bairro novo, o Residencial Alhures, entregue recentemente, mas que apresenta inúmeras questões de vulnerabilidade: tráfico de entorpecentes; ausência de unidade escolar próxima ao bairro, que obriga as crianças a utilizarem mais de um transporte público para chegar à escola, ou caminhar por mais de 5 km a pé; e conflito entre as famílias que brigam entre si porque o varal (de estender roupa) é compartilhado e peças de roupas têm sido furtadas. O centro de saúde também fica longe, a mais de 10 km do bairro, que conta com um número grande de idosos hipertensos.

O Residencial Alhures foi construído pela prefeitura municipal para abrigar famílias que viviam em áreas de risco. Após a construção de casas populares, o governo as transferiu para lá, porém, não ofereceu, ainda, as condições mínimas de habitação, além da moradia. A população, indignada, procura constantemente pelo Centro de Saúde, principalmente agora, por causa da epidemia da dengue.

Como a população cresceu além do previsto – diante da chegada dos novos moradores – o Centro de Saúde não está conseguindo atender a demanda, o que deixa os usuários insatisfeitos, a ponto de tratar mal os funcionários, agredindo-os verbalmente e ameaçando-os. Essa situação gera grande estresse na equipe que, em uma determinada reunião, manifestou o desejo de recusa ao atendimento desses moradores, a partir de um estereótipo segregador, afirmando que "essas pessoas só sabem brigar".

Você, psicólogo da equipe, está nesta reunião. A pergunta que todos – mesmo silenciosamente – fazem é: qual é o papel do serviço público nesta conjuntura? E você se pergunta: e o psicólogo no serviço público, como pode ajudar?

Seção 2.1

A concepção do processo saúde/doença e o cuidado

Diálogo aberto

Nesta seção, vamos acompanhar a situação dos moradores do novo bairro, o Residencial Alhures, que estão revoltados com a falta de infraestrutura da prefeitura para atendê-los.

Você trabalha no Centro de Saúde e seus colegas também estão insatisfeitos com a situação causada pelo aumento repentino da demanda.

Em meio às discussões em relação ao atendimento, são levantados questionamentos sobre o que a equipe pode fazer para atender melhor a população, como cuidar da saúde e enfrentar as doenças que se alastram, além do papel do atendimento básico no cuidado das pessoas. Será que este modelo brasileiro de atendimento sempre foi assim? Será que estes problemas são conjunturais ou decorrem da concepção de saúde/doença do Brasil?

São estas questões que constituem nossa Situação-problema (SP) que vai permear esta unidade. Vamos estudar a história das concepções de saúde e doença, as noções de cuidado por traz delas, a evolução da noção de atenção primária no SUS e o papel do psicólogo nesta tarefa. Vamos ver se com estas informações conseguimos ajudar a equipe a se organizar melhor e se descobrimos qual é nosso papel como psicólogos na atenção básica. Será que assim poderemos atender melhor a população de Alhures? Vamos tentar?

Não pode faltar

Nesta seção, faremos um percurso sobre os conceitos doença e saúde na história da humanidade, para, então, chegarmos aos dias de hoje e aos conceitos utilizados dentro da Atenção Primária, no SUS, no Brasil. Observe quanto tempo levou para a Psicologia ser inserida como relevante na sociedade.

Segundo Herzlich (2004, p. 1):



Não podemos falar de corpos, doença e saúde sem relacioná-los ao domínio público. A história da saúde é também a história dos países e cidades, do trabalho, das guerras e das viagens. Historiadores e sociólogos há muito tempo vêm analisando instituições assistenciais e políticas de saúde, determinando a evolução das epidemias e descrevendo as principais fases em “saúde coletiva”. [...] À medida que o Estado de Bem-estar Social foi tomando forma, a saúde se tornou um tema político; e o “homem doente” desapareceria sob o exame atento da ciência. Em consequência, por um longo período, negligenciamos olhar para a saúde e a doença como experiências privadas e pessoais.

Com essa reflexão introdutória, você já pode notar o quanto a evolução das civilizações trouxe realidades e contextos muito diferentes ao tratar da Saúde/Doença. Portanto, é necessário que você conheça alguns dos modelos conceituais dessa relação que mais se destacaram e se mantiveram atuantes por muito tempo. Vamos estudar juntos, os mais importantes!

Modelo Mágico-Religioso ou Xamanístico: na Antiguidade, o conceito de doença estava atrelado ao de causas naturais ou de Deuses irados comandando as pragas como castigo aos humanos, além de penalizações por culpas até então desconhecidas pelo sofredor, pagamento de dívidas de membros ancestrais da família, sacrifícios de purificação e muitos outros. Todos tentando explicar o adoecer, com causas além do plano material, mas tendo o corpo como repositório da expiação necessária. Já pensou como você se sentiria se suas doenças “fossem” castigo dos Deuses?

Um exemplo dessas crenças é o caso dos povos indígenas que atribuem, ainda hoje, aos Espíritos, a intervenção em seus corpos para castigá-los, ou castigar a tribo por meio desse seu integrante. A visão religiosa traz a figura do sacerdote, xamã ou feiticeiro como atribuído o caráter mágico e a função de mediador na comunicação entre o físico e o espiritual.

Na Figura 2.1, vemos um Pagé realizando uma cerimônia para retirada dos Maus Espíritos de um índio doente, utilizando incensos, dança e canto para a “limpeza” do corpo.

Figura 2.1 | Ritual de cura de um índio pelo Pagé



Fonte: <<https://lvsitania.files.wordpress.com/2010/09/arthealing1.jpg>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

Modelo Holístico: encontramos nos povos orientais conceitos diferentes a respeito da saúde/doença, como o dos chineses e hindus. Estas ideias têm base no equilíbrio dos opostos, integrando elementos como o cosmos, o ambiente físico, os insetos e os animais. Para eles, a saúde é a manutenção de equilíbrio entre as forças da natureza e do homem, interagindo de maneira harmônica. Ou seja, quando há um desequilíbrio, surge a doença.

Você percebe que ainda não encontramos a saúde considerando o psiquismo até aqui? Vamos continuar nossa pesquisa.

Modelo Empírico Racional (Hipócrates): essa teoria data de 3.000 a.C., desde o Egito, buscando uma explicação menos religiosa para a doença e um sentido mais lógico para a existência do Homem e origem da vida. O filósofo Hipócrates, no século VI a.C., criou a Teoria dos Humores, na qual água, terra, fogo e ar eram relacionados à explicação de saúde. A doença, assim, foi considerada como o desequilíbrio dos humores (HERZLICH, 2004).

Modelo de Medicina Científica Ocidental ou Biomédico: a partir do século XVI, esse modelo foi instituído e até agora ainda é muito atuante. Tem sua origem em Descartes, com seu Método. Fundamentou a pesquisa científica na qual o detalhe é valorizado tanto quanto a lógica da análise em partes, partindo do simples ao complexo. Esse modelo focou-se mais na descrição do corpo em segmentos, estudando a doença como uma falha no funcionamento quase mecânico desse conjunto de órgãos. Tinha percepção do homem como uma máquina que poderia ser consertada como

qualquer outra e, assim, sempre esteve presente, a partir do desenvolvimento do capitalismo e de suas práticas aderentes, como a medicação que a tudo pretendia resolver.

Encontramos em Cruz (2004) a descrição do conceito biomédico da doença como sendo um desajuste ou falha do organismo na sua adaptação frente a um estímulo ou, até, a ausência de sua reação, ocasionando, com isso, uma dificuldade de funcionamento que vai perturbar as funções de um órgão, de um sistema ou podendo comprometer todo o funcionamento vital do organismo.

Nesse período, por ocasião do Renascimento, buscaram-se novas teorias a respeito da saúde/doença, acrescentando o ambiente como fator externo no surgimento da doença. A culpa de doenças infectocontagiosas passou a ser atribuída ao que chamaram de miasmas: gases gerados pela putrefação de matéria orgânica.

Já imaginou como era viver uma doença nessa época?



Refleta

O conhecimento das teorias que fundamentam as práticas e a organização do SUS traz ao profissional maior segurança para desenvolver seu trabalho. Pense mais sobre a importância do embasamento teórico, filosófico e científico para sua prática como Psicólogo! E também sobre as filosofias que permeiam suas ações!

Modelo Sistêmico: Nos anos 1970 um novo modelo começa a ganhar força, com a ideia de sistema organizador do conjunto de elementos que compõem o todo. Essa interligação pressupõe que, ao atuarmos sobre um dos elementos, atuaremos sobre o outro, como uma ação em cadeia, tendo como objetivo buscar um novo equilíbrio para o sistema. Surgem, então, os estudos detalhados de cada parte-órgão do corpo, criando as especialidades das subdivisões com uma visão reducionista e mecanicista da medicina. As separações entre essas visões dificultaram a percepção do indivíduo como um todo e fortaleceram a importância do foco no tratamento medicamentoso. Esse modelo serviu de base para o início da Saúde Pública brasileira, que evoluiu depois, com outros modelos. Você notou como a natureza conceitual da saúde mudou muito até aqui?



Assimile

Processo saúde/doença, pelo modelo HNS, é o conjunto de processos interativos que cria o estímulo patológico no meio ambiente, ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte.

Modelo Epidemiológico: no início do século XVIII, surgiu a pesquisa das epidemias, com a descoberta dos microrganismos, por Louis Pasteur (1822- 1895), cientista francês que conseguiu provar que os seres vivos se originam somente a partir de outros seres vivos. A Teoria Microbiana derrubou a ideia dos miasmas, trazendo o conceito de que a doença teria como causa um agente identificável. Essa teoria também foi chamada de unicausalidade que dizia ter somente um agente etiológico na origem da doença (o microrganismo vivo). Porém, esse modelo necessitou de complementação por não poder explicar todos os casos de patologias mais complexos. Essas e outras descobertas deram origem a uma revolução nas pesquisas sanitárias, que passaram a incluir elementos na pesquisa, como organização social, pobreza, meio ambiente e suas relações com as doenças.

No século XX surge um novo e importante conceito: a multicausalidade, em que o agente etiológico, o hospedeiro e o meio ambiente eram associados aos fatores causais da doença. Mas a visão das ações das causas como separadas ainda persistia.

Você sabia que só a partir deste momento a Psicologia é inserida na área da saúde? Essa foi outra conquista desse século: a inclusão, nas possíveis causas das doenças, do psiquismo do indivíduo, que passa, então, a ser visto como um ser biopsicossocial. A profissão passou a ser valorizada dentro das Políticas Públicas. Assim, a doença e a saúde se constituíram, não como dois fatores isolados e opostos, mas como um processo integrado, tendo como componentes os fatores psicológicos, biológicos, econômicos, culturais e sociais.

Modelo da História Natural das Doenças ou Modelo Processual: como vimos nos estudos anteriores, a partir da microbiologia e demais especialidades, chegamos ao conhecimento de como algumas patogêneses e moléstias se desenvolvem, suas características de vida, locais onde se manifestam com maior frequência e outras informações importantes.

A partir daí, a História Natural das Doenças (HND), ou Modelo Processual dos Fenômenos Patológicos, foi criada por Leavell e Clark em 1976, tendo como pressuposto ser um conjunto de processos que, ao interagirem, geram um estímulo patológico: ao agente causador, ao meio ambiente ou externo (natureza física, biológica, sociopolítica e cultural) e ao meio interno (onde se processam as mudanças químicas, fisiológicas e histológicas do organismo vivo que o agente patológico encontrará, ou não, para se instalar e se desenvolver). Classificaram,

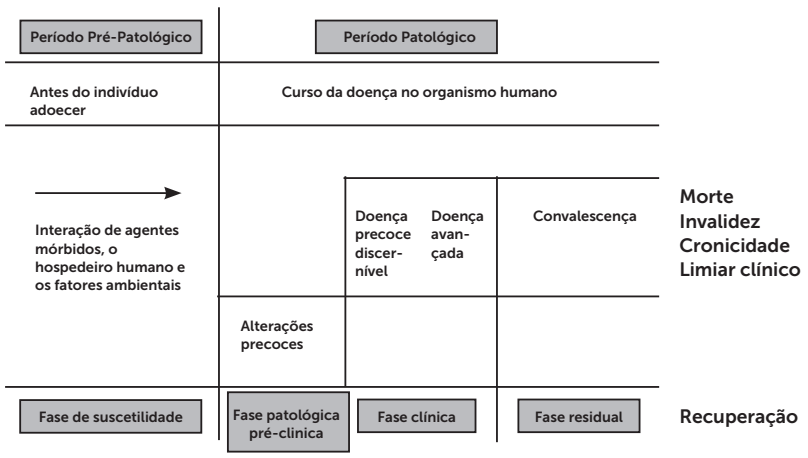
então, em dois os períodos de desenvolvimento da doença: o nível Pré-patogênico e o Patogênico. Para atuar nesses dois níveis, os autores aconselham o trabalho com três fases de prevenção:

- 1ª fase: é a fase que antecede a doença, é a prevenção primária, com medidas destinadas a desenvolver uma saúde geral melhor, como educação para a saúde, boa alimentação, moradia adequada, lazer, atividades individuais e em grupo, entre outras.
- 2ª fase: é a fase do diagnóstico e tratamento, chamada de prevenção secundária.
- 3ª fase: é a fase de prevenção terciária, em casos que necessitam de reabilitação. Nessas três fases de prevenção, teríamos pelo menos cinco níveis em que as medidas preventivas poderiam ser aplicadas, dependendo do conhecimento da história natural de cada doença.

É esse conhecimento que é aplicado na busca de prevenir e eliminar os fatores que originam ou transmitem doenças. Um exemplo são os casos dos mosquitos transmissores da dengue no Brasil, que preconizam a campanha sanitária: “Se o mosquito da dengue pode matar, ele não pode nascer”.

Você tem a seguir um quadro explicativo das fases da HND dos autores Leavell e Clark (1976):

Figura 2.2 | Modelo da História Natural das Doenças
Períodos Pré-Patológico e Patológico da História Natural da Doença



Fonte: <<http://pt.slideshare.net/lucorreiaaragao/aula-2-sade-e-doena>>. Acesso em: 30 jan. 2015.

Modelo Epidemiológico atual: outro nome para a HNS, trouxe uma união dos conhecimentos anteriores dos modelos biomédico, sistêmico, epidemiológico com a descrição do processo saúde/doença, sendo um: “conjunto de processos interativos que cria o estímulo patológico no meio ambiente, ou em qualquer outro lugar, passando pela resposta do homem ao estímulo, até as alterações que levam a um defeito, invalidez, recuperação ou morte” (LEAVELL; CLARK, 1976).

Esse modelo embasou a sistematização dos níveis de cuidado do Sistema Único de Saúde e os níveis de prevenção na Atenção Primária, com a integração de ações de identificação dos fatores que produzem ou reproduzem as doenças. A interação das fases e de elementos, como fatores sociais, pede um sistema de saúde com mais complexidade para o enfrentamento desses problemas. E esse modelo propicia isso, fundamentando os tipos de cuidados atuais do SUS.



Exemplificando

Em 1979, a Declaração da Organização Mundial da Saúde definiu a saúde como:

[...] um completo bem-estar físico, social e mental e não apenas ausência de doenças, conceito esse que evoluiu, pois, saúde, em sua concepção ampliada, é o resultado das condições de moradia, alimentação, educação, meio ambiente, trabalho e renda, transporte, lazer, liberdade e, também, acesso aos serviços de saúde, conforme a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada no Brasil, em 1986 (BACKES, 2009, p.1).

Essa definição influenciou as Políticas Públicas e serviu de base para ações de nossa saúde, já que, nesse período, tivemos a instituição do SUS com a Atenção Primária, que utilizou o Modelo Sistêmico para sua implantação e depois adotou o Modelo Epidemiológico como base para ampliação de seus níveis de cuidado, incluindo a prevenção.

Você pode perceber que essa articulação de elementos visa a contribuir com as necessidades sociais do usuário e, assim, melhorar sua qualidade de vida, e também a saúde, já que pressupõe saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença. Nesse pensamento, a doença é vista como parte do processo saúde/doença, significando mais uma intensificação de elementos prejudiciais ao bem-estar composto por vários aspectos.



Assimile

Vivemos uma mudança de paradigmas na Atenção Primária do SUS: a busca da cura mudou para CUIDADO; o conceito de doença transformou-se em ESTADO FUNCIONAL; diagnósticos e tratamentos são substituídos por MANEJOS SIMULTÂNEOS; e medicina isolada para assistência muda para ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR.

Por isso, a Política Nacional da Saúde Familiar (PNSF) foi criada, ampliando a ação da Atenção Primária de forma mais global, incluindo outras áreas da vida do usuário. Hoje, o conceito de cuidado não envolve só diminuir os efeitos dos agravos à saúde, mas, sim, tem foco na prevenção e na promoção da saúde e qualidade de vida, descrita como: “composta pelo conjunto de bens que englobam a alimentação, o trabalho, o nível de renda, a educação, o meio ambiente, saneamento básico, a vigilância epidemiológica, a farmacologia, a moradia, o lazer e outros (BRASIL, 2000, p. 5)”.

O **cuidado** implica na compreensão do usuário, também, como sujeito detentor de um saber e não mero receptor de informações, buscando uma contínua interação com uma escuta atenta (ativa) do profissional.



Pesquise mais

Os artigos a seguir fazem um resumo histórico sobre a evolução dos conceitos de saúde e doença. Vale a pena conhecer!

- BACKES, Maria Teresinha S. et al. Conceitos de Saúde e Doença ao Longo da História sob o Olhar Epidemiológico e Antropológico. **Rev. Enf.**, UERJ, Rio de Janeiro, 17(1), jan/mar, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2016.
- HERZLICH, Claudine. Saúde e Doença no Início do Século XXI: Entre a Experiência Privada e a Esfera Pública. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, 14(2), 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a11.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

Como já estudamos até aqui, o modelo conceitual usado como base pelo SUS considera que o que determina o processo saúde/doença varia de acordo com as condições de vida do usuário e como elas são produzidas (alimentação, lazer, trabalho, habitação, ação social, entre outros). Portanto, não é possível atingir a gestão da saúde sem ajuda de outras Políticas Públicas. Essa premissa interfere no trabalho do psicólogo em vários fatores, como o da necessidade de atuar interdisciplinarmente e intersetorialmente.

Além disso, hoje, dá-se ênfase no conceito **Promoção da Saúde**, que não é vista como objetivo único da vida e, sim, um recurso a mais do indivíduo, que pode e deve ter outras metas, pois a doença não é mais percebida como principal foco do cuidado. Isso implica que todos os profissionais envolvidos, incluindo os psicólogos, devem trabalhar para ajudar o usuário a ter, sim, um olhar para além de suas dores e queixas, buscando ajudá-lo a ampliar e suprir suas diferentes necessidades.



Assimile

A Atenção Primária busca construir uma rede de relações de assistências visando atingir aos diferentes componentes do processo saúde/doença. O usuário deve ser contemplado com cuidado amplo em suas necessidades.



Lembre-se

O conceito de "cuidado com escuta ativa" significa uma atenção do profissional diante do usuário, observando outros elementos que podem estar presentes na motivação da doença, como fatos significativos que auxiliarão na melhora do quadro.

Alguns autores apontam que essas questões sobre a identidade e a doença não são aprofundadas na Atenção Básica do SUS nem por alguns psicólogos que atuam no sistema. Entretanto, estas ausências são compensadas pela orientação de manter uma atitude de acolhimento e escuta ativa, que, como o próprio SUS orienta, busca ouvir o usuário para além de sua queixa inicial, procurando suas motivações encobertas.

Vemos, então, que são muitas as reflexões a responder na área da saúde sobre os conceitos que norteiam suas práticas. Para ajudar o profissional, o sistema de saúde procura oferecer instrumentos de acesso público para interagir com suas produções científicas, geradas, também, por meio da organização de pesquisas e de ações, como simpósios, congressos e reuniões de gestores e funcionários e, até, com a participação de usuários do SUS/SUAS.



Exemplificando

Veja a diferença do conceito de "cuidado" utilizado no contexto do Sistema Único de Saúde e o popular: no SUS, cuidado refere-se à atenção básica em busca da resolução do problema do usuário; e, popularmente, é sinônimo de precaução, tomar cuidado, evitar o perigo.

Cabe ao psicólogo perceber melhor os questionamentos que geram conflitos na pessoa a quem atende e oferecer, por meio da escuta ativa, o acolhimento necessário, respeitando todas as suas diferenças e características.

Como você notou, nosso tema tem repercussões importantes no trabalho do psicólogo e de outros profissionais, em todas as áreas das Políticas Públicas da Saúde.



Pesquise mais

Acesse o *link* a seguir, da Fundação FIOCRUZ, para encontrar mais informações sobre o cuidado em saúde: CRUZ, Marly. **A concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde.** Manual de Qualificação de Gestores do SUS. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_14423743.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

Você pode perceber que o trabalho do psicólogo na Atenção Primária do SUS exige sua constante atualização sobre os conceitos, programas, normas, diretrizes e Leis que envolvem as Políticas Públicas. Dessa forma, será possível oferecer qualidade no cuidado, melhorando, também, a qualidade de vida e a cidadania do usuário.



Faça você mesmo

Imagine-se, depois de formado, trabalhando como psicólogo no SUS.

Como você atenderia os usuários na Atenção Básica do CAPS?

Tendo como base o que estudou aqui, reveja os passos para o exercício do cuidado, analisando como deve ser a postura do profissional da saúde na Atenção Primária.

Primeiro: Como você receberia o usuário? Que atitude teria no primeiro contato? Como acolheria o usuário? Como demonstraria disponibilidade para ouvi-lo (com a escuta atenta)?

Segundo: Como recolheria as informações para identificar a HND, a evolução do caso queixa ou doença do usuário?

Terceiro: Como obteria mais dados sobre a qualidade de vida do usuário e como os registraria? Como observaria sua subjetividade?

Quarto: Como orientaria o usuário para suprir as demandas em outras áreas de sua vida, associadas ao problema descrito?

Quinto: Como concluiria o cuidado? Como faria para o usuário sentir-se acolhido? Como saberia se conseguiu redimensionar a visão da doença para a busca da qualidade de vida do usuário, intensificando o reforço de outras atitudes e hábitos?

Sem medo de errar

Você se lembra da sua situação no Centro de Saúde que atende os moradores de Alhures?

Surgiu aquela discussão sobre o que significa cuidar da saúde e enfrentar as doenças da população, além de pensar qual é o papel do atendimento básico no cuidado das pessoas. Também nos perguntamos sobre o modelo de saúde pública brasileiro: se ele sempre teve esta organização e se este era o motivo do problema. Além disso, surgiram questionamentos se problema vivenciado era apenas conjuntural, devido à inauguração do bairro às pressas e outras reflexões sobre o papel do psicólogo na equipe.

Vimos que a noção de saúde/doença mudou muito ao longo da história da humanidade e que o modelo brasileiro é afinado com as concepções mais modernas, já que caminhamos do modelo biomédico até o modelo de História Natural da Doença (HND) nos dias de hoje. Com esse conceito, a saúde deve procurar atender ao usuário não somente na supressão de suas doenças, mas, sim, propiciar condições de melhoria em sua qualidade de vida como um todo. Para tanto, necessita de uma estrutura mais ampla, com acesso à interdisciplinaridade e à intersetorialidade dentro das Políticas Públicas.

E como “cuidar” da população? O que significa isso? Como vimos, o termo “cuidado” refere-se a todo o processo de atendimento e prestação dos serviços ao usuário. Portanto, cuidar, na esfera do SUS, significa auxiliar na promoção de sua autonomia e capacitá-lo a atender melhor suas necessidades enquanto cidadão de direitos e deveres.

O papel do psicólogo é, de acordo com novos paradigmas, contribuir para o crescimento e seu empoderamento, utilizando-se, para isso, de todas as ferramentas e programas que estiverem ao alcance, buscando apoio na equipe multidisciplinar.

Podemos concluir, então, que o problema maior de nossa situação estudada é conjuntural, havendo a falta de estrutura de pessoal para organizar o atendimento. Cabe então aos funcionários e a você, psicólogo do Centro de Saúde, recorrer ao sistema de saúde para requerer melhores condições de trabalho, adequando-as à demanda da população atual de Alhures. Até porque este um dos princípios do SUS, lembra-se? Princípio da territorialidade, tornando, assim, direito desses novos moradores cobrarem do poder público um melhor atendimento no exercício de sua cidadania!



Lembre-se

Segundo a Lei nº. 8.080/1990:

A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a moradia, a renda, educação, a alimentação, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990, *on-line*).



Atenção

A promoção da saúde não a vê como objetivo único da vida da pessoa e, sim, um recurso a mais para o homem, pois a doença não é mais percebida como principal foco do cuidado.

Avançando na prática

Pratique mais	
Instrução Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho, pensando no SUS. Realize as atividades e depois as compare com a de seus colegas.	
“Atendimento Psicológico no SUS”	
1. Competência de fundamentos de área	Conhecer e atuar em políticas públicas e programas de saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	Compreender a Atenção Primária do SUS, a evolução dos conceitos de saúde/doença/cuidado e o papel do psicólogo no serviço público.
3. Conteúdos relacionados	Processo saúde/doença/cuidado; atuação do psicólogo.
4. Descrição da SP	Seu amigo procurou o Centro de Saúde em busca de um psicólogo, mas não conseguiu o atendimento que queria. Saiu de lá confuso, afinal, como o serviço público poderia atendê-lo? Ele andava sentindo-se inseguro e com períodos de insônia, além de ter crises de medo, quase pânico. Ao mesmo tempo, queixava-se de dores no corpo e percebeu que surgiram manchas vermelhas em sua pele, além da forte dor de cabeça. Como você estuda Psicologia, resolver fazer uma consulta a fim de ajudá-lo. O que você diria pra ele?
5. Resolução da SP	Como ele foi buscar ajuda num posto CAPSad, ou seja, um CAPS especializado em dependentes de álcool ou drogas, você deve encaminhá-lo para buscar o atendimento no SUS, em um CAPS. Lá ele terá o atendimento da equipe com médico e psicólogo que, além do diagnóstico, oferecerá o cuidado médico e o atendimento psicoterápico necessário.



Lembre-se

O trabalho do psicólogo na Atenção Primária do SUS exige sua constante atualização sobre seus conceitos, programas, normas, diretrizes e Leis dentro das Políticas Públicas.



Faça você mesmo

Escolha um tema apresentado no “Não Pode Faltar” e pesquise mais sobre ele. Faça um breve resumo do que aprendeu.

Faça valer a pena

1. Atribuir aos Deuses e Espíritos do além as causas e interferências das moléstias e do adoecer é um modelo seguido pelos índios e outros povos antigos. O nome desse modelo conceitual sobre a saúde é:

- a) Modelo Holístico.
- b) Modelo Científico.
- c) Modelo Mágico-religioso.
- d) Modelo Espírita.
- e) Modelo Único.

2. O Modelo Holístico acredita na presença de elementos complementares e opostos, como o Yin e Yang, o cosmos, o ambiente físico, os animais e até os insetos. Quais povos seguem esse modelo conceitual?

- a) Os árabes e portugueses.
- b) Os povos orientais, como chineses e hindus.
- c) Os povos da América do Norte.
- d) Os povos da África.
- e) Os povos da Europa.

3. O Modelo Biomédico foi criado no século XVI e considerava o corpo humano como um sistema parecido com uma máquina bem montada. Podemos dizer que:

- a) Não é um bom modelo para saúde por vir da Biologia.
- b) É verdade, porque podemos consertar o corpo humano como um carro e sempre vai funcionar.
- c) Somente os médicos que também são biólogos podem trabalhar nele.
- d) Teve sua origem no método cartesiano de Descartes.
- e) No século XVI não houve nenhum Modelo Biomédico.

Seção 2.2

Construção da autonomia possível de usuários e familiares

Diálogo aberto

Você se lembra dos moradores do Residencial Alhures? Trata-se daquela comunidade carente, composta por ex-moradores de várias regiões da cidade em situação de risco (como beira de córregos) e que foram transferidos para este novo bairro.

Vários problemas decorrem desta situação: novas relações de vizinhança, infiltração do narcotráfico, falta de atendimento médico e de escolas, entre outras coisas. Mas, mesmo nestas situações, os problemas não param de surgir. Eduardo e Mônica se casaram na década de 1980, tiveram gêmeos, que agora já têm quase trinta anos e ainda moram com os pais, ou melhor, voltaram a morar. A filha, Eunice, vem de um casamento interrompido e, por falta de recursos, se abrigou novamente no antigo barraco – agora uma casa de alvenaria, mas bem pequena –, tendo que suportar as “indiretas” do pai, que atribui a ela o fracasso do casamento. Miguel, gêmeo de Eunice, foi trabalhar no porto de Santos, mas, com a modernização, perdeu o emprego devido à falta de qualificação para as novas exigências. Sem alternativas, voltou para a casa dos pais e vive de bicos, fora outras coisas não reveladas, mas cujos pais desconfiam, graças às péssimas companhias com as quais convive. Miguel tornou-se agressivo e a todo momento alguém bate na porta para “tirar satisfação” com o rapaz. A vizinhança, receosa, também hostiliza a família. O clima é péssimo e então resolveram procurar ajuda da assistência social no Centro de Saúde em que você trabalha.

Ao atendê-los, você se depara com as seguintes perguntas: Como deve ser conduzido o trabalho de fortalecimento dos vínculos da família e o usuário em situação de risco? Como ajudar sua autonomia? Como o restante da equipe pode ajudar? Será que na região onde eles moram (ou moravam antes) você pode obter outros meios? Afinal, este caso é de responsabilidade do CRAS ou do CREAS? E qual a função do psicólogo?

Não pode faltar

Caro aluno, nesta seção, vamos tratar de um serviço muito importante na Proteção Básica do SUAS: o trabalho com famílias em situação de risco.

Veremos como se desenvolve a política pública do Sistema Único de Assistência Social, realizado por meio do CRAS e do CREAS, com o objetivo de promover a construção de maior autonomia do usuário e família. Lembre-se das seguintes diretrizes: Interdisciplinaridade na execução do trabalho e Intersetorialidade com outras políticas públicas, interagindo em ações de diferentes serviços, como saúde, educacionais, de assistência social especializada em atender o idoso, adolescente e a criança, entre outros. Além de estarem presentes as parcerias com a Sociedade Civil em diversos serviços.

Segundo o MDS (2009), foi a partir da articulação das várias funções, serviços e atividades oferecidas pelos diferentes serviços públicos que se reconheceu as potencialidades dos membros das famílias e novas estratégias possíveis para o enfrentamento de suas vulnerabilidades.

O método de atuação na oferta de um atendimento efetivo deve iniciar buscando conhecer as famílias e o território onde as políticas públicas vão se realizar.

Muitas vezes estão na própria comunidade as informações mais importantes sobre os indivíduos que não são computadas em pesquisas oficiais. As atividades que serão desenvolvidas junto à comunidade se utilizam desses dados anteriormente coletados para reunir os usuários em atividades de grupo e coletivas. Há encontros com outros agentes de outras políticas, como Funai, Funasa e outras, de onde saem novas parcerias. Essa pesquisa deve incluir os chamados atores sociais, como as ONGs, igrejas, redes, associações comunitárias, além dos movimentos sociais e clubes, para saber também com quem se pode estabelecer parcerias e encaminhar os casos, quando necessário. Para isso, podemos usar bancos de dados, como o IBGE, o IPEA, o SEAD e o próprio MSF. A busca de informações mais precisas sobre as características próprias dessa população e suas demandas deve englobar os recursos existentes na região e deve preceder o cuidado.



Vocabulário

Escuta Ativa: é o atendimento ou cuidado com uma atitude de uma escuta sensibilizada do usuário e sua dinâmica como um todo.

Busca Ativa: é a atitude proativa do sistema de saúde, saindo em busca do usuário que pode necessitar de atendimento, inclusive, em sua própria residência.

Usuário: cidadão que utiliza os serviços públicos do SUS ou do SUAS.

Em sua gestão do trabalho com famílias em situação de risco, o SUAS segue algumas diretrizes:

- Gestão da Matricialidade: a família é o foco no contexto territorial.
- Gestão do Território Social: diagnóstico socioterritorial e articulação social.
- Ação da Rede Intersetorial: diálogo com as Políticas Públicas.
- Gestão da Proteção da Família: é ela que sofre as agressões.
- Articular outras redes para compartilhar a responsabilidade de proteger a família.
- Conhecer a rede assistencial, ou seja, fazer serviços no território.
- Busca Ativa-domiciliar: procurar a população em sua própria residência.
- Vigilância Socioassistencial: buscar dados do município.
- Função da Vigilância da Política: mais informação útil para a vigilância social.

E como é feito o encaminhamento do usuário e sua família?

Qualquer pessoa pode encaminhar alguém ou procurar pelos serviços do CRAS diretamente. As famílias que já estão cadastradas em programas de assistência social, como o Programa Bolsa Família ou Benefício de Prestação Continuada, são priorizadas na inclusão desses novos serviços. Algumas precisam de ajuda para poder cumprir as condicionalidades que esses Programas de Transferência de Renda exigem.

Esse cadastramento na rede de assistência pode ser feito, também, pelas visitas domiciliares ou em reuniões comunitárias.

O CRAS também possui em seus serviços, equipes volantes que acessam lugares mais distantes, como as tribos indígenas na região do rio Amazonas e em outras regiões. Essa atitude é preconizada por acreditar que deve-se ir ao encontro dos usuários e das famílias em seus territórios, o que é chamado de Busca Ativa.

Uma conduta preconizada relacionada às novas diretrizes do SUAS é a Clínica Ampliada, que significa um atendimento ao usuário para além de suas queixas, com uma escuta atenta e qualificada, que atenda o indivíduo de forma ampla, integrada e na relação com

os demais, que também vise à formação de vínculo e promoção de seu empoderamento, que significa o fortalecimento da autoestima e capacidades do usuário.

A oferta desse cuidado com as famílias segue as regras da tipificação dos serviços socioassistenciais do SUAS com seus dois níveis: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial.



Assimile

Empoderamento é o fortalecimento do usuário através do aumento de sua autoestima e de suas capacidades de enfrentar seus problemas.

2.2.1 Proteção social básica

Como vimos anteriormente, o CRAS, como porta de entrada do SUAS, é o local de oferecimento da Proteção Social Básica. Ela se destina a famílias com situação de fragilidade decorrente da pobreza, ausência de renda ou acesso precário/nulo a serviços públicos.

Famílias com pessoas com alguma deficiência física também são acolhidas. Esses casos diferem dos níveis mais avançados de proteção porque, aqui, as pessoas ainda têm o convívio familiar, mesmo que precário, o que não acontece em outros casos.

A manutenção da convivência junto à família e os vínculos com o usuário é essencial nesta política, visando fortalecer a todos. Além disso, segue o princípio da matricialidade. A assistência dentro do CRAS é feita por meio da Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), criado em 2004 pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS, 2005). Você se lembra desse programa? O que é PAIF?

[PAIF] consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva da família, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo (BRASIL, MDS, 2013, p. 1).



As atividades do PAIF seguem quatro eixos de ação: o acolhimento, atividades com famílias, atividades comunitárias e os encaminhamentos necessários para resolução do caso à rede de serviços. Esse é um trabalho social de caráter continuado, que busca dar ao usuário o acesso e usufruto de direitos e melhor qualidade de vida. O PAIF

“prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo” (BRASIL, MDS, 2013).

2.2.2 Proteção social especial

O serviço de Proteção Social Especial é oferecido nos CREAS e destina-se a indivíduos e famílias em situação de risco pessoal ou social, cujos direitos tenham sido violados ou ameaçados, ou pessoas que tenham sofrido violência física ou psicológica; abuso ou exploração sexual; abandono, com fragilidade de vínculos afetivos; e afastamento do convívio familiar. Suas ações com caráter protetivo requerem acompanhamento individual ou familiar com ações monitoradas de apoio com maior atenção.

Em algumas situações de vulnerabilidade, cabe ao CREAS executar, coordenar e fortalecer as ações junto ao Poder Judiciário.



Refleta

Você se sentiria bem atuando em um CREAS nesses casos mais graves com famílias?

Quais pré-requisitos precisaria ter um profissional de Psicologia nesse trabalho?

Acredita na recuperação possível dos vínculos entre o usuário e sua família em situações de risco? Em quais casos?

Atitudes que garantam o acolhimento do usuário também devem incluir, nesses casos, uma moradia em ambiente físico estruturado adequadamente e com higiene, salubridade, segurança, privacidade e acessibilidade, de modo geral.



Exemplificando

- A Clínica Ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar cada pessoa a transformar-se, de forma que a doença, mesmo sendo um limite, não a impeça de viver outras coisas na sua vida.
- A promoção do acolhimento pede que o profissional se prepare para dar ao usuário e sua família uma postura de aceitação de sua realidade no primeiro encontro, com uma atitude de reciprocidade e escuta ativa.

A Proteção Social Especial de alta complexidade tem quatro tipos de serviços de acolhimento: institucional (instituição de acolhimento, casa

lar, casa de passagem, residência inclusiva), república, família acolhedora e proteção em situação de calamidade pública e emergência.

Vale lembrar que no CREAS funciona o Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI).



Assimile

Lembre-se de que o serviço do CREAS, por meio do PAEFI, é direcionado às pessoas e famílias em situações de violação de direitos que são encaminhadas até ele por identificação ou por meio de serviços de proteção e vigilância social, Sistema de Segurança Pública e outros órgãos do Sistema de Garantia de Direitos e outros.

A equipe de referência do CREAS é composta por assistente social, psicólogo e advogado, que, apesar de terem as mesmas funções dos outros membros, ou seja, dar o acolhimento com escuta ativa, não podem substituir, em outras instâncias e políticas, qualquer equipe. Isso se deve a seu caráter de atuação específica na perspectiva psicossocial e/ou jurídico-social dessas unidades.

Ao psicólogo não cabe fazer terapia em algum usuário que dela necessite dentro do CREAS e, sim, deve encaminhá-lo ao SUS para tratamento psicoterápico. O advogado também não poderá exercer um trabalho forense no CREAS e, sim, avaliar o caso e orientar, com sua formação acadêmica sobre a autoridade competente da região, onde ele deve buscar ajuda. Atuando dentro do PAEFI/CREAS, sua função é de proteger e restabelecer a confiança do usuário no sistema de saúde e na sociedade, indicando os melhores caminhos.



Pesquise mais

Leia mais sobre o funcionamento do CRAS/SUAS:

- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Sistema Único de Assistência Social – SUAS**. Brasília: MDS, 2012.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para Prática de Psicólogas (os) no Centro de Referência Especializado da Assistência Social - CREAS**. Brasília: CFP, 2012.

2.2.3 Construção da autonomia

No trabalho de Construção da Autonomia, o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários pode ser muito beneficiado pelos serviços de convivência, que podem ser realizados no próprio CRAS/CREAS ou em outro local adequado à comunidade. São serviços complementares, oferecidos de acordo com as demandas das comunidades, como os Serviços da Proteção Especial de Média

Complexidade, e podem ter como objetivo atender às mulheres e suas famílias em situação de violência doméstica e de gênero.

Além disso, cursos diversos são oferecidos, além da criação de grupos comunitários e o oferecimento de palestras escolhidas para esse grupo, oficinas com habilidades específicas, entre outros. Tudo isso reforça a ideia de que a autonomia do usuário e de sua família é um processo de produção de saúde com o protagonismo dos cidadãos na sua construção ou reconstrução social.



Faça você mesmo

Assista ao vídeo a seguir e anote as atividades e conceitos propostos para o atendimento das famílias, segundo o PAIF.

YOUTUBE. **Trabalho com grupos de Famílias do PAIF** – O filme. Disponível em: <www.youtube.com/watch?v=CM4U-2L361M>. Acesso em: 30 jan. 2016.

Já no SUS, como no SUAS, o trabalho do psicólogo nessa área da Atenção Básica tem como finalidades fundamentais a desmistificação da loucura, a promoção da saúde e a garantia do acolhimento. Suas atividades específicas, segundo pesquisas do CREPOP, são: acolhimento, triagem, atendimento individual, palestras, oficinas, planejamento familiar, reuniões com equipe, gestores e outras instituições parceiras, visita domiciliar, encaminhamentos para rede de serviços, elaboração de laudos, além de grupos educativos com famílias, idosos, crianças, hipertensos, entre outros.

Sem medo de errar

Para resolver a Situação-problema desta seção, você e os demais envolvidos na discussão sobre o serviço público devem se lembrar de algumas coisas importantes que estudamos anteriormente. Primeiro, é preciso observar as características da família e seus problemas, com o objetivo de montar um plano de ação para o caso, que considere o conjunto dos problemas apresentados.

Você deve relacionar os passos recomendados pelas diretrizes do SUAS/CRAS/CREAS com os programas de cada nível de família e usuários em situação de risco. Além disso, deve considerar no planejamento de ação: as diretrizes do CREAS, a busca de dados do caso e da comunidade, os recursos para trabalhar, o PAIF, o MDS/CREAS e os modelos de procedimentos recomendados, além dos contatos interdisciplinares e intersetoriais para completar a ajuda.

Como vimos, quase ou todos os integrantes dessa família carecem de autonomia e, aqui, o psicólogo pode ajudar muito, com o acolhimento, escuta ativa, encaminhando quem considerar mais necessitado para atendimento individual e fazendo reuniões com todos os membros da família. Isso fortalece as potencialidades destas pessoas para conseguir autossustento com alguma formação e capacitação de trabalho, além de melhorar autoestima de todos, restabelecendo os vínculos afetivos entre os membros familiares.

Os outros profissionais, como o assistente social, os professores e os médicos, podem auxiliar com suas especialidades para compor a ajuda das áreas complementares ao cuidado, como, por exemplo, verificar o que os idosos podem ter direito (benefício continuado), necessidade de encaminhamento para o SUS para medicação (para depressão, se for o caso), grupos de orientação para drogadito, grupos de capacitação e outros serviços que considerarem necessários. Também pode ser útil buscar informações na comunidade em que moravam antes para saber outros vínculos que tinham e outras informações que podem ser úteis para ajudar no atendimento.

Finalmente, se considerarmos a questão da suspeita do filho como possível, ou tendendo a ser drogadito, será o CREAS o local de atendimento dessa família. O psicólogo, portanto, inicialmente, tem a tarefa de, junto com os demais colegas de equipe, acolher essa família com toda sua dinâmica e diversidade de problemas. Além disso, deve procurar, junto a eles, dirimir os conflitos, dando-lhes esperanças para mudar o foco de suas vidas para melhor; aumentando a afetividade entre eles.

Você pode recuperar, também, nas descrições do trabalho do psicólogo no livro didático, outras ações que considerar pertinentes ao caso, além do que já mencionamos aqui.



Atenção

O trabalho do psicólogo com a família tem como foco principal tentar restabelecer os vínculos afetivos entre seus membros.



Lembre-se

Autonomia vem do grego: *auto* (próprio) mais *nomos* (lei, regra, norma), formando "autogoverno", ou seja, a capacidade de tomar as próprias decisões para sua vida, saber o que é bom para seu "bem-estar". Ajudar na sua construção é uma tarefa do Psicólogo.

Avançando na prática

Pratique mais

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com a de seus colegas.

“Planejamento de Programa de Ação dentro do CREAS”

1. Competência de fundamentos de área	Conhecer e atuar em políticas públicas e programas de saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	Conhecer formas de desenvolver autonomia e recriar vínculos familiares.
3. Conteúdos relacionados	Autonomia do usuário e da família; vínculos familiares.
4. Descrição da SP	Daniel, 19 anos, chegou ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), no Acre, aos 16 anos. “Diziam que minha solução era a cadeia”, lembra. Ele conta que cresceu em uma comunidade violenta e não tinha nenhuma perspectiva de vida até conhecer o Centro. Quase não comia direito, pois, ao ficar em casa, só discutia com seus avós por conta de seu comportamento. Na rua passava o dia andando de um lado para o outro à procura dos “manos” com sua velha bicicleta. Se você trabalhasse neste CREAS, como atuaria?
5. Resolução da SP	Planeje o acolhimento dando muita atenção ao usuário, olhando para ele como alguém que tem suas aspirações na vida, outros anseios e outras capacidades. Valorize os elementos em que ele se apoia – até a bicicleta pode ser um instrumento útil como mediador de incentivo às ações posteriores de reeducação de valores. Faça um esquema com os passos para conseguir atuar de forma mais completa nesse caso, observando as outras possíveis dificuldades que podem surgir com seu relacionamento na comunidade (os manos). Além disso, busque na legislação e nos programas do SUAS quais passos são necessários para os encaminhamentos e contatos com outros setores, como a escola. Com outros profissionais, você traçará diretrizes para ajudar tanto este garoto, como seus avós.



Lembre-se

No vídeo a seguir, temos uma apresentação das atividades de um CREAS dando uma visão do trabalho com família.

YOUTUBE. **Famílias que mudaram de vida** - O filme. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=7NUIXz9KGtw>>. Acesso em: 30 jan. 2016.



Faça você mesmo

Assista ao vídeo a seguir sobre os serviços do SUAS no acolhimento das famílias e anote três conceitos importantes já estudados nesta seção e que você considera importantes.

YOUTUBE. **Síntese da Tipificação de Serviços Socioassistenciais em vídeo CEGOV** – Capacita SUAS. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=UmrNuVraEKU>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

Faça valer a pena

1. Dentro das direções do SUAS, podemos citar a Gestão do Território Social, a Gestão da Proteção da Família, Vigilância Socioassistencial e da Política e a Articulação de Redes. Quais as que estão faltando?

- a) Matricialidade, Busca Ativa, Rede Intersetorial e Rede Assistencial.
- b) Rede Própria, Rede Assistencial e Rede Proativa.
- c) Vigilância Sanitária e Vigilância Territorial.
- d) Matricialidade, Assistencialismo e Vigilância Sanitária.
- e) Busca Ativa, Financiamento Próprio e Cidadania.

2. Como é chamado o funcionário que tem a função de buscar informações na comunidade de contatos com os usuários fora da unidade e até compor as equipes volantes?

- a) Agentes de Viagem da Saúde.
- b) Agentes Comunitários de Saúde (ACS).
- c) Agentes do Assistencialismo.
- d) Agentes Voluntários de Saúde.
- e) Agentes da Vigilância Sanitária.

3. Os cuidados oferecidos às famílias seguem a tipificação dos serviços e são divididas em dois níveis. Como eles são chamados e onde eles acontecem?

- a) Proteção Inclusiva – UPS e Proteção Exclusiva – APS.
- b) Proteção Intensiva – SUS e Proteção Média – SUAS.
- c) Proteção Socioassistencial – SUAS e Proteção Intensiva – SUS.
- d) Proteção Social Básica – CRAS e Proteção Social Especial – CREAS.
- e) Proteção Intensiva Social – SUAS e Proteção Mediada – SUS.

Seção 2.3

Trabalho com crianças e adolescentes

Diálogo aberto

Você se lembra do Residencial Alhures? Aquele novo bairro que ainda não conta com toda a infraestrutura para seus habitantes, que tentam sobreviver com a falta de muitos serviços básicos e ainda enfrentam questões graves como tráfico de drogas, epidemia de dengue e outros problemas? O Centro de Saúde em que você trabalha como psicólogo passou a atender esta nova população e também enfrenta problemas pelo aumento repentino da demanda.

Você já deve imaginar que no Residencial Alhures, além dos problemas já citados, existem muitos outros, até pela diversidade de moradores com famílias que são constituídas por muitas crianças e adolescentes. O Centro de Saúde funciona como uma unidade do SUAS e é por isso que é lá que essa população vai buscar ajuda.

Uma forma de ajudar é receber denúncias, como esta: um casal, segundo os vizinhos, bate nas crianças e grita com elas, acusando-as de ter comprado balas com os trocados que ganharam pedindo esmolas nos faróis e que deveriam trazer para casa. Essa cena foi ficando repetitiva: a gritaria dos pais, seus xingos e os pedidos de socorro do garoto mais velho que só tem 6 anos, tentando proteger o irmão pequeno das agressões do pai, que sempre está sob efeito de álcool. Só isso já seria o suficiente para chamarem a polícia. Mas não era só este problema da família. As meninas da Clei, como são chamadas, com os nomes Jacimara (16 anos), Janaína (15 anos), Juraci (14 anos) e Jurema (13 anos), são agenciadas pela própria mãe em sua casa ou “servem a domicílio”, como são anunciadas pelo *WhatsApp*.

Cansada dessas cenas recorrentes, uma vizinha foi com Juraci pedir ajuda no SUAS que você trabalha. E agora? Como ajudar esta menina que não quer mais “trabalhar” assim para os pais e nem apanhar? E quanto aos meninos?

O que fazer nesses casos? O que se define como criança? E como trabalhar com crianças e adolescentes? O que é situação de violação e de risco? Como o Estatuto da Criança e do Adolescente pode ajudar? O que podemos chamar de violência na infância e

adolescência? Quais os órgãos que garantem direitos e que tipos de assistência podem ser oferecidos pelas políticas públicas? Enfim, como o psicólogo pode ajudar na Linha de Cuidado?

Vamos buscar saber todas essas questões juntos e resolver este problema!

Não pode faltar

Para resolver a situação apresentada, primeiro temos que identificar nosso foco de estudo: a criança que, segundo o ECA, vai até a idade de 11 anos. A partir desta idade, o ECA considera adolescente. No entanto, o Ministério da Saúde define como criança aquelas cuja idade é de 0 a 9 anos, ou seja, a partir de 10 anos são classificadas como adolescentes, observando o início da puberdade.

Segundo o Ministério da Saúde:

Crianças e adolescentes são sujeitos de direitos e devem ser tratados com prioridade absoluta nas políticas de saúde. Esses direitos estão consolidados no ordenamento jurídico brasileiro, mas, por vezes, são ameaçados pela violência difundida no tecido social, que afeta especialmente crianças, adolescentes e suas famílias (BRASIL, MS, 2010, p. 7).

Vale dizer que o Ministério da Saúde recebeu o mandato do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) alegando que deveria ser o Sistema Único de Saúde (SUS) o responsável para: “promover o direito à vida e à saúde de crianças e adolescentes, mediante a atenção integral à saúde, que pressupõe o acesso universal e igualitário aos serviços nos três níveis da atenção” (MS, 2010, p. 7).

Para esse fim, instituiu-se o Sistema de Garantia de Direito (SGD), que é composto, no campo do controle social e, subsidiariamente, na promoção dos direitos, pelos seguintes órgãos e instituições: os Conselhos Nacionais, Estaduais e Municipais dos Direitos da Criança e do Adolescente; e, no Campo da Defesa dos Direitos, pelo Poder Judiciário, Ministério Público, Centros de Defesa, Defensoria Pública, Segurança Pública e Conselhos Tutelares.

Esses direitos passam pelos órgãos que compõem a Rede Intersetorial, que são: Conselho Tutelar; Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); escolas, creches e outros serviços de

ensino; Ministério Público; Varas da Infância e da Juventude; delegacias especializadas para crianças e adolescentes; Instituto Médico Legal; Disque 100 para Denúncia Nacional de Violência Sexual; Programa de Atenção à Criança e ao Adolescente Ameaçado de Morte; e ONGs.

Ainda na área das legislações que apoiam e regulam o atendimento às crianças e adolescentes, em 1990, tivemos a Lei de n. 8.069, que criou o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Sua origem está na Convenção dos Direitos da Criança na Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1989. Hoje, apesar das críticas de setores mais conservadores, o ECA é um marco jurídico do Brasil e já recebeu algumas modificações, como em 2009, incluindo a Lei de Adoção, que acelerou o processo de adoção e regulou o tempo de jovens em abrigos. Compõe-se de 267 artigos com temas, como saúde, educação, esporte, lazer, cultura, dignidade, respeito, liberdade, proteção contra o trabalho infantil, regras de guarda, tutela e adoção, convivência familiar e comunitária, crianças e adolescentes com adição de drogas e álcool, entre outros temas.

Você pode se perguntar: mas por que tantos órgãos para cuidar das crianças e adolescentes?

Porque, segundo o MS, é na infância que vão ser absorvidos os valores básicos, como conceitos morais e éticos, formando a personalidade do indivíduo. E o fator violência, no início da vida e na adolescência, deixará marcas com danos que poderão ser irreparáveis por toda vida. Há vários tipos de violência: física, psicológica, sexual, negligência.

Portanto, é evidente que a violência pode gerar problemas sociais, emocionais, psicológicos e cognitivos capazes de impactar fortemente a saúde das pessoas ao longo de toda sua existência.

Isso reforça a importância de orientar as ações e pactuar estratégias para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, da Política Nacional de Promoção da Saúde e da Política Nacional de Atenção Básica/Primária, entre outras, conforme aconselha o próprio Ministério da Saúde.

Portanto, MS/SUS criou, dentro da Atenção Básica, uma estratégia de ação para a efetivação dos direitos da criança e do adolescente, chamando-a de Linha de Cuidado, que visa à produção do cuidado,

com diretrizes e ações, desde o início, com a atenção primária, até o mais complexo nível de atenção, interagindo com os demais sistemas de garantia de direitos, proteção e defesa de crianças e adolescentes. Seu propósito é, também, o de se agregar às demais estratégias, programas e políticas sociais, com vistas a assegurar recursos e garantir os direitos de crianças e adolescentes. São os princípios da Linha de Cuidado: igualdade, democracia, respeito, solidariedade, cooperação e integração entre os atores e organizações.

A Linha de Cuidado tem por objetivos o estímulo e promoção da Saúde e da Cultura da Paz; orientação de profissionais na integralidade do atendimento; e, também, a sensibilização dos gestores para a importância da organização dos serviços em rede no território.



Lembre-se

Cuidado é a “[...] 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, 2004, p. 22).

Uma dessas redes é a Rede de Cuidado e de Proteção Social para a Atenção Integral às Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência. Ela visa dar orientação do trabalho em rede como estratégia de superação da fragmentação da atenção e como fortalecimento da gestão dos serviços disponíveis na localidade.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) também integra a Linha de Cuidado e Atenção Básica, à medida que recebe os casos e dá continuidade ao atendimento e/ou ao seguimento na rede, conforme suas demandas. Foi instituída pela Portaria MS/GM n. 3.088, em 2011, para regular a criação, ampliação e articulação da atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Quando crianças e adolescentes, ainda assim, tiverem seus direitos violados, deverá ser acionado o SUS, com o acesso de seus serviços de atendimento e com seus três níveis de atenção à saúde.

Outra fonte de orientação do SUS/SUAS é a chamada Política Nacional de Humanização (PNH) que coloca em evidência o cuidado a partir da compreensão do acolhimento como um ato de aceitação, credibilidade e aproximação. É um acolhimento além da solidariedade, na linha da inclusão (MS, 2010).

Além disso, lançada em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) surge com o objetivo de trabalhar com os fatores das doenças e agravos, investindo na priorização de modelos de promoção da qualidade de vida, para prevenir violência e estimular a paz, induzindo novos modos de vida mais saudável em ambientes saudáveis.

Em 2010, o MS criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), formado por equipe multiprofissional para apoiar as Equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica para populações específicas, com apoio especializado (matricial). O núcleo faz o estudo de caso e do cuidado compartilhado aos pacientes, orientando situações de sofrimento, transtorno mental e aos casos de uso de álcool e outras drogas.

2.3.1 Trabalho com crianças e adolescentes em situação de risco

O trabalho com crianças e adolescentes em situação de risco é orientado também pelo Programa de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), criado pelo MDS, e tem como objetivo retirar crianças e adolescentes menores de 16 anos do trabalho precoce, permitindo tal trabalho só na condição de aprendiz, a partir da idade de 14 anos. O programa assegura a transferência direta de renda às famílias, assim como oferece a inclusão das crianças e dos jovens em serviços de orientação e acompanhamento, com exigência de frequência escolar.



Refleta

Você acha que são muitas iniciativas, programas, ações em defesa da criança? Imagine como seria o Brasil sem todo este esforço para a defesa de nossas crianças!

2.3.2 Programas atuais

Todos os programas mencionados estão sendo executados atualmente e suas atualizações passam pela teorização de termos que vão servir de filosofia, que é a base da prática dos profissionais e suas condutas éticas. Em 2006, foi implantado outro programa pelo MS para monitorar a informação dos casos de violência com crianças e adolescentes: o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Também foi criado o programa Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), do Ministério da Justiça, que articula ações de segurança com ações sociais e, ao mesmo tempo em que trabalha com políticas de repressão à criminalidade, atua com ações educativas e preventivas.



Lembre-se

Para conhecer mais ainda sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, acesse o *link* a seguir:

UNICEF. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10079.html>. Acesso em: 30 jan. 2016.

2.3.3. Novos termos e práticas

Como já vimos, o processo saúde-doença está relacionado aos determinantes sociais, que estão na base, no desenvolvimento e na perpetuação da saúde ou da situação de agravamento.

Já ouviu falar em Ambiência no SUS?

É outro conceito particularizado de forma a atender o profissional da área da saúde para o tratamento dado ao espaço físico, que passa a ser espaço social, profissional e de relação interpessoal, pois é ali que a atenção acolhedora será oferecida. Em todos os casos, o início do atendimento vai ter como norte o acolhimento, que buscará, junto ao usuário, o compartilhamento de saberes, angústias e criatividade. O profissional se responsabilizará com a atitude de dar abrigo e de aconchegar a criança e o adolescente em suas demandas. Perceba como está inserido o trabalho do psicólogo nesse apoio fundamental.



Atenção

O acolhimento não é um momento do cuidado e, sim, uma atitude a ser seguida durante todo o processo de contato com o usuário. A criança precisa ter sua confiança no adulto restaurada, porque é vítima de um esquema social perverso ao seu desenvolvimento.

A orientação para qualquer profissional – e, também, para o Psicólogo – é sempre manter uma atitude acolhedora, com a chamada escuta ativa, praticando a clínica ampliada e oferecendo o cuidado integral ao usuário; tudo para estabelecer e manter o vínculo tão essencial ao tratamento.



Pesquise mais

Este artigo é um guia com normas e orientações para o atendimento de crianças e adolescentes em situação de risco. Leia para se informar a respeito: BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à**

saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências.

Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

Já o manual de Direitos a seguir é uma ótima cartilha de atuação na saúde pública. Veja com atenção:

PINHO, A. et al. **Manual básico de saúde pública:** Um guia prático para conhecer e garantir seus direitos. Editora dos Autores: Penápolis, 2012. Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/Cartilhas/manual_basico_saude_publica.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

Um dos conceitos muito importantes dentro do SUS é a resiliência relacionada ao vínculo. O Ministério da Saúde a define como:



A Resiliência é compreendida como a capacidade de superar adversidades e de lidar positivamente com situações difíceis, como por exemplo, as de violência, que têm alto potencial de produzir muito sofrimento. Os fatores fundamentais para o fortalecimento da resiliência são os vínculos afetivos sólidos e o bom funcionamento da rede de relacionamentos. Eles atuam como suporte para que a pessoa reflita sobre sua vida e encontre forças para a superação, muitas vezes, desconhecidas por ela própria. Com isso, situações difíceis e obstáculos encontrados pela vida podem fortalecer a pessoa, em vez de fragilizá-la ou fragmentá-la (MS, 2010, p. 11).

Esse conceito transformado em atitude deve ser trabalhado desde a infância, para assegurar que as novas dificuldades que vierem depois, durante a vida, possam ser enfrentadas pelo indivíduo de forma mais eficaz e com maior perseverança.

A resiliência deve ser vista como uma qualidade a ser desenvolvida pelos pais, familiares e educadores desde cedo, sendo considerada uma ferramenta de resistência à frustração e ao desânimo diante dos problemas e dificuldades. Podemos trabalhar nessa conquista por meio do envolvimento, desde cedo, da criança na idealização de um projeto ou num planejamento, com etapas a serem conquistadas aos poucos para a realização de uma meta ou sonho. Os autores Assis, Pesce e Avanci (2006) também citam outros elementos que podem ser utilizados para fortalecer na criança e no adolescente a resiliência, como as atividades de lazer, esportivas e educativas em grupos ou em pares. Além disso, é importante que a relação com adultos sirva de modelo, considerando estes como provedores de afeto, de proteção e de melhora na autoestima. Os autores também

mencionam a importância da supervisão familiar e da religiosidade na formação da resiliência, principalmente em situações de crise.



Vocabulário

Ambiência: tratamento com atenção ao espaço de atendimento, com vistas a ofertar ao usuário um acolhimento melhor, que facilite a formação de vínculos.

Resiliência: capacidade de superar adversidades e frustrações, lidando com situações problemáticas com mais positividade e assertividade.

Linha de Cuidado: estratégia de ação para efetivação de direitos da criança e do adolescente, visando à produção do cuidado integral.



Exemplificando

Uma família insiste em mandar seu filho de 7 anos bater na porta das casas pedindo dinheiro para comprar comida e gás. A irmã da criança, que se recusa a fazer o mesmo, foi até o CREAS e pediu ajuda. Você acha que a reclamação procede? Que fundamentos legais dão respaldo à reclamação da criança?

Na Constituição Brasileira, o artigo 7, inciso XXXIII, determina a "proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre a menores de dezoito e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos" (BRASIL, 1988, *on-line*). Também assegura que a única exceção é dada aos aprendizes, que podem trabalhar a partir dos 14 anos.

O psicólogo deve recorrer à Linha de Cuidado para desenvolver suas ações, buscando no LD as diretrizes e os passos para saber como desenvolver a aproximação com a família e com a criança que está sendo vitimada. Num trabalho como esse, é importante se atentar para todos os itens que envolvem as famílias, incluindo outros profissionais e setores que podem auxiliar na recuperação da família e da criança.

E como psicólogo e os outros profissionais podem auxiliar, com suas atitudes, o trabalho com crianças e adolescentes? Como pode ajudar a fortalecer a resiliência?

Algumas atitudes podem ser tomadas, como a escuta ativa ou atenta para seus problemas; acolher suas expressões de tristeza, raiva e medo; oferecer apoio e segurança; propiciar a criatividade na busca de saídas dos conflitos e problemas; e, principalmente, criar vínculos tão cruciais para as crianças e adolescentes atendidos e suas famílias em situação de violência. Essa postura de aceitação auxiliará, e muito, a criança e o adolescente em seu desenvolvimento e ela é percebida por pequenos gestos, pelo olhar e pela linguagem do

profissional. O cuidado também é carinho e aconchego, facilitando a promoção da autoestima. Esse mesmo cuidado deve ser mantido na atuação com a família, dando-lhe mais espaço para expor seus sentimentos, suas experiências e, principalmente, oferecendo condições de ressignificar as relações entre seus componentes.

Quanto à prevenção da violência, o profissional pode encontrar apoio nas publicações do Ministério da Saúde, do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) e de sites relacionados aos temas buscados. No entanto, lembramos que o mais significativo é sempre a atitude interna de querer realmente ajudar, ser aquele se propõe a ajudar. É bom lembrar, também, que o próprio profissional precisa de ajuda de outros profissionais, tanto para articular o caso que atente, como para cuidar de si mesmo, quando precisar.

Você também, não acha que esse cuidado é bom para todos?

Figura 2.3 | Crianças Quebrando Pedras para Construção



Fonte: <http://www.adital.com.br/site/noticia_imp.asp?lang=PT&img=S&cod=78122>. Acesso em: 30 jan. 2016.



Assimile

Qualquer violência, inclusive a psicológica, causa danos à autoestima, à identidade e ao desenvolvimento da criança e do adolescente. E o cuidado deve promover vínculos significativos para diminuir os efeitos danosos.



Refleta

1. Mesmo tendo o ECA determinado que toda criança e adolescente tem direito à saúde integral, você acredita que ele é sempre cumprido?
2. Você acredita que exista em seu meio alguma criança ou adolescente em situação de risco ou de violação de direito?
3. Já viu alguma criança em situação de trabalho infantil?



Faça você mesmo

Pesquise no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), os artigos sobre o cuidado a ser oferecido aos adolescentes com dependência em drogas e bebidas alcoólicas. Selecione-os e anote os setores e procedimentos envolvidos para o cuidado desses casos. Imagine uma estratégia de atuação dentro das normas do SUS.

Este artigo é muito explicativo sobre o ECA e pode te ajudar:

MARINHEIRO, Maria do L. Alves et al. **Oficina do Eca**: Estatuto da Criança e do Adolescente. Editora Batista Independente: Campinas, 2013. Disponível em: <<http://www.redemaosdadas.org/wp-content/uploads/2014/05/Cartilha-Oficina-do-ECA-volume-2.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

Sem medo de errar

Como as políticas públicas podem contribuir para que o psicólogo intervenha nesta situação, pensando que aqui temos vários tipos de problemas na Situação-problema? Crianças vítimas de violência doméstica e do trabalho infantil, adolescentes vítimas de violência e exploração sexual, além da violência psicológica permanente. Como o conteúdo desta seção te ajudou a resolver esta situação?

Você estudou nesta seção sobre a Linha de Cuidado. Segundo o Ministério da Saúde, ela tem por objetivos três pontos: 1) Estimular as ações de promoção da saúde e cultura de paz, bem como de prevenção de violências; 2) Orientar os profissionais de saúde para a importância da integralidade do cuidado nas dimensões do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e de proteção social; 3) Sensibilizar os gestores para a organização dos serviços em rede no território, para a atenção integral a essas crianças, adolescentes e suas famílias.

Devemos estabelecer um plano de ação considerando as opções oferecidas pelo SUS, como, por exemplo, o Programa de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), que assegura a transferência de renda direto à família, além dos serviços de orientação e acompanhamento. Temos também o Sistema de Garantia de Direitos, que possui uma relação dos órgãos que podem ser acessados para compor a rede de assistência para cada caso. E, quando preciso, é possível acionar o Conselho Tutelar.

Outras orientações a serem seguidas são dadas pela Rede de Cuidado e de Proteção Social para a Atenção Integral às Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência e pelo Conselho Federal de Psicologia.



Atenção

A Rede de Cuidado e de Proteção Social para a Atenção Integral às Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violência e o Conselho Federal de Psicologia, assim como o Conselho Tutelar e o Sistema de Garantia de Direitos (SGD) e dos Órgãos podem ser acessados na composição da rede de assistência para cada caso.

Ao lidar com situações como esta, devemos considerar a ambientação, a acolhida, a escuta ativa e, também, desenvolver a autoestima e a resiliência nos envolvidos. A mesma atitude deve fazer parte das ações com a família para ajudá-la a se transformar e ressignificar sua história, reconfigurando os laços familiares. A rede de atenção psicossocial também pode dar continuidade ao atendimento ao pai pelo uso do álcool, por meio do CREASad.

Releia o “Não Pode Faltar” e veja outros programas nacionais que poderiam ser acionados no atendimento a esta família.



Lembre-se

O Conselho Federal de Psicologia oferece referências para o Psicólogo atuar em casos de violência familiar. Veja o artigo:

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Serviço de Proteção Social a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência, Abuso e Exploração Sexual e suas Famílias: referências para a atuação do psicólogo. Conselho Federal de Psicologia: Brasília, 2009. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/10/CREPOP_Servico_Exploracao_Sexual.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

Avançando na prática

Pratique mais

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com a de seus colegas.

“O Psicólogo atuando com crianças e adolescentes em situação de violação de direitos”

1. Competência de fundamentos de área

Conhecer e atuar em políticas e programas de saúde.

2. Objetivos de aprendizagem	• Conhecer mais a terminologia do SUS na área de saúde pública. • Conhecer os programas para atendimento à criança e ao adolescente. • Conhecer os direitos da Criança e do Adolescente. • Conhecer os programas e diretrizes de assistência e proteção social.
3. Conteúdos relacionados	Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI); Centro de Referência em Políticas Públicas (CREPOP).
4. Descrição da SP	Você acabou de entrar no CREAS e não sabe como deve ser o procedimento do psicólogo quando tem que atender uma criança ou adolescente em situação de violência e violação de direitos. Portanto, precisa conhecer melhor as orientações para essa atuação profissional. O que fazer?
5. Resolução da SP	Os procedimentos pertinentes à função do psicólogo dentro da Linha de Cuidado, além do acolhimento integral e escuta ativa, têm como base as orientações do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Psicologia para o bom exercício da profissão e para a eficácia do cuidado junto a essas crianças e adolescentes. A ação junto à família, de nossos pequenos usuários, deve ser lembrada. Busque referências em nosso Livro Didático e, também, no CREPOP e suas cartilhas.



Lembre-se

A Linha de Cuidado tem por objetivos: estimular e promover a saúde e a cultura da paz; orientar profissionais na integralidade do atendimento; e sensibilizar os gestores na organização dos serviços em rede no território.



Faça você mesmo

Pesquise neste site referências do Conselho Federal de Psicologia sobre o trabalho do psicólogo na Linha de Cuidados para Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem:

UFMS. Linha de Cuidados para atenção integral à saúde do adolescente e do jovem. 2010. Disponível em: <<http://virtual.ufms.br/objetos/Unidade4/obj-un4-mod2/5.html>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

Faça um resumo dos pontos mais importantes desse material!

Faça valer a pena

1. Qual o objetivo do Ministério da Saúde quando implementou a Política Nacional de Humanização como um modelo de atenção?

- a) Colocar o cuidado como uma atitude de aceitação, credibilidade e aproximação do usuário.
- b) Colocar o profissional para refletir sobre seu comportamento desumano.
- c) Colocar o SUS como modelo de comportamento humano.
- d) Colocar a atenção do SUS como não sendo desumana.
- e) Colocar o usuário como dependente do SUS para poder tratá-lo.

2. Trata-se da capacidade de resistir às frustrações e enfrentar dificuldades com uma atitude mais positiva e esperançosa. De qual conceito do SUS estamos falando?

- a) Do cuidado.
- b) Da Atenção Básica.
- c) Da resiliência.
- d) Da escuta atenta.
- e) Do acolhimento.

3. O Ministério da Saúde criou um conceito para atuar com crianças e adolescentes em situação de risco e violência, chamado Linha do Cuidado. Assinale a alternativa que caracterize a Linha de Cuidado:

- a) Uma linha que deve ser seguida com cuidado.
- b) Uma estratégia de ação para efetivação dos direitos da criança e do adolescente.
- c) Uma forma de dizer que tem que andar na linha com cuidado.
- d) Um método de dirigir usado na estrada para evitar violência.
- e) Um jeito de orientar as crianças para estudar.

Seção 2.4

O trabalho com o idoso

Diálogo aberto

Você trabalha como psicólogo em uma unidade do SUAS que atende o Residencial Alhures. Além disso, o Centro de Saúde também enfrenta problemas diante do aumento repentino da demanda. Portanto, nesta seção, vamos lidar com outra Situação-problema vivida pelos moradores do novo bairro: o CREAS de lá tem recebido outra demanda de queixas para resolver. Pessoas idosas têm denunciado maus tratos e até violência por parte de seus cuidadores, que, inclusive, roubam suas parcas economias ou pensões. Alguns casos de desvio de dinheiro chegam a ter um esquema de caráter profissional, com a presença de “coiotes”, que são pessoas que fraudam o sistema previdenciário com documentos falsos, lesando os idosos sem qualquer pudor. Se isso não bastasse, ainda sofrem de doenças típicas dessa faixa de idade, como reumatismos, pressão, problemas cardíacos, Alzheimer e tantos outros, necessitando utilizar medicações caras.

Como o serviço público pode atender a estas denúncias? Como atender as demandas desta faixa de idade da população? Afinal, o que é ser idoso? Quais os conceitos, as leis e normas que regem este atendimento? Quais os programas e órgãos existentes na Saúde Pública para assistir o idoso? O que é o Estatuto do Idoso? Quais as teorias que embasam o trabalho do SUS para este público? Como o psicólogo pode ajudar no serviço público?

Figura 2.4 | Cuidado e Apoio ao Idoso



Fonte: <www.acimo.org.br>. Acesso em: 30 jan. 2016.

Não pode faltar

Vamos estudar nesta Seção 2.4 um tema que reflete uma nova realidade na sociedade, que apresenta duas faces. Por um lado, com os avanços da Ciência, o ser humano está vivendo mais. Por outro, com o envelhecimento de um maior número de pessoas, o Sistema Público de Saúde não está conseguindo atender de forma eficaz essa nova demanda. Essa parte da população encontra muitas dificuldades, pois, nossa cultura atual não valoriza o idoso como alguém importante, mas o considera um fardo para a sociedade, com carências e problemas, sem algo a contribuir. Com isso, a qualidade de vida do idoso pode piorar muito e, ao se aposentar, na maioria das vezes, seus rendimentos são menores do que quando estava trabalhando, agravando a situação.

Os problemas para as pessoas acima de 60 anos englobam também abandono pela família e até maus tratos, além de uma condição física mais debilitada.

Por causa deste quadro, o Ministério da Saúde criou o Centro de Pesquisa em **Desenvolvimento/e Envelhecimento** (CEPEDEN). Seu objetivo é dar assessoria e orientação às famílias de idosos, oferecendo elementos para promover uma sensibilização na sociedade e procurando estimular uma velhice sadia, mais produtiva e agregada à família. O trabalho envolve orientação às famílias a respeito do idoso: desde a compreensão dos fatores de risco à saúde física e mental, até o incentivo à sua autonomia e participação na rede social, bem como a adaptação às novas condições do idoso e seus valores. Para isso, oferece cursos, palestras e outras atividades.

Vamos agora percorrer o caminho das Legislações do Brasil sobre o trabalho com o idoso. A Lei nº 6.179/1974 instituiu a Renda Mensal Vitalícia para pessoas com 65 anos ou mais, por meio do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Dois anos mais tarde, instituiu-se o Programa de Assistência ao Idoso (PAI), para formar grupos de convivência que aconteciam nos postos do INPS. Já em 1987, houve uma reestruturação na LBA e no PAI, que resultou no novo Projeto de Apoio ao Idoso (PAPI). Nesse mesmo ano, criou-se mais um projeto, o Vivência, com mais ações de saúde, assistência social, educação e cursos para a terceira idade, preparando os idosos para a fase da aposentadoria e, também, para entrarem em Universidades Federais para a terceira idade.

Em 1979, ocorreu a Comissão Especial de Gerontologia Social, hoje chamado de Departamento de Gerontologia Social. Em 1985, foi fundada a Associação Nacional de Gerontologia. A Constituição Federal de 1988 também contempla o idoso nos artigos 14, 40, 201, 203, 229 e 230. Em 1993, por meio da Lei Orgânica da Assistência (Lei nº 8.742/1993), foi criado o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social, que permite a todos os idosos que se enquadrem em seus critérios receberem um benefício, mesmo sem terem contribuído.

Em 1994, com a Lei nº 8.842/1994, tivemos a Política Nacional do Idoso (PNI), com o objetivo de garantir o seu bem-estar físico, emocional e social, priorizando o atendimento não mais de forma asilar, mas em suas famílias. A PNI buscou o apoio de profissionais de saúde para ações de promoção do idoso. Além disso, capacitou pessoas para serem cuidadores informais, que são profissionais que podem dar um apoio responsável e humano a essas pessoas, com treinamento e supervisão. Também foi buscar apoio em instituições, centros-dia e apoio familiar.

Em 1998, criou-se o Programa Terceira Idade em Ação, com o Núcleo de Pesquisa e Extensão Universitário (NUPEUTI), oferecendo cursos de duração de dois anos para idosos, com atividades socioeducativas, como a Universidade Aberta à Terceira Idade. Em seguida, a Lei nº 10.048/2000 priorizou o cuidado ao idoso e a Lei Estadual nº 5.244/2002 criou a Política Estadual do Idoso (PEI), no Estado de São Paulo.

Em 2003, foi criada a Lei nº 10.741, que institui o Estatuto do Idoso, com o objetivo de regulamentar os direitos e as ações com o idoso. Como exemplo, seu artigo 2º diz:

O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003, p. 1).

”

Seu artigo 3º diz que:



É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003, p. 1).



Faça você mesmo

Leia neste site um pouco mais sobre a Lei que instituiu o Estatuto do Idoso: BRASIL. **Estatuto do Idoso e normas correlatas**. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70326/672768.pdf?sequence=2>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

Faça anotações de pontos que considerar importantes para o trabalho com o Idoso e com a promoção de sua qualidade de vida.

Outras ações foram instituídas pelo Ministério da Saúde, como: o Guia Prático do Cuidador e o Projeto Denunciar, da Secretaria de Assistência Social e Cidadania, pedindo uma postura ativa e fazendo parcerias com Prefeituras Municipais, Secretarias de Estado, Segurança Pública, Delegacias do Idoso e Coordenadorias Estaduais de Direitos Humanos.

O Ministério Público também elaborou a Cartilha do Idoso para oferecer serviços, orientações e leis sobre procedimentos da área da saúde e outros benefícios aos idosos. Também criou-se o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Pessoas Idosas, que tem como objetivo propiciar ações e atividades para a pessoa idosa, com vivências em grupo, experiências com arte, cultura, esporte e lazer e, também, a valorização da vida. Essas atividades são ofertadas nos CRAS e têm como referência o trabalho com a família. Temos ainda a Política Nacional de Assistência Social, a Política de Proteção Básica e a Política de Proteção Especial para casos de violência ou situação de risco de direitos, por meio do Sistema Único de Assistência Social.

Todas essas iniciativas visam proteger e apoiar o idoso. Mas o que é ser idoso? O que é o envelhecimento em nossa sociedade?

São muitos os conceitos que repercutem na formação de nossos programas sociais. Segundo Rodrigues e Brêtas (2014, p. 345), citando Brêtas e Oliveira (2000):

O envelhecimento, tal qual a saúde, é silencioso; nós não os percebemos na sua plenitude. Na maior parte das vezes, apenas os identificamos quando adoecemos. Dados históricos demonstram que a realidade social em qualquer país capitalista é marcada pela desigualdade social, fruto da má distribuição de renda. Essa desigualdade é observada no âmbito do trabalho, uma vez que o local que o indivíduo ocupa na sociedade reflete o lugar que ocupa no sistema produtivo e vice-versa. Quanto maior a desigualdade social, maior será a repercussão na qualidade de vida da sociedade de uma forma geral e do indivíduo e sua família em particular.

E as autoras continuam:

Nesse contexto, ressaltamos que o envelhecimento é um fenômeno natural e processual, que vai do útero ao túmulo, contém a fase da velhice, mas não se esgota nela, ou seja, entendemos [...] como um processo de vida. A qualidade de vida e, [...], a qualidade do envelhecimento se relacionam com a visão de mundo do indivíduo e da sociedade em que ele está inserido, bem como com o 'estilo de vida' conferido a cada ser (RODRIGUES; BRÊTAS, 2014, p. 345 *apud* OLIVEIRA; BRÊTAS, 2010).

Rodrigues e Brêtas (2014, p. 354), agora citando Mercadante (2000), afirmam que:

Em nossa sociedade, ser velho significa, na maioria das vezes, estar excluído de vários lugares sociais. Um desses lugares, densamente valorizado, é aquele relativo ao sistema produtivo, o mundo do trabalho. Essa exclusão do mundo produtivo, extremamente valorizado na nossa cultura, espalha-se e cria barreiras impeditivas de participação do velho nas outras tantas e diversas dimensões da vida social.

A situação do idoso apresenta outro elemento que faz parte do ritual da vida com a chegada da aposentadoria, que é vista por muitos, e até pela sociedade em geral, como uma espécie de morte social com a consequente retirada do mercado produtivo e maior isolamento.

Além da imagem negativa e pejorativa associada ao velho/velhice nas sociedades capitalistas, as pessoas não aceitam o envelhecimento com tranquilidade, em razão da perda de seus papéis sociais. "Assim, a importância do trabalho na vida dessas pessoas e a ideia de inutilidade

causada pela perda do papel profissional justificam, em parte, por que muitos continuam no mercado de trabalho mesmo após a aposentadoria” (RODRIGUES; BRÊTAS, 2014, p. 355).

A partir da compreensão de duas teorias sobre o Desenvolvimento do Processo de Envelhecer, os programas desenvolvidos na saúde pública tentam valorizar a convivência e estimular a atividade das pessoas idosas. A primeira teoria aborda o desejo de maior isolamento como algo natural no idoso, conforme nos dizem Marques e Assis (2002, p. 62):



A teoria do desencajamento tenta explicar o processo de envelhecimento entendendo que os idosos que procuraram se manter ativos, sofreram um conflito íntimo, pois o desejo de expansão do espaço vital é contraditório com o fim da vida. Entende que o idoso desejaria certas formas de isolamento, a redução de contatos sociais (desvinculação), e que, ao fazê-lo, se sentiria feliz e satisfeito, com um maior bem-estar.

Não devemos confundir o desejo de desencajamento com depressão, pois o primeiro é uma postura natural por características de personalidade e o segundo é um problema de saúde que pode afetar qualquer indivíduo.

Em contraponto com a Teoria do Desencajamento, temos a que qualifica a atividade física como aquilo que propicia ao idoso melhor qualidade de vida, chamada de Teoria da Atividade. Essa teoria tem como base o princípio descrito por Salgado (1999, p. 85) de que “a atividade social é em si e por si benéfica e produz uma maior satisfação com a vida”.

Como podemos ver, os dois modelos explicam, cada um deles, uma parte dos indivíduos, que, por seus tipos de personalidade, condições financeiras, culturais e de saúde, serão analisados e assistidos pelo SUS. Caberá, então, aos profissionais responsáveis pelo caso, dar o encaminhamento adequado para um atendimento mais engajado às atividades sociais e grupais, ou às atividades individuais.

A partir da década de 1990, o SUS priorizou a utilização do modelo chamado “envelhecimento ativo” em suas ações, buscando incentivar a participação e otimização das oportunidades de saúde. Alguns autores alertam para o perigo da ênfase no modelo ativista em relação ao trabalho com o idoso, considerando que, quando há uma supervalorização nesse lado, poderemos perder contato com

outros elementos importantes de seu psiquismo e de toda a história de sua existência. Um exemplo disso seria desconsiderar os outros valores, como a religiosidade, sua cultura de origem, a educação e outros aspectos de sua bagagem afetiva.

Como forma de combater o isolamento dos idosos, existem os grupos de convivência, que buscam aumentar o contato interpessoal, a sociabilidade e criatividade, reduzir o isolamento, melhorar a autoestima, além de aumentar o lazer e a capacidade de influência no ambiente. Essa é uma política de promoção de interação entre os idosos para dividir seus problemas e, também, gerar novos vínculos. Assim, como nos salienta o Conselho Federal de Psicologia (2011, p. 16):



Pesquise mais

Pesquise mais sobre os recursos e orientações para trabalho com o idoso no documento a seguir:

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social; Departamento de Proteção Social Básica. **Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Pessoas Idosas**. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://craspsicologia.files.wordpress.com/2013/09/orientacoes-tecnicas-do-scfv-para-pessoas-idosas.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

Neste link, temos os dispositivos do Estatuto do Idoso:

BRASIL. **Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 30 jan. 2016.

Outras modalidades de intervenção são feitas no trabalho com idoso na saúde pública, visando à aquisição de competências e habilidades pessoais, sociais, políticas e técnicas, para possibilitar uma interação maior na sociedade e a construção de autonomia; São elas: ações coletivas, encontros, oficinas, cursos, palestras, orientações e outras, além de fazer encaminhamentos intersetoriais, quando necessário. O atendimento daquele idoso que não tem condições para as atividades físicas também é considerado para que receba da Atenção Básica o mesmo cuidado.

O Serviço Social de Assistência Social (SUAS) também oferece ao idoso outros benefícios, como: o acesso gratuito a medicamentos específicos para pressão alta, diabetes, entre outros; aparelhos de próteses e órteses; direito a acompanhante numa internação ou em observação, segundo o critério médico.



Refleta

Você acredita que pode oferecer, por meio do SUS, um atendimento reconfortante e eficaz ao idoso? O que sente fazer falta no SUS para um bom cuidado?

A família exerce um papel fundamental no processo de identidade dos indivíduos, no processo de socialização das crianças, na constituição de referências de afeto e na proteção e cuidado de seus membros, incluindo a pessoa idosa. Dentro da filosofia seguida pela política de assistência social, o conceito de família é mais abrangente do que o usual, considerando como seus componentes não só as pessoas com ligações pelo sangue, mas, sim, todas aquelas que estão unidas pelo afeto, pelas relações de dependências econômicas e de outros compromissos sociais e responsabilidades mútuas.

Para fortalecer esse trabalho, o Ministério da Saúde instituiu, em 1994, a **Estratégia Saúde da Família (ESF)**, que é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família, médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde; também pode incluir os profissionais de saúde bucal. O objetivo é mudar o foco do atendimento emergencial, antes só no paciente, para seu contexto de cuidado dentro da família, buscando procedimentos para promover, também, a prevenção.



Assimile

Tanto no SUS como no SUAS a família é o centro da matricialidade e deve ser sempre presente no cuidado ao usuário.

Existem ainda orientações para os psicólogos nos CRAS/CREAS estabelecidas pelo Ministério da Saúde, em 2011: observar as normas do Guia de Orientações Técnicas do CREAS; fortalecer a função protetiva da família; auxiliar na transformação de padrões de relacionamento familiar e comunitário com violação de direitos; trabalhar para o empoderamento e autonomia do idoso, potencializando seus recursos para a superação das situações de violência ou outros problemas; melhorar suas relações com a família e a comunidade; auxiliar a participação social e o acesso das famílias e indivíduos aos direitos socioassistenciais e à rede de proteção social; e prevenir o agravamento e a sua institucionalização.



Exemplificando

Os programas como CEPEDEN, PNI, PAPI, NUPEUTI e outros são alicerçados em leis que protegem o idoso e a principal delas é a que instituiu o Estatuto do Idoso, a Lei nº 10.741/2003. Ela pode ser acessada para orientar o trabalho do psicólogo nas Unidades de Atendimento.

Os casos de alta complexidade devem seguir os procedimentos indicados nas normas de conduta do CREAS, para outros tipos de usuários, e no Centro de Referências de Políticas Públicas do Conselho Federal de Psicologia (CREPOP). Os Programas do Ministério da Saúde também devem atender ao idoso e sua família, tais como: Proteção e Atendimento Especial à Família e Indivíduo (PAEFI); Proteção Social Especial Pessoas Deficientes e Idosos e Famílias (PCDIF); Unidade de Acolhimento ao Adulto (UAA); Programa de Atenção Integral à Família (PAIF); Serviço de Acolhimento Institucional; e outros. E, para dar amplitude às ações, todos os Programas da Atenção Primária no SUS e de Proteção Básica no SUAS priorizam o trabalho com a formação de Equipes Multidisciplinares, já que cada especialidade contribui com o seu saber.

Para concluir, lembramos as palavras de Debert (1999, p. 182):

A velhice não é uma abstração porque as pessoas não são uma abstração, portanto a velhice é uma realidade vivida por pessoas velhas com suas histórias, com suas experiências de velhos, porém histórias e experiências de vida singulares. Vividas no contexto socioeconômico, cultural e étnico em que cada um está inserido.



O mais importante em todo esse trabalho com o idoso é o cuidado, com todas as recomendações do bom acolhimento, com a atenção ativa, a ambientação, entre outras práticas, mas, principalmente com o coração e a consciência da sua responsabilidade como profissional. Você pode muitas vezes ser o instrumento para a mudança de uma vida para melhor!



Vocabulário

ESF: Estratégia de Saúde da Família.

CEDEPEN: Centro de Pesquisa em Desenvolvimento/e Envelhecimento.

PAI: Programa de Atendimento ao Idoso.

PEI: Política Estadual do Idoso.

Sem medo de errar

No Residencial Alhures existem denúncias de idosos sendo desrespeitados em seus direitos. Além disso, em seu trabalho no CRAS, você se deparou com outras demandas específicas desta faixa etária. Surgiram, assim, muitas questões: Como o serviço público pode atender a estas denúncias e como atender às demandas desta faixa da população? O que é ser idoso? Quais os conceitos, as leis e normas que regem este atendimento? Quais os Programas e Órgãos existentes na Saúde Pública para assistir o idoso? Além disso: o que é o Estatuto do Idoso? Quais as teorias que embasam o trabalho do SUS para este público? Como o psicólogo pode ajudar no serviço público?

Você estudou que a sistematização do Serviço Público por meio do SUS é feita para atender a estas denúncias e outras necessidades dessa faixa de idade da população, assim como os conceitos, as leis e normas que regem este atendimento. Também já conhece os Programas e Órgãos existentes na Saúde Pública para assistir o idoso e, ainda, o Estatuto do Idoso. Como temos o idoso sofrendo uma situação de violação de direitos, você tem as referências na seção “Não Pode Faltar” e deve seguir orientação do Sistema de Garantia de Direitos (SGD) e o Estatuto do Idoso.

O Ministério da Saúde instituiu programas para fazer frente à nova demanda, como o Centro de Pesquisa em Desenvolvimento/e Envelhecimento, com o objetivo de dar assessoria e orientação às famílias de idosos, oferecendo elementos para promover uma sensibilização na sociedade em seu benefício. Além disso, há uma legislação no Brasil sobre o trabalho com o idoso e os Programas do Ministério da Saúde (Renda Mensal Vitalícia, PNI, PAI, PAPI, PEI, ANG, BPCS, NUPEUTI, PNAS, entre outros).

Outro item importante para a resolução da Situação-problema é o conhecimento das teorias que embasam o trabalho do SUS com o idoso, como a do desengajamento, considerado natural para essa fase da vida, e a da atividade, mais incentivada nas práticas do SUS/SUAS.

Busque conhecer melhor a Lei nº 10.741/2003, que institui o Estatuto do Idoso para assegurar o amparo dos idosos. É também

bom rever as outras providências do MS nessa assistência, como o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Pessoas Idosas, além do Projeto Denunciar e da publicação do Guia Prático do Cuidador e da Cartilha do Idoso.

Veja as teorias que embasam o trabalho do SUS para este público e como o trabalho do psicólogo pode ajudar com uma atitude de acolhimento e consciência de sua responsabilidade na vida dessas pessoas e suas famílias.



Atenção

Pessoa Idosa busca dar apoio e acolhimento à terceira idade. Veja o artigo a seguir para conhecer mais sua filosofia:

PEREIRA, Potyara A. P. **Política de Assistência Social para a Pessoa Idosa**. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_eixos/4.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.



Lembre-se

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) nos oferece referência para o trabalho com idoso por meio do seguinte manual:

CREPOP. **Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas na atenção Básica à Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2011/02/Praticas_ABS.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

Avançando na prática

Pratique mais

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com a de seus colegas.

“Atuação do Psicólogo em caso de Agressão de Idoso”

1. Competência de fundamentos de área	Conhecer e atuar em políticas públicas e programas de saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	Conhecer os programas e leis que envolvem o trabalho com o idoso.
3. Conteúdos relacionados	Programas do Ministério da Saúde; Serviços do Ministério da Justiça; Trabalho do CRAS/CREAS; Estratégia de Saúde da Família (ESF); e CREPOP na área do idoso.

4. Descrição da SP	Uma idosa buscou o CRAS para denunciar os maus tratos de seu filho, que, além de ser alcóolatra, insiste em não trabalhar e exige que ela entregue seu “benefício” a ele para gastar com bebidas. Ela não sabe o que fazer porque quer o bem de seu filho, mas, por sua idade, 72 anos, já teve várias partes do corpo quebradas em suas quedas, durante as brigas. O que o psicólogo pode fazer num caso desses?
5. Resolução da SP	Em primeiro lugar, lembre-se de que casos que envolvam violação de direitos e violência devem ser atendidos pelos CREAS! Digamos, então, que você está no CREAS para onde ela foi encaminhada. Você deve seguir a orientação do CREPOP, na Cartilha sobre o Trabalho com Idoso. Além disso, deve observar as entidades associadas para encaminhamento para a família, como os Alcoólicos Anônimos (AA), e os Programas de Proteção ao Direito do Idoso. Procure no livro didático quais os serviços que podem ser acessados. Adote a interdisciplinaridade para o contato e cuidado do filho e outras providências necessárias, buscando ajuda nas equipes multidisciplinares.



Lembre-se

Como você pode ver, o trabalho deve sempre ter a ajuda da Equipe Multidisciplinar, da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e de outros tipos de programas que couberem a cada caso atendido. Lembramos que os idosos e suas famílias são enquadrados no nível de casos de maior complexidade e devem ser cuidados pelo CREAS.

Figura 2.5 | Idosa Agredida Recebendo Atendimento do CREAS



Fonte: <<http://www.muitofixe.pt/etiqueta/idosa-chora/>>. Acesso em: 31 jan. 2016.



Faça você mesmo

Leia o livro didático e destaque algum programa do Ministério da Saúde. Pesquise mais sobre ele, focando sempre as possíveis atividades com os idosos.

Faça valer a pena

1. Quais são os objetivos da Política Nacional do Idoso (PNI) no Ministério da Saúde?

- a) Dar condições de moradia para os idosos, somente.
- b) Garantir o bem-estar físico, emocional e social do idoso, priorizando o atendimento, não mais de forma asilar, mas em suas famílias.
- c) Garantir a alimentação integral do idoso.
- d) Dar apoio ao idoso para sair de sua família.
- e) Garantir o direito de votar do idoso e sua família.

2. Seu artigo 3º diz que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso o direito à vida. A que se refere este trecho?

- a) Ao Estatuto de Proteção à Vida.
- b) Ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).
- c) Ao Regulamento do Poder Público.
- d) Ao Estatuto do Idoso.
- e) Ao Regimento Interno do SUS.

3. O que é a Cartilha do Idoso elaborada pelo Ministério da Saúde?

- a) É um livro para o idoso aprender a ler e escrever.
- b) É um instrumento de orientação para o idoso com leis e procedimentos na área da saúde.
- c) É apenas um livro com anotações para os idosos usarem em casa.
- d) É uma ficha de arquivo com os dados do idoso.
- e) É o nome de um livro sobre a história de um idoso.

Referências

AYRES, José Ricardo de Carvalho. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2016.

ASSIS, Simone Gonçalves de; PESCE, Renata Pires; AVANCI, Joviana Quintes. **Resiliência**: enfatizando a proteção dos adolescentes. Artmed: Porto Alegre, 2006.

BACKES, Marli Teresinha S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enf.**, Rio de Janeiro, 17(1), jan./mar., 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a21.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 30 jan. 2016.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 30 jan. 2016.

_____. Senado Federal. **Estatuto do Idoso**. 2003. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70326/672768.pdf?sequence=2>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Sistema Único de Assistência Social** – SUAS. Brasília: MDS, 2012.

_____. Portaria **GM nº 3088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%20do%20Ministerio%20da%20Saude%20GM%20N%203088%202011%202702.pdf>>. Acesso em: 31 jan. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências**. Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

_____. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de

Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 242 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos Humaniza SUS. v. 1 Brasília, 2010. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 30 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **SUS: princípios e conquistas.** Brasília: MS, 2000. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social** - PNAS/2004. Brasília: MS, 2005. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

_____. **Sistema Único de Assistência Social – SUAS.** Brasília: MDS, 2012. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia_social/nob_suas.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

_____. Secretaria Nacional de Assistência Social. **O que é PAIF?** Brasília: MDS, 2013. Disponível em: <<http://mds.gov.br/aceso-a-informacao/perguntas-frequentes/assistencia-social/psb-protacao-social-basica/projetos-psb/servico-de-protacao-e-atendimento-integral-a-familia-2013-paif>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

_____. **Tipificação nacional de serviços socioassistenciais.** Brasília: MDS, 2013. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf> Acesso em: 30 jan. 2016.

_____. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 30 jan. 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Departamento de Proteção Social Básica. **Serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para pessoas idosas** – orientações técnicas. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://craspsicologia.files.wordpress.com/2013/09/orientacoes-tecnicas-do-scfv-para-pessoas-idosas.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

BRÊTAS, Ana C. P.; OLIVEIRA, Eleonora M. Envelhecimento, saúde e trabalho: um estudo com aposentados e aposentadas. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 66-79, jan./abr. 2000.

CEFESS. **Parâmetro para atuação de assistentes sociais e psicólogos(as) na Política de Assistência Social**. CFP/CFESS: Brasília, 2007. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos/CarilhaFinalCFESSCFPset2007.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

CREPOP. **Como os psicólogos e as psicólogas podem contribuir para avançar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS)**: informações para gestoras e gestores. CFP/CREPOP: Brasília, 2011. Disponível em: <<http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2011/12/GestoresSuasfinanl-corrigido.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

----- **Serviço de proteção social a crianças e adolescentes vítimas de violência, abuso e exploração sexual e suas famílias**: referências para a atuação do psicólogo. CFP/CREPOP: Brasília, 2009. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2009/10/CREPOP_Servico-Exploracao_Sexual.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

CRUZ, Marly M. **Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde**. 2004. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_14423743.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

DEBERT, Guita Grin. Velhice e o curso da vida pós-moderno. **Revista USP**, n. 42, São Paulo, 1999. Disponível em: <<http://www.usp.br/revistausp/42/06-guitagrin.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

ELIAS, Norbert. **A solidão dos moribundos, seguido de Envelhecer e morrer**. Jorge Zahar Editor: Rio de Janeiro, 2001.

HERZLICH, Claudine. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. **Physis**, v. 14, n. 2, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a11.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

JAIME, Patrícia Constante; AMARAL, Márcia Aparecida do; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. **Ações de Saúde no Plano Brasil Sem Miséria**: o acesso à saúde orientado pela superação de iniquidades. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/brasil_sem_miseria/livro_o_brasil_sem_miseria/artigo_23.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

LEAVELL, Hugh R.; CLARK, Edwin G. **Medicina preventiva**. McGraw-Hill do Brasil: São Paulo, 1976.

LIMA, Cláudia Araújo de (Coord.) et al. **Violência faz mal à saúde**. Ministério da Saúde: Brasília, 2006.

MARINHEIRO, M. L. A.; WUTZKI, T. M. et al. **Oficina do ECA**: Estatuto da Criança e do Adolescente. Editora Batista Independente: Campinas, 2013. Disponível em: <<http://fepas.org.br/wp-content/uploads/2014/09/Cartilha-Oficina-do-ECA-volume-2.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

MERCADANTE, Elisabeth. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. Atheneu: São Paulo, 2000.

PEREIRA, Potyara A. P. **Política de Assistência Social para a Pessoa Idosa**. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_eixos/4.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

PINHO, A. et al. **Manual básico de saúde pública**: um guia prático para conhecer e garantir seus direitos. Editora dos Autores: Penápolis, 2012. Disponível em: <http://www.msp.mp.br/portal/cartilhas/manual_basico_saude_publica.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2016.

RODRIGUES, Marcia Renata; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. O envelhecimento no trabalho na perspectiva de trabalhadores da área de enfermagem. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/2015nahead/1981-7746-tes-1981-7746-sip00034.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

SAWAIA, Bader B. Família e afetividade: a configuração de uma práxis éticopolítica, perigos e oportunidades. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Orgs.). **Família, redes, laços e políticas públicas**. 3. ed. Cortez/ Instituto de Estudos Especiais: São Paulo, 2007.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 5, São Paulo, out. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000600016>. Acesso em: 30 jan. 2016.

SOUZA, Rosângela Ferreira de; MATIAS, Hernani Aparecido; BRÊTAS, Ana Cristina Passarella. Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, Rio de Janeiro, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600021&script=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 30 jan. 2016.

UFMS. **Linha de cuidados para atenção integral à saúde do adolescente e jovem**. Disponível em: <<http://virtual.ufms.br/objetos/Unidade4/obj-un4-mod2/5.html>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

UNICEF. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10079.htm>. Acesso em: 30 jan. 2016.

YOUTUBE. **Trabalho com grupos de Famílias do PAIF** – O filme. Disponível em: <www.youtube.com/watch?v=CM4U-2L361M>. Acesso em: 30 jan. 2016.

_____. **Famílias que mudaram de vida** - O filme. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=7NUIXz9KGtw>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

_____. **Síntese da Tipificação de Serviços Socioassistenciais em vídeo CEGOV** – Capacita SUAS. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=UmrNuVraEKU>>. Acesso em: 30 jan. 2016.

Territorialidade

Convite ao estudo

Nas unidades anteriores, você aprendeu sobre o conceito de políticas públicas e o papel do psicólogo; conheceu o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (um instrumento muito importante para a categoria nortear seu trabalho nesse campo que cresce cada vez mais para a psicologia); entendeu a diferença de atuação do psicólogo no CRAS e no CREAS; a importância da intersetorialidade; a definição de saúde e a função da atenção primária; a construção da autonomia e do protagonismo dos usuários dos serviços públicos e suas famílias; o trabalho desenvolvido para as crianças e adolescentes, embasado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e o trabalho com a população idosa, respeitando o Estatuto do Idoso e seu lugar no Programa de Estratégia de Saúde da Família.

Agora, esta unidade de ensino, denominada “Territorialidade”, abordará aspectos da política de assistência social e da política pública de saúde, objetivando estabelecer uma relação paralela entre ambas. Com isso, você aprenderá sobre o conceito de território no SUS e no SUAS, regionalização e descentralização; conhecerá os serviços de convivência e programas de interação entre usuário e sociedade; as novas políticas de saúde, como consultório na rua e o Programa Telessaúde Brasil Redes; compreenderá qual a função do psicólogo enquanto gestor de serviços; e, por fim, a importância da produção de pesquisas sobre os temas tratados, enquanto consolidação da ciência psicológica e produção de novas tecnologias de trabalho.

Agora, imagine que você é psicólogo de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), referência da área central de sua cidade. Essa área contempla comércios, residências e pessoas em situação de rua. Nas residências, moram muitos idosos – antigos moradores

da região. Já a população em situação de rua é plural, sendo composta por adultos jovens, idosos, crianças e adolescentes. Esses dois grupos possuem relações muito diferentes com o serviço de saúde: a população que reside nas casas acessa o centro de saúde com frequência. Já a população em situação de rua mantém-se distanciada dos cuidados básicos. A partir dessa realidade, reflita: qual a característica desse território? Como a psicologia poderá se aproximar da população em situação de rua? Como garantir a essa população marginalizada o direito à saúde? E o gestor do centro de saúde? Qual o seu papel enquanto coordenador de serviço público?

Seção 3.1

Territorialidade na saúde

Diálogo aberto

Esta seção objetiva apresentar a você a definição de territorialidade, diferenciando os princípios do Sistema Único de Saúde: regionalização e descentralização.

A partir da situação apresentada acima, reflita sobre o lugar da psicologia no contexto das políticas públicas. Qual o nosso papel? Quais os nossos desafios? Quais as nossas bandeiras de luta?

Veja o que acontece no seu trabalho quando Antonio, um morador dessa região, procurou pela Unidade Básica de Saúde para solicitar apoio a um projeto que está protagonizando: um abaixo-assinado para retirar as pessoas em situação de rua do território. Antonio e seus vizinhos estão convencidos de que a criminalidade aumentou por conta da presença dessas pessoas. Antonio é coronel do exército, aposentado, possui ideias rígidas e pré-concebidas sobre a ordem pública. Como a psicologia pode atuar nessa situação?

Para começar a pensar sobre essa questão, é importante recordar alguns conteúdos trabalhados em unidades anteriores: lembre-se de que as políticas públicas contemplam as leis que regulam e norteiam a criação e manutenção de atendimentos e serviços para toda a população do país. Não perca esta questão do foco: para toda a população, ou seja, não poderá privilegiar uns em detrimento de outros. Também é importante atentar-se para o fato de que, hoje, a saúde só é pública por conta de uma intensa luta que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), portanto é uma legislação que tem por missão contemplar a todos (embora saibamos que seus desafios ainda são muitos), incluindo em seu princípio básico o acesso universal e a equidade.

Dessa forma, tanto Antonio quanto a população em situação de rua possuem os mesmos direitos de acesso à saúde. Outro ponto muito importante é que a ciência psicológica também possui princípios fundamentais: basear o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, dignidade, igualdade e integridade, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos;

trabalhar visando promover a saúde e qualidade de vida das pessoas e coletividade, contribuindo para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão; atuar com responsabilidade social, analisando de forma crítica e histórica a realidade, e zelar para que o exercício profissional seja efetuado com dignidade, rejeitando situações em que a psicologia esteja sendo desonrada ou desvalorizada (CFP, 2005).

Perceba, então, como o nosso trabalho é delicado e demanda muita reflexão, análise crítica e desconstrução de conceitos pré-concebidos. Vamos ao trabalho!

Não pode faltar

Você sabe o que significa o termo territorialidade? O que lhe vem à cabeça quando falamos em território?

Território parece supor um espaço físico, não é mesmo? Mas será que é disso que se trata, quando falamos de territorialidade em saúde?

Para Gadelha et al. (2011), território é o espaço onde acontece a vida social, as relações humanas. Em contraponto, Franca, Mantovaneli e Sampaio (2012) afirmam que as relações sociais produzem a territorialidade, no sentido de que alimentam novas relações e constroem o laço territorial, investidos de valores éticos, espirituais, simbólicos e afetivos. Para esses autores, estudar a territorialidade é fundamental para compreender como são construídos os ambientes subjetivos que permitem, ou não, a consolidação das políticas, comportamentos, relacionamentos, que lhes confere características próprias.

Portanto, enquanto para Gadelha et al. (2011) o território é o espaço que dá lugar à vida social, para Franca, Mantovaneli e Sampaio (2012) é a vida social que produz o território.

Aqui, já começamos a perceber que o conceito de territorialidade não é tão simples assim. Mas vamos lá!

Kuhnen et al. (2010) também explicam o conceito de territorialidade. Segundo os autores “o ato de personalizar define um espaço territorial por meio de marcas pessoais que indicam *pertencimento*” (grifo do autor). Complementam que os indivíduos mais territoriais são mais “apegados ao seu território” (p. 539), como é o caso de Antonio, que você conheceu em seu trabalho na UBS.

Portanto, estudar a territorialidade é estudar também a subjetividade humana, é estudar o grupo social e suas identidades coletivas:

Faz-se importante conceber o território como gerador de uma dinâmica, na qual os agrupamentos humanos (cidades, bairros, instituições, etc.) se organizam numa territorialidade geográfica, política e simbólica, em que pessoas e grupos estariam mais ligados ao espaço simbólico-cultural (ou comunitário) e às relações de afetividade, aí vivenciadas, do que ao espaço geográfico em si (KUHNEN et al., 2012, p. 542).

No Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o princípio da territorialização significa reconhecer a presença de fatores sociais e econômicos que levam o indivíduo e a família a uma situação de vulnerabilidade, risco pessoal e social. Esse princípio orienta a proteção social tanto na perspectiva do alcance de universalidade de cobertura entre indivíduos e famílias em situações parecidas de risco e vulnerabilidade quanto no sentido de poder planejar a localização da rede de serviços a partir dos territórios mais vulneráveis (BRASIL, 2005).

Já na saúde pública, a concepção de território faz referência a um espaço geográfico determinado, associando essa perspectiva “à diretriz da descentralização, por meio de estratégia de regionalização das ações e serviços de saúde”. Porém essa definição desconsidera a dinâmica do território; as questões culturais, sociais e políticas; e o fluxo da população, conforme nos alertam Gadelha et al. (2011, p. 3008) e Kuhnen et al. (2012).



Assimile

Na saúde pública, entendemos, então, que territorialidade se refere, de fato, a um espaço geográfico. Porém, não é um espaço qualquer. É um lugar que se associa a uma perspectiva de descentralização, através da regionalização das ações e dos serviços de saúde. Mas não nos esqueçamos de que esse conceito, conforme apontado pelos autores, acaba desconsiderando toda a diversidade de relações que acontece nesse espaço geográfico.

Já no SUAS, o território se constitui a partir de suas vulnerabilidades. Portanto, o CRAS, por exemplo, não está em todos os territórios, como é o caso das UBSSs, mas somente em espaços vulneráveis.

Mas do que se tratam a descentralização e a regionalização, citadas pelos autores?

Segundo o Ministério da Saúde, a descentralização é a reorganização das responsabilidades entre o município, o estado e a federação. Seu objetivo é reforçar o poder municipal sobre o cuidado em saúde, cabendo às prefeituras a maior responsabilidade na execução de serviços e ações voltadas à população (BRASIL, 1990). Conforme contemplado na Lei 8.080/90, dá-se “ênfase na descentralização dos serviços para o município” (Art. 7; inciso IX).

No contexto do SUAS, também está contemplada a ação descentralizadora do Estado, visando facilitar as ações mais próximas do território. Portanto, apresenta a mesma lógica do sistema de saúde.

Com relação ao conceito de regionalização, contemplado na política do SUS, a Cartilha do Ministério da Saúde, denominada ABC do SUS, destaca que o conceito de regionalização está associado a outro princípio que rege a organização do sistema: hierarquização. Portanto, na regionalização e na hierarquização os serviços são organizados em níveis de complexidade tecnológica (atenção básica, média e alta complexidade), do menor para o maior (por isso são hierarquizados), e localizados em uma área geográfica delimitada (tal qual o conceito de território) e com população definida (BRASIL, 1990).

Também no SUAS aplica-se o conceito de hierarquia dos serviços, como você já aprendeu, organizada em proteção básica e especial (BRASIL, 2005).



Exemplificando

A proposta é que cada território ofereça todas as modalidades de assistência à saúde, podendo a população acessar todos os tipos de tecnologia disponíveis, proporcionando um alto grau de resolução dos problemas. Outra vantagem da organização do território por regiões é que esse modelo permite que os gestores e os profissionais do sistema público de saúde conheçam melhor os problemas da população de determinada área, facilitando a proposição de ações de intervenção e prevenção. No SUAS, constrói-se um caminho de superação da fragmentação, redirecionando a rede a partir de sua diversidade, complexidade, cobertura, financiamento e número potencial de usuários.

Abordando, agora, especificamente a política de saúde pública, esse modelo de organização deve ser seguido também pelas empresas

privadas que estabelecem parceria, ou convênio, com o SUS. Importante lembrar que a Lei 8.080/90 aponta que essa parceria só poderá ser realizada “quando as suas disponibilidades (do SUS) forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área” (Art. 24). Mas será que é isso que acontece na prática?



Faça você mesmo

Entre em contato com a Unidade Básica de seu bairro, ou através do site da secretaria municipal de saúde de seu município, e levante: qual a sua área de abrangência (quais os bairros atendidos por ela) e quantos habitantes compõem esse território. Faça um levantamento dos serviços de saúde públicos de sua região (atenção básica, média e alta complexidade) e questione se eles são suficientes para atender à demanda da população. A partir desses dados, reflita se o processo de regionalização funciona de forma eficaz em seu território.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, portanto podemos supor que toda a sua execução é um imenso desafio, inclusive porque o Brasil é extremamente diversificado e, assim sendo, uma estratégia não poderá, simplesmente, ser reproduzida em todos os locais, porque possivelmente não contemplará as necessidades de seus usuários. Mas, em relação ao processo de regionalização, quais são os desafios dessa organização?

Pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), que pertence à FIOCRUZ, apontam que a década de 1990 marcou a descentralização dos serviços ao redefinir responsabilidades (como você aprendeu acima) e transferir funções que antes eram da União para os estados e, principalmente, para os municípios. Porém, segundo uma dessas pesquisadoras, Luciana Dias Lima (2014) – do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde –, somente nos anos 2000 é que a regionalização obteve maior destaque entre as diretrizes nacionais que orientavam a implantação do SUS. Para ela, o processo de regionalização é técnico-político e está relacionado à definição de espaços, com o objetivo de promover planejamento, organização e gestão de ações e serviços de saúde.

Um dos principais desafios, portanto, é pensar a regionalização a partir da realidade brasileira, buscando não engessar as políticas ou os acordos intergovernamentais em um único formato, pois isso negligencia as diferenças territoriais (VIANA et al., 2012).



Essa noção de regionalização é fundamental na organização e funcionamento do serviço público de saúde, pois é constituída por um conjunto de unidades de atendimento, com diferentes funções e complexidades, que tem por objetivo executar ações de forma articulada no território, atendendo a demanda da população, conforme nos esclarece Luciana Lima (ENSP, 2014).

Outros desafios versam sobre a própria utilização e gastos públicos e a não integração dos serviços e instituições (ENSP, 2014).

A má utilização dos recursos públicos e a má gestão do sistema de saúde são nítidas em diversas partes do país, por qualquer cidadão que tenha acesso às notícias, não é mesmo? Não precisamos utilizar os serviços para descobrirmos que o recurso é mal-empregado e que não atende ao aumento da demanda populacional e dos serviços a serem prestados. Os que precisam sentem na pele o que estamos tratando aqui. Mas porque temos essa percepção tão clara?

Conforme nos lembram Mendes e Louvison (2015, p. 393), “durante os 27 anos de existência do SUS, assistimos à permanência de um subfinanciamento e à ampliação do setor privado [...] intensificando a lógica mercantil na oferta de ações e serviços públicos”. A invasão do setor privado pode ser claramente percebida com a aprovação da Lei nº 13.097/2015, que “permite a exploração dos serviços de saúde pelo capital estrangeiro” (p. 394). Essa invasão não impede a precarização crescente observada por todos.

Mas o que tem a ver financiamento com regionalização dos serviços? Absolutamente tudo! Sem uma boa gestão dos recursos públicos não será possível regionalizar os serviços de forma a ofertar atendimento qualificado, em todos os níveis de complexidade. Ao mesmo tempo, com a terceirização dos serviços, por exemplo, haverá ainda mais precariedade no atendimento, porque a lógica que impera é a do “menor gasto”. Dessa forma, profissionais serão cada vez mais desvalorizados, gerando rotatividade significativa entre os serviços. Além disso, devemos nos questionar sobre qualidade dos equipamentos utilizados e insumos adquiridos.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) também se posiciona em relação a este tema, afirmando que a implementação e efetivação do SUS contempla, entre outros fatores, a disponibilidade de recursos financeiros, sendo necessário analisar profundamente a precarização das relações de trabalho. Prossegue o órgão afirmando que:

a terceirização do serviço torna precário o exercício do trabalho, uma vez que o trabalhador foi absorvido sem concurso público, sem vínculo com o Estado, o que infringe a Constituição Federal (inciso II do art. 37) [...] e a descontinuidade na execução da política acabam por prejudicar diretamente a população que necessita de atenção permanente e de qualidade no SUS (BRASIL, 2011, p. 15).

Por essa razão, o CFP afirma ser necessária a contratação de profissionais através de concursos públicos.

É crescente o número de estudiosos que apontam para o esgotamento de determinados arranjos do SUS e para a necessidade de construção de novas respostas (MENDES; LOUVISON, 2015).



Pesquise mais

O link abaixo apresenta algumas propostas de superação aos desafios vivenciados no processo de regionalização, a partir de estudos realizados pelo pesquisador Gastão Wagner – referência na área da saúde pública – do Instituto de Saúde Coletiva da FCM/UNICAMP.

Região e Redes. **Regionalização é o futuro do SUS**. Disponível em: <<http://www.resbr.net.br/regionalizacao-e-o-futuro-do-sus/>>. Acesso em: 23 dez. 2015.

Com relação à falta de integração, apontada há pouco também como um desafio, podemos vivenciá-la no cotidiano do SUS, por trabalhadores e usuários quando, por exemplo, é preciso que a Unidade Básica encaminhe um usuário para outra complexidade e não há vaga, ou o encaminhamento é realizado de forma pouco cuidadosa e o usuário fica “peregrinando” em busca de atendimento. Sem dúvida alguma, essa desarticulação fere, no mínimo, o princípio da integralidade do SUS (entre outras tantas violações de direitos).

Então, o que é preciso ser feito?

Para Cohn (1987) *apud* Mendes e Louvison (2015, p. 394, grifo nosso), “a saúde teria que se converter em questão política não só para o executivo, **mas também para o legislativo, para os partidos políticos e para toda a sociedade**, sob pena de avançarmos apenas com um processo de desconcentração burocrática administrativa”.

O autor afirma que a saúde pública deve ser priorizada em todas as instâncias, não somente por quem tem a obrigação de executar suas ações (município, por exemplo). Ela deve ser prioridade também ao legislativo, que é o poder que elabora as leis que contribuem,

ou não, para a execução eficiente do sistema. Os partidos políticos também devem tomar a questão da saúde pública em suas pautas e em suas ações, deixando de agir em nome de interesses próprios e, claro, a sociedade precisa estar comprometida com o SUS, através do controle social, apontando falhas e, principalmente, movimentando-se (por meio dos conselhos locais de saúde, por exemplo) no sentido de fiscalizar o poder executivo e pressionar o poder legislativo.



Reflita

O que a psicologia tem a ver com tudo isso?

A psicologia possui uma relação direta com tudo que tratamos até aqui. Você se lembra de que inicialmente, no Brasil, a psicologia atuava para a elite, desenvolvendo ações na área da educação, nas organizações e em consultórios particulares? À medida que a profissão avança e amplia sua atuação, concentrando-se no compromisso com a sociedade, a ciência psicológica começa a percorrer novos caminhos, principalmente no interior das instituições.

Segundo o CFP (2011, p. 10), “a história da Psicologia no Brasil se confunde com a própria história do país, uma vez que as novas atuações dos psicólogos e das psicólogas os levam a participar de discussões sobre quais políticas públicas buscamos”.

Portanto, aqui, podemos perceber que, à medida que a psicologia se insere em novos contextos, ela contribui para questionar os modelos instituídos, traçando uma relação estreita entre seu fazer e seu compromisso com a execução da política pública de saúde.

Spink e Matta (2010) afirmam que o desafio que envolve o fazer da psicologia no SUS é o mesmo que de outras áreas: a consolidação desta política que ainda sofre com questões relacionadas ao acesso, financiamento, descentralização, participação popular, oferta de serviços e insumos, gestão e formação para o trabalho. Outro desafio, segundo os autores, é a construção, por parte da psicologia, de saberes e práticas nivelados aos valores e ideais do SUS.

Para os autores, não é incomum encontrarmos práticas ambulatoriais em hospitais ou unidades básicas, ou seja, práticas dissociadas de ações interdisciplinares e integradas. Isso acontece por conta da história da psicologia, que se encontra enraizada no modelo médico-normativo. Portanto, inserir o seu fazer dentro do modelo sanitarista, ampliado e interdisciplinar é um dos grandes desafios enfrentados hoje.

A análise da psicologia social e sua crítica quanto à medicalização do sofrimento mental e das práticas manicomiais foram fundamentais para que a categoria se ocupasse da reforma psiquiátrica, como apontam também os autores citados acima.

Spink et al. (2010, p. 87) abordam ainda a necessidade da psicologia ampliar seu olhar para além da classificação das doenças. Os autores não negam a importância do uso do CID-10 (Código Internacional das Doenças) e da epidemiologia, porém, para eles, é importante que “o psicólogo perceba as demandas que lhe são postas na Saúde Pública também por outros prismas, e que possa distinguir diagnóstico de queixa e de demanda”.

Para ficar mais claro, a queixa é o que leva o sujeito a procurar pelo atendimento, sendo relacionada ao primeiro momento do contato entre ele e o profissional. Já a demanda é uma leitura mais profunda, quando o sujeito entra em contato com o seu desejo e toma consciência do que precisa. Já o uso do CID-10 é facultativo ao psicólogo, ou seja, segundo a Resolução CFP nº 007/2003, seu indicativo está a critério do profissional.



Exemplificando

Uma pessoa procura o psicólogo relatando a queixa de insônia, falta de apetite, tristeza há mais de semanas, falta de vontade de fazer coisas do cotidiano. A sua hipótese diagnóstica pode ser depressão (hipótese, porque ela será esclarecida ao longo do processo de cuidado). Porém, a demanda do sujeito pode estar relacionada ao desejo de ser amado, de ter mais atenção e valorização dentro do contexto de trabalho, por exemplo. Percebe a diferença entre diagnóstico, demanda e queixa?

Outro ponto importante apontado por Spink et al. (2010) é que o profissional de psicologia tem muita dificuldade em questionar se todos os que sofrem, de fato, necessitam de ajuda especializada, assumindo, assim, um posicionamento de que a ciência psicológica sempre resolve todas as questões psíquicas e “psicologizando” todas as formas de sofrimento humano.

Assim, percebemos o quanto é fundamental que o psicólogo, ao se inserir nas políticas públicas, reflita sobre o seu fazer e desconstrua modelos instituídos, que não avançam na oferta de assistência ao usuário.

A psicologia ocupa um lugar fundamental também na proposição de questionamentos às equipes e instituições, fomentando o processo de pensar e repensar práticas relacionadas às políticas públicas.



Pesquise mais

Veja no *link* abaixo um exemplo do compromisso da psicologia com o SUS: **CFP integra atividades da 15ª Conferência Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/representantes-do-cfp-integram-atividades-da-15a-conferencia-nacional-de-saude/>>. Acesso em: 19 jan. 2016

Sem medo de errar

Vamos retomar brevemente à situação-problema: Antonio é um morador desse bairro. Ele procurou pela Unidade Básica de Saúde para solicitar apoio a um projeto que está protagonizando: um abaixo-assinado para retirar as pessoas em situação de rua do território. Antonio e seus vizinhos estão convencidos de que a criminalidade aumentou por conta da presença dessas pessoas. Antonio é coronel do exército, aposentado, possui ideias rígidas e pré-concebidas sobre a ordem pública. Como a psicologia pode atuar nesse caso?



Lembre-se

Spink e Matta (2010) afirmam que o desafio que envolve o fazer da psicologia no SUS é o mesmo que de outras áreas: a consolidação desta política que ainda sofre com questões relacionadas ao acesso, financiamento, descentralização, participação popular, oferta de serviços e insumos, gestão e formação para o trabalho. Outro desafio, segundo os autores, é a construção, por parte da psicologia, de saberes e práticas nivelados aos valores e ideais do SUS.

Resolver esse conflito não é simples, pois envolve a lógica da opressão, relações de poder, pré-julgamento. Enfim, elementos que estão enraizados não somente em Antonio, mas em todos que compactuam com seu abaixo-assinado.

Uma possibilidade de atuação seria: problematizar com os moradores os verdadeiros motivos para a manifestação do ódio, levantando questionamentos acerca de suas fantasias e dados reais que comprovem suas falas. Outro ponto a ser trabalhado é a aproximação das pessoas, em situação de rua, da UBS, objetivando escutá-las e ofertar lugar à sua demanda.

Outra proposta é a criação de uma comissão, para discutir as questões que envolvam o território. Essa comissão pode ser composta por representantes das pessoas em situação de rua, dos demais moradores do bairro, da UBS e do Estado (secretaria de saúde, de segurança pública). É importante também articular-se com os demais serviços do território, principalmente os vinculados ao SUAS.

Como você viu anteriormente, a psicologia tem o papel de provocar inquietações, então precisamos pensar: por que expulsar quando a comunidade poderia incluir e proteger?



Atenção

Não se esqueça dos princípios fundamentais descritos no Código de Ética do Psicólogo e estudados por você nesta seção.

Avançando na prática

Pratique mais

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.

A delicadeza da desconstrução de nossos valores pessoais

1. Competência de fundamentos de área	Conhecer e atuar em Políticas e Programas de Saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	• Apresentar o conceito de território; • compreender o conceito de territorialidade no Sistema Único de Saúde; • diferenciar os conceitos de regionalização, descentralização e hierarquização contemplados na legislação do SUS; • analisar criticamente a concepção simbólica do território.
3. Conteúdos relacionados	Territorialidade. Regionalização. Descentralização.
4. Descrição da SP	Você é psicólogo e atua na atenção básica. Há dois anos você atende uma jovem que sofre de depressão. Você vem percebendo que o quadro tem se agravado porque a jovem não apresenta retaguarda familiar. Você avalia com a equipe que o nível de complexidade do caso excede as competências técnicas da UBS. Como você deve proceder?
5. Resolução da SP	A primeira ação a ser realizada é levantar quais são os equipamentos do território da UBS que poderão ofertar serviço com a tecnologia que a usuária necessita; em seguida, articular uma discussão de caso com esta equipe, antes de realizar o encaminhamento (encaminhamento); trabalhar a questão com a jovem, apontando claramente o agravamento de seu quadro e propondo para ela um local de cuidado capacitado para recebê-la. Quando possível, problematizar com a jovem a questão de sua piora, ajudando-a a identificar sua verdadeira demanda.



Lembre-se

Spink et al. (2010, p. 87) apontam para a necessidade da psicologia olhar além da classificação das doenças. Para eles, é importante que “o psicólogo perceba as demandas que lhe são postas na Saúde Pública também por outros prismas, e que possa distinguir diagnóstico de queixa e de demanda”.



Faça você mesmo

Entre no site da secretaria municipal de saúde de seu município e identifique se ele está dividido por regiões. Em seguida, procure quais os serviços existentes em cada um dos territórios e identifique se em alguma região há ausência de equipamentos da atenção primária, média ou alta complexidade. Esse exercício o ajudará a identificar se os serviços, em seu município, são ofertados de forma equânime.

Faça valer a pena

1. A saúde pública apresenta a sua própria definição de território. Assinale a alternativa que explica esta definição:

- a) Espaço diverso culturalmente.
- b) Espaço onde as relações acontecem.
- c) Espaço de pertencimento.
- d) Espaço de personalização.
- e) Espaço geográfico determinado.

2. Assim como o SUS, o SUAS possui sua definição de território, que está baseado:

- a) na população.
- b) na rede intersetorial.
- c) no CRAS.
- d) na vulnerabilidade.
- e) no CREAS.

3. A psicologia mantém uma relação estreita com o SUS. Identifique abaixo um dos maiores desafios da psicologia dentro da política pública de saúde:

- a) Atender e diagnosticar com precisão.
- b) Comprometer-se com a sociedade.
- c) Construir saberes e práticas ligados aos ideais do SUS.
- d) Executar ações ambulatoriais dentro das UBSs.
- e) Desenvolver ações dissociadas e integradas.

Seção 3.2

Promoção da cidadania

Diálogo aberto

Na seção anterior, você foi apresentado a uma situação que versava sobre o seu trabalho em um centro de saúde da região central de seu município.

Ainda imerso nesse cenário, atuando como psicólogo nesse equipamento público, você conhece João, uma criança de 9 anos que mora em uma casa precária com seus pais. A família toda faz mendicância para sobreviver, pois a renda proveniente do Programa Bolsa Família é muito baixa. Diante dessa realidade reflita: será que os benefícios de transferência de renda, por si só, promovem cidadania? Como envolver as crianças no processo de emancipação e empoderamento, tão fundamentais na busca por cidadania? Quais estratégias de enfrentamento às desigualdades sociais o psicólogo pode desenvolver com a comunidade?

Ao final desta seção, é esperado que você tenha atingido estes objetivos de aprendizagem: compreender a aplicação do termo cidadania na sociedade brasileira; identificar de que forma o psicólogo pode trabalhar na promoção da cidadania; conhecer projetos de interação com a comunidade, promotores de cidadania.

Procure correlacionar questões apresentadas nesta seção aos conteúdos da seção anterior, refletindo sobre o sentimento de pertencimento dos sujeitos que habitam território. Enquanto estudante de psicologia busque, somado ao conhecimento técnico científico, realizar o exercício de reflexão constante, procurando desconstruir conceitos enraizados, trabalhar e potencializar novos conceitos que ampliem seu entendimento a respeito do sofrimento e das possibilidades de vivências humanas, disponibilizando-se a ouvir, profunda e acolhedoramente, as histórias desses outros que integram seu trabalho.

O psicólogo, em sua atuação nas políticas públicas, precisa estar sempre atento às relações de poder que alimentam as instituições e as interações humanas, compreender os movimentos políticos, a lógica da inclusão x exclusão. A quem serve o interesse de excluir e marginalizar?

Não pode faltar

A cidadania é um conceito dinâmico e variável, a partir da cultura de determinado país. Portanto, a concepção de cidadania no Brasil será inevitavelmente diferente da concepção chinesa ou paquistanesa, por exemplo.

Moisés (2005) nos conta que a palavra “cidadão” tem origem no termo latino *civitas*, mas a ideia de igualdade pode ser observada em textos religiosos antigos que apontavam que toda pessoa seria igual perante Deus. Depois, na Grécia antiga, as ideias de igualdade e liberdade (princípios fundamentais do conceito atual de cidadania) tiveram relevância no contexto das cidades porque os laços entre os cidadãos formavam a base da comunidade e a protegiam da hostilidade e da invasão de vizinhos e estrangeiros. Aqui havia um movimento de preservação das propriedades privadas, mas também está implicada a importância do sentimento de cidadania na proteção da comunidade, do território.

Mais tarde, prossegue o autor, nos séculos XVII e XVIII, Rousseau e Locke problematizaram outras questões que ofertaram as bases filosóficas do conceito e, com o advento das revoluções (inglesas, americana e francesa), o uso desse conceito estabeleceu um vínculo entre a questão jurídico-legal e as noções de liberdade, igualdade, fraternidade e o Estado. O cidadão passou a ser reconhecido como quem pertence àquela comunidade e, portanto, a possuir o direito de participar da escolha de governos e representantes.

Podemos compreender que o conceito de cidadania possui uma íntima relação com o direito de voto. No caso do Brasil, o modelo de governo presidencialista supõe um estado de democracia no qual seus cidadãos (acima de 16 anos) elegem seus representantes através do voto direto. A democracia também pressupõe que toda a população, independente de sua idade, manifeste-se e questione o sistema no qual estão inseridos.

Segundo Moisés (2005), esse modelo democrático – que também aponta diferenças de posses materiais, poder ou status social – não descarta a questão da igualdade perante a lei, mas, fazendo referência à Marx, o autor aponta que a questão da cidadania, baseada nesses conceitos jurídico-legais, acaba ocultando a exclusão e a desigualdade verdadeiras, que são geradas pelas relações capitalistas.



Exemplificando

Considerar, no plano jurídico, que todos são iguais perante a lei pode transmitir uma falsa sensação de igualdade, porque na realidade o sistema capitalista alimenta as desigualdades sociais.

Se a democracia pressupõe que os cidadãos possam manifestar-se, a partir dela, como podemos compreender os movimentos antidemocráticos que vêm ganhando destaque nos últimos tempos? Um deles é o que reivindica a intervenção militar. Se a democracia permite que expressemos nossas insatisfações é por conta dela, portanto, que tais movimentos existem. Porém, se revivermos a intervenção militar, o primeiro direito a ser privado será, justamente, o da livre manifestação (democracia) – ou você acredita que poderemos nos manifestar, como fizemos em 2013, se formos comandados pelas forças armadas?



Refleta

Se a cidadania está também relacionada ao direito de voto (ao direito de escolhermos nossos representantes), um modelo de governo antidemocrático, como a intervenção militar, nos retiraria a cidadania?

Portanto, o mesmo mecanismo que nos permite lutar por melhorias e igualdade nos permite pleitear a privação de direitos. Os movimentos sociais, sejam democráticos ou autoritários, transformaram a necessidade em demanda – cada qual a sua maneira – conforme sugerido por Durhan (1984) *apud* Goulart (1993). O que isso significa? Que a partir de um déficit, de uma falha, de algo que falta e que provoque uma necessidade, essa necessidade é transformada em demanda direcionada ao governo. Portanto, há a necessidade (por exemplo, falta de segurança pública), mas, se não nos movimentarmos, não produziremos demanda, apenas viveremos na necessidade. Nesse sentido, cada grupo manifestará a sua demanda a partir de suas ideologias (antidemocráticas ou democráticas, por exemplo). Porém, para garantirmos a permanente construção da cidadania e o compromisso com a sociedade (um dos principais papéis da psicologia brasileira), precisaremos nos apoiar em movimentos sociais que, segundo os autores, constituem possibilidades coletivas para esta construção, centrando sua mobilização na

percepção das carências comuns aos cidadãos e vinculando-se fortemente à noção de direitos básicos.

As demandas mobilizadas pelo coletivo inquietam o sistema, questionam o governo, apontam falhas, pressionam.

Mas será que somos preparados para questionar? Quem ocuparia esse lugar de “preparador”? Muitos estudiosos atribuem essa tarefa à escola, porque, como apontam Fischman e Hass (2012), está implícita a crença de que uma pessoa educada produz um cidadão melhor, reconhecendo, portanto, que ninguém nasce com habilidade para a cidadania.

Sim, a cidadania é praticada a partir da socialização, da inserção do sujeito na cultura, na linguagem, por isso, para promovermos cidadania, é preciso, primeiro, promover espaços qualificados de questionamentos, concorda?

Mas Biesta (2007) *apud* Fischman e Hass (2012) rebate esse lugar ofertado à escola, dizendo



Defendo que é uma ilusão pensar que as escolas sozinhas possam produzir cidadãos democráticos [...] as escolas podem realizar a tarefa mais modesta e mais realista de ajudar crianças e estudantes a aprenderem a respeito e refletirem sobre as frágeis condições sob as quais as pessoas podem agir, sob as quais todas as pessoas podem ser um sujeito. Uma sociedade em que os indivíduos não consigam ou não seja permitido que ajam não pode esperar que suas escolas produzam cidadãos democráticos para tanto. Assim, concluo que as escolas não podem criar nem salvar a democracia – somente podem apoiar sociedades em que ação e subjetividade sejam possibilidades reais (p. 704).

Amorim (2007) *apud* Vieira et al. (2013) afirma que, na sociedade capitalista atual, com a expansão da pobreza e das desigualdades sociais em diversos países, vive-se um processo de “desinstitucionalização” dos direitos, porque a lógica da preservação da dominância e do poder por alguns em detrimento de muitos desconstrói os direitos conquistados e, com isso, faz-se necessária uma mobilização da sociedade de forma efetiva para o enfretamento desse retrocesso. Os autores exemplificam afirmando que a Constituição Federal, também conhecida como Constituição Cidadã, reconhece e legitima muitos direitos sociais, políticos, civis e coletivos, mas ainda hoje discutimos a questão da desigualdade social.



Exemplificando

Outro exemplo são os movimentos antidemocráticos, citados há pouco. Se considerarmos que, por exemplo, a intervenção militar já cerceou direitos civis e políticos época da ditadura militar, como o voto direto e as livres manifestações, vamos compreender que esse movimento caminha na contramão dos direitos instituídos pela própria Constituição Federal. Portanto, direitos instituídos seriam feridos.



Assimile

A cidadania possui como princípios básicos a igualdade e a liberdade. Porém, precisamos analisar em qual contexto a busca por igualdade de direitos se localiza, pois, ao mesmo tempo em que conquistamos inúmeros deles, a sociedade capitalista não permite que sejam efetivados, pois se permitissem não haveria necessidade de mobilização social em busca de garantia de direitos.

Então, como enfrentar essa questão e promover cidadania? Qual o lugar da psicologia nesse enfrentamento?

São os espaços de participação que consolidam a resistência da população frente à exclusão e a marginalização das pessoas (OLIVEIRA, 2007 *apud* VIEIRA et al., 2013). Assim, mesmo que o conceito de cidadania e de democracia pareçam ser sinônimos e necessários, nenhum deles é natural e ambos demandam uma subjetividade muito particular: a de um cidadão democrático (FISCHMAN; HASS, 2012).

Esse cidadão democrático consolida-se nos espaços de participação, por exemplo, no âmbito da política de saúde, educação, assistência social, entre outros. A questão é que o psicólogo insere-se cada vez mais nessas três políticas e, portanto, o trabalho de promover cidadania, de propor reflexões, de contribuir para que os sujeitos se empoderem, deve fazer parte de suas atividades cotidianas.

Por exemplo, no SUAS, os projetos sociais são fundamentais para a consolidação de espaços de participação. Muitos desses projetos, como nos lembram Barreto e Paula (2014), são de iniciativa da sociedade civil, procurando olhar para as pessoas em situação de vulnerabilidade (alguns com interesses privados, outros com o foco na coletividade).

O psicólogo pode inserir-se nesse contexto, dos projetos sociais, e também pode propor projetos multidisciplinares que contemplem a democracia cidadã e que empoderem os sujeitos a questionarem o Estado.

O empoderamento é uma forma de combate à pobreza e a exclusão social, pois ele oferta condições para que os sujeitos olhem para si e, a partir de suas histórias, das deficiências e carências vividas, possam propor ações e criar bandeiras de lutas, pois as ações de governo, na área social, vêm se pautando acentuadamente na questão da transferência de renda. Claro que essas ações são importantes para que as pessoas tenham o básico de seus direitos garantidos (como acesso ao alimento, por exemplo), mas, como aponta Bronzo (2006) *apud* Barreto e Paula (2014), a literatura descreve que o fenômeno da pobreza e da exclusão não envolve somente a questão da carência material básica, mas múltiplas dimensões subjetivas (inclusive a questão de poder e dominância) e, portanto é fundamental que o governo supere a lógica de prover material e proponha outras dimensões complementares, como a própria questão que estamos tratando aqui: empoderamento, reflexão, condição de acesso ao conhecimento e a história.



Pesquise mais

Acesse a notícia no *link* que aborda um projeto mineiro chamado Programa Polos de Cidadania. Assim você visualiza possibilidades de construção de cidadania na prática.

Disponível em: <<http://www.childhood.org.br/programa-polos-de-cidadania-une-pesquisa-e-aco-es-sociais-no-enfrentamento-da-violencia-infantojuvenil>>. Acesso em: 13 mar. 2016.

No âmbito da saúde pública, um dispositivo importante na promoção da cidadania é o Centro de Convivência. Esse equipamento foi criado para substituir o modelo manicomial secular. A Lei nº 10.216/2001, que tramitou no Congresso por mais de 10 anos (conforme você verá mais profundamente na unidade 4), dispõe sobre a proteção e o direito das pessoas em sofrimento psíquico, redirecionando o modelo de atenção à saúde mental, até então ofertado de forma excludente e asilar, pelos hospitais psiquiátricos. Essa lei, e sua execução, é um claro exemplo de promoção de cidadania conquistada através de mobilização popular e movimentos sociais.

A partir da promulgação dessa lei, diversos serviços foram criados com o objetivo de reinserir pessoas excluídas da sociedade, em decorrência do tratamento manicomial que haviam recebido. O Centro de Convivência e Cultura oferece espaço de “sociabilidade, produção e intervenção na cidade”, facilitando “a construção de

laços sociais”. Eles não se configuram como espaço de assistência (como CAPS ou Unidade Básica, por exemplo) e sim como “espaço de articulação com a vida cotidiana” (BRASIL, 2005).

Embora tenham nascido com a vocação de reinserir pessoas em sofrimento mental à sociedade, os Centros de Convivência estão abertos a toda população. Neles, são desenvolvidas diversas atividades como: culinária, prática de esportes, artesanato, roda de conversa, dança. Esse equipamento contempla uma equipe mínima de um gerente e três oficinairos (artistas plásticos, músicos, atores, artesãos etc.). Alguns espaços contam também com psicólogos, terapeutas ocupacionais, pedagogos, entre outros.



Pesquise mais

Para você visualizar a experiência dos Centros de Convivência, acesse o link disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=NUpD069X-lw>>.

Portanto, os Centros de Convivência, além de ofertarem espaço de produção de saúde também, são promotores de cidadania, resgatam a dignidade humana, principalmente das pessoas egressas do hospital psiquiátrico, garantindo-lhes direito ao acesso à saúde, à educação, ao lazer, à liberdade, proporcionando o compartilhar das histórias, das alegrias e desafios do viver cotidiano de todos nós.

Para concluirmos esta seção, vamos apresentar uma experiência vivenciada no âmbito social por uma psicóloga e seus estagiários. Perceba o quanto essa iniciativa pode ser replicada em diversos contextos como proposta de construção de atividade de interação com a comunidade.

Essa ação foi relatada pela psicóloga Marisa Warpechowski, no livro *O psicólogo e as políticas públicas de assistência social*. No capítulo 14, a profissional descreve sua experiência de contação de histórias na comunidade.

A profissional e os estagiários se propuseram a contar histórias para crianças em uma determinada comunidade muito vulnerável, com a intenção de “constituir um espaço dedicado à infância naquele contexto, de construir uma intervenção que desse voz à infância, partindo não da vulnerabilidade daquelas crianças mas daquilo que pulsa como potência” (WARPECHOWSKI, 2012, p. 228). Essa experiência desenvolvia-se no campinho de futebol e na sede da associação de moradores. A partir das

histórias contadas, relata a autora, “transformamos um lugar de medo, de risco, de degradação em espaço de brincar, espaço de criança feliz, espaço de cuidado, espaço onde adultos brincavam com crianças” (WARPECHOWSKI, 2012, p. 233).

A autora encerra sua narrativa relatando que as histórias possibilitaram a construção de vínculos e espaços de saúde e vida, em que foi possível ouvir a dor, as agressões, o desamparo. Essa proposta é um exemplo de como o psicólogo pode promover cidadania através de sua inserção com a comunidade, pois a experiência proporcionou lugar social a essas crianças, contribuiu para que tomassem posse de seus desejos e se apropriassem de suas manifestações subjetivas, colocando-se no mundo como sujeitos ativos e transformadores.

Portanto, a psicologia na promoção da cidadania resgata a potência de cada sujeito, independente de sua idade, e constrói bases sólidas de luta e enfrentamento às desigualdades sociais tão perversamente persistentes em nosso sistema. Seu papel principal é contribuir para o processo de reflexão crítica do sujeito sobre o contexto no qual está inserido, analisando como podemos nos tornar protagonistas de nossas histórias, como podemos nos emancipar e permanecer na luta por direitos conquistados e a conquistar.



Faça você mesmo

Faça um levantamento, através da internet ou pessoalmente, sobre os serviços voltados à promoção de cidadania de seu município. Depois, realize uma breve descrição dessas atividades, refletindo sobre a importância social que possuem.

Sem medo de errar

Na situação-problema desta seção, foram propostas algumas reflexões: será que os benefícios de transferência de renda, por si só, promovem cidadania? Como envolver as crianças no processo de emancipação e empoderamento, tão fundamentais na busca por cidadania? Quais estratégias de enfrentamento às desigualdades sociais o psicólogo pode desenvolver com a comunidade?

Você conseguiu, a partir de seus estudos, visualizar a solução desse problema?



Lembre-se

Como aponta Bronzo (2006) *apud* Barreto e Paula (2014), a literatura descreve que o fenômeno da pobreza e da exclusão não envolve somente a questão da carência material básica, mas múltiplas dimensões subjetivas.

Para resolver essa SP, é importante que você compreenda que é preciso mais do que ofertar benefícios de transferência de renda, quando falamos em superar a pobreza e as desigualdades sociais. É preciso que os sujeitos apropriem-se de suas histórias, compreendam o pano de fundo que alimenta o sistema de desigualdades, que assumam o lugar de protagonistas de suas histórias. E como farão isso? Participando de espaços que promovam a reflexão, que questionem a lógica vigente, que não se conforme nem se contente com o que é oferecido. Para isso, o lugar da psicologia no resgate da dignidade é fundamental. Esse resgate pode ser trabalhado com crianças, adolescentes, adultos e idosos, cada qual respeitando seu momento de vida. Como você viu, a atividade de contar histórias despertou o sentimento de pertencimento de crianças e adolescentes em uma comunidade vulnerável. Ao sentir-se pertencendo, os sujeitos, em sua coletividade, procurarão enfrentar o sistema em busca de igualdade de direitos, mas não só no papel. Portanto, estratégias que proporcionem a reflexão, que permitam que os sujeitos contem suas histórias e reflitam sobre elas, que conheçam seus direitos, que os acolha em movimentos coletivos são importantes na promoção de cidadania.



Atenção

São os espaços de participação que consolidam a resistência da população frente à exclusão e a marginalização das pessoas (OLIVEIRA, 2007 *apud* VIEIRA et al., 2013).

Uma ação que envolva a comunidade, na problematização dessas questões, também poderá ser bastante interessante e promover a cidadania dos sujeitos, além de fortalecer (ou estabelecer) o vínculo comunitário.

Avançando na prática

Pratique mais

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.

Além da transferência de renda

1. Competência de fundamentos de área	Conhecer e atuar em Políticas e Programas de Saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	• Compreender a aplicação do termo cidadania na sociedade brasileira; • identificar de que forma o psicólogo pode trabalhar na promoção da cidadania; • conhecer projetos, de interação com a comunidade, promotores de cidadania.
3. Conteúdos relacionados	Serviços locais de convivência. Programas de interação na sociedade.
4. Descrição da SP	Em sua atuação como psicólogo social, você conheceu Pécio, um idoso de 65 anos que reside sozinho. Em atendimento, o idoso lhe contou que recebe o Benefício de Prestação Continuada (BPC) e, com esse benefício, consegue pagar as despesas de água, luz e gás. Porém, para alimentar-se, recebe ajuda de instituições filantrópicas e de vizinhos. Mas Pécio está muito angustiado por viver sozinho e isolado. Sente-se, também, incomodado por necessitar da ajuda de muitas pessoas para alimentar-se. Como trabalhar o processo de cidadania de Pécio, perdida em seu desamparo?
5. Resolução da SP	Pécio já entendeu que a oferta de benefícios pelo governo não alivia a angústia promovida pela situação de pobreza. Ele identificou que é preciso mais do que transferir renda para construir o sentimento de pertencimento, de cidadão. Portanto, é muito importante acolher o protagonismo do idoso, apresentar-lhe espaços de participação e empoderamento, incluindo locais no qual ele poderá, inclusive, conquistar outras fontes de renda, como o Centro de Convivência e suas oficinas.



Lembre-se

Os Centros de Convivência, além de ofertarem espaço de produção de saúde, também são promotores de cidadania, resgatam a dignidade humana, principalmente das pessoas egressas do hospital psiquiátrico, garantindo-lhes direito ao acesso à saúde, à educação, ao lazer, à liberdade, proporcionando o compartilhar das histórias, das alegrias e desafios do viver cotidiano de todos nós.



Faça você mesmo

Verifique se em seu município há espaços como o Centro de Convivência. Se existir, procure conhecer o local, compreender seu funcionamento, identificar seus frequentadores. Se não houver, procure levantar quais outros locais trabalham a democracia cidadã.

Faça valer a pena

1. A cidadania, além de ser um plano jurídico, trata-se de um processo histórico. Ela contempla dois princípios básicos:

- a) Liberdade e igualdade.
- b) Explorado e explorador.
- c) Grécia antiga e Idade Média.
- d) Individual e coletivo.
- e) Cultural e coletivo.

2. O Centro de convivência e cultura é um dispositivo de substituição ao modelo manicomial. Identifique a alternativa que esclarece sua configuração:

- a) Espaço de articulação com a vida cotidiana.
- b) Espaço de assistência à saúde mental.
- c) Espaço de proteção de crianças e idosos quanto às vulnerabilidades sociais.
- d) Espaço de intervenção em saúde.
- e) Espaço de tratamento aos egressos do manicômio.

3. Um termo muito utilizado para a mobilização da população é empoderar-se. O empoderamento é importante porque:

- a) permite que os sujeitos olhem para si e para sua história;
- b) permite que os sujeitos lutem de igual para igual com a classe dominante;
- c) porque ao se empoderar os sujeitos não podem ter seus direitos violados;
- d) porque ao se empoderar os sujeitos eliminam a vivência de pobreza;
- e) permite que os sujeitos se incluam nos direitos conquistados.

Seção 3.3

Programas de políticas públicas de base nacional

Diálogo aberto

Nesta seção, aprofundaremos dois programas de base nacional, muito importantes para a política de saúde: o Telessaúde Brasil Redes e o Consultório na Rua.

Inserido no contexto de trabalho da UBS, localizada na região central de sua cidade, hoje conheceremos Jéssica, uma jovem de 27 anos que reside nas ruas desse território desde os 15 anos, e Francisco, seu companheiro que tem 30 anos, e reside nas ruas desde os 11 anos de idade. Juntos tiveram dois filhos, que hoje estão em acolhimento institucional. Foram retirados de sua família após denúncias ao Conselho Tutelar e à Vara da Infância e Juventude porque seus pais faziam, e ainda fazem, uso de crack. Mas nem Jéssica nem Francisco acessam a UBS em que você trabalha, pois se sentem discriminados e acreditam não possuir o direito à saúde, “já que não pagam impostos”, como ouviram uma vez de um morador do bairro.

Qual a contribuição da psicologia para esta realidade? Como as pessoas em situação de rua podem ter acesso à psicologia? Como trabalhar questões de direitos com essas pessoas? Como ofertar atendimento a esses cidadãos?

Ao final desta seção, é esperado que você consiga: compreender o funcionamento e a importância do serviço Consultório na Rua; ampliar seu entendimento sobre a vivência em situação de rua; aprender sobre o Programa Telessaúde Brasil Redes; identificar como este programa atua na educação continuada dos trabalhadores do SUS, e localizar como a psicologia se relaciona com as novas políticas de atenção à saúde.

Não pode faltar

Para iniciar a seção 3.3, vamos retomar um pouco o conceito de atenção básica aprendido por você na unidade 1?

Como você deve se lembrar, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) deve ser a porta de entrada preferencial ao sistema

público de saúde, porque se localiza próximo ao território dos usuários. Segundo o Ministério da Saúde, a nova PNAB, instituída em 2011, amplia ações e inclui serviços como o Consultório na Rua (CR), destinado a pessoas que vivem em situação de rua, como você verá adiante. Essa nova política de Atenção Básica propõe ampliar também sua resolutividade e a continuidade do atendimento através do programa Telessaúde Brasil Redes (BRASIL, 2012).

Esses dois dispositivos são o foco de atenção desta seção.

Começemos pelo primeiro. Você já ouviu falar desse serviço? Tem ideia de sua proposta? O que seria um consultório inserido na rua? Como ele atua?

Pois bem, como descrito há pouco, o CR foi implantado graças à nova PNAB, instituída pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

O CR constitui-se por “equipes da atenção básica, compostas por profissionais de saúde com responsabilidade exclusiva de articular e prestar atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua” (BRASIL, 2012, p. 62).

As atividades são realizadas em unidade móvel, itinerante, que se desloca até a população, desenvolvendo ações em parceria com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Apenas para esclarecer, os NASFs, embora façam parte da rede da atenção básica, não possuem unidades físicas e não são de acesso livre à população. Suas equipes atuam ofertando apoio às UBSS, com o intuito de melhorar a resolutividade das questões (BRASIL, 2012). Dessa mesma forma, atuam com as equipes que atendem populações específicas, como é o caso da população em situação de rua.

Porém, outros serviços também devem compor a rede de articulação das equipes da atenção básica que atuam com população específica, como os Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência, serviços e instituições pertencentes ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), entre outras instituições públicas e da sociedade civil que forem necessárias (BRASIL, 2012).

Podemos, então, observar que o trabalho das equipes do CR é articulado a outros serviços, dada a complexidade das questões que o envolvem. Além disso, as pessoas que vivem em situação de rua necessitam da garantia de diversos direitos, sendo o acesso à saúde apenas um deles. Portanto, as ações devem partir do pressuposto

de que a política de saúde tem o dever de articular-se com demais serviços e políticas públicas.

Segundo a legislação que institui a PNAB, o horário de funcionamento das equipes dos CR's deve atender à demanda da população, podendo ocorrer, inclusive, em períodos noturnos, todos os dias da semana. Contudo, nem todos os municípios já contam com esse dispositivo. Dessa forma, na ausência desse serviço, é a própria unidade básica de saúde que deverá ofertar as ações à população em situação de rua.



Refleta

Como desenvolver ações de saúde voltadas para uma população marginalizada e discriminada? Como garantir que essas pessoas, despercebidas socialmente, sintam que também são parte do sistema de garantia de direitos?

Embora pareça óbvio, é importante definir o termo “população em situação de rua”.

Segundo a Política Nacional para a População em Situação de Rua, instituída em 2009, o termo caracteriza-se por:



grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (Art. 1, parágrafo único).



Refleta

Por que o termo utilizado é “situação de rua” e não “população de rua”?

Quando afirmamos que a população é DE rua, fica implícito que essa população pertence à rua (não enquanto território), enquanto condição fixa, imutável e, não havendo possibilidades de mudança, porque haveria investimento? Outro ponto: quando falamos “de rua”, o termo pressupõe que o sujeito fez uma escolha (pertencer à rua por desejo), desconsiderando uma série de violações de direitos vivenciadas por ele e que culminaram nessa condição. Portanto, não se trata apenas de uma questão semântica, mas de busca por

reconhecimento e garantia de direitos e promoção de dignidade humana que toma o pano de fundo da “situação de rua”.

Retomando a questão da Política Nacional para Pessoas em situação de rua, Hallais e Barros (2015) afirmam que ela assegura a esta população o acesso à saúde, mas tanto os serviços de assistência como as unidades de acolhimento (albergues) não possuem estrutura, ou recursos humanos, para realizar o atendimento à saúde.

Por essa razão, prosseguem os autores, surgem os Consultórios na Rua – a partir da PNAB, como você viu, mas com organização e funcionamento definidos pela Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012.

Ainda segundo os autores, os CRs priorizam que o cuidado seja realizado no próprio território – veja que a noção de território é a mesma estudada por você na seção 3.1.



Faça você mesmo

Verifique se em seu município foi implantado o serviço de Consultório na Rua. Se houver, descreva qual a equipe que o compõe e seu horário de funcionamento. Se não houver, procure identificar qual município próximo ao seu possui esse dispositivo. Você pode desenvolver essa atividade realizando uma busca pela internet ou entrando em contato com a Secretaria de Saúde de sua cidade.

Mas qual é a equipe que compõe esse dispositivo?

Segundo a legislação, há três modalidades de equipe, sendo que a diferença entre elas se concentra na quantidade de profissionais contratados. Portanto, a modalidade I conta com dois profissionais de ensino superior e dois de ensino médio, com exceção do médico; na modalidade II, são três profissionais de ensino superior e três de ensino médio, também se excetuando o médico; e, por fim, a modalidade III conta com a mesma equipe da modalidade II, porém acrescida do médico. Os profissionais que poderão compor as equipes são: enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal e, se necessário, agente comunitário de saúde (BRASIL, 2011, Arts. 3 e 4).

As equipes, em geral, deparam-se com problemas de saúde relacionados a: “tuberculose, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), hepatites virais, doenças dermatológicas, além de transtornos mentais e variados tipos de sofrimento psíquico” (HALLAIS; BARROS, 2015, p. 1501).



Exemplificando

As DSTs geralmente estão associadas a herpes, gonorreia, sífilis e, por vezes, HIV (embora outras doenças possam estar presentes). As doenças dermatológicas estão associadas, muitas vezes, à escabiose (ou sarna humana). Em relação aos transtornos mentais, não é incomum encontramos sujeitos psicóticos. Além disso, muitas vezes (mas não em todos os casos) há o uso abusivo de substâncias psicoativas, como crack, cocaína, álcool, tabaco, maconha, entre outros.

Como nos lembram Hallais e Barros (2015, p. 1501), as ações de saúde dos CRs estão associadas ao estabelecimento de vínculo, através de estratégias que contemplem a redução de danos e o atendimento humanizado por meio da “promoção, prevenção e cuidados primários em saúde fora dos espaços institucionais”. Assim, tais práticas deverão respeitar as escolhas dos sujeitos, sem julgamentos, trabalhando para que cada indivíduo também participe de seus cuidados, tornando-se protagonistas de suas histórias, promovendo cidadania e dignidade, reafirmando direitos.

A estratégia da redução de danos é um caminho também para que você trabalhe com Jéssica e Francisco. Ela objetiva reduzir os riscos associados ao uso de substâncias “sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo” (BRASIL, 2005, Art. 2). De que forma? Através de: informação, educação e aconselhamento sobre os possíveis danos e riscos relacionados ao consumo de substâncias que causem dependência, desestimulando o compartilhamento de instrumentos utilizados (como agulha e cachimbo), orientando sobre como proceder em caso de intoxicação aguda (overdose), orientando sobre prática de sexo seguro, divulgando os serviços que poderão ser acessados tanto na saúde como na assistência social e orientando quanto aos direitos constitucionais das pessoas em situação de rua; através de serviços de assistência social e da saúde, que deverão promover o tratamento à dependência, se necessário, o diagnóstico e tratamento em casos de HIV/AIDS ou DSTs e imunizando as hepatites virais. As estratégias também incluem a distribuição de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/AIDS e hepatites. As ações relacionadas ao uso abusivo de álcool também estão incluídas nesta portaria. (Art. 3, Art. 4 e Art. 5).



Assimile

Consultório na Rua é um dispositivo da saúde pública ligado à Atenção Básica que tem por objetivo realizar atendimento móvel e itinerante à população em situação de rua, prioritariamente em seu território.

Os desafios encontrados pelos profissionais são muitos. Além da necessidade de desenvolver estratégias de acolhimento que extrapolem o modelo instituído (no qual o usuário procura pelo serviço), é preciso trabalhar para ofertar lugar de visibilidade a estas pessoas, mas, ao mesmo tempo, cuidando também da visibilidade negativa propagada pela sociedade e pela mídia. É fundamental que o psicólogo adote uma postura de enfrentamento à discriminação que ocorre também nas instituições e problematize as questões das desigualdades sociais e do sofrimento psíquico. O psicólogo tem um lugar privilegiado para compreender profundamente os processos mentais, a construção da subjetividade humana e traçar sua relação entre o mundo externo e o interno. Portanto, embora todos os profissionais devam desenvolver um trabalho ético e que garanta direitos, a psicologia não pode negligenciar a leitura do lugar simbólico ocupado por essas pessoas na sociedade.

Uma estratégia de escuta é reconhecer e valorizar a autonomia, os múltiplos saberes, as histórias dos sujeitos, contribuindo para o encontro verdadeiro entre o trabalhador e a pessoa em situação de rua, ao invés de única e exclusivamente focar em uma intervenção terapêutica para obter melhora clínica (HALLAIS; BARROS, 2015). Como você viu na seção 3.1, é preciso ir além do CID-10 e da epidemiologia, distinguindo diagnóstico, queixa e demanda, conforme apontado por Spink et al. (2010).



Pesquise mais

Para compreender melhor a complexidade do trabalho com a população de rua, acesse a reportagem realizada pelo ENSP/FIOCRUZ no link abaixo:

VARGAS, Tatiane. **Consultório na rua**: novas políticas para a população de rua. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/30991>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

Como você pode perceber, o trabalho das equipes do CR é delicado. Portanto, torna-se fundamental a atualização profissional.

Além da responsabilidade individual na busca por aperfeiçoamento técnico e teórico, o SUS tem o dever de ofertar educação continuada a seus profissionais, conforme previsto na Lei nº 8.080/90.

Uma dessas ações voltadas à educação continuada e à formação dos trabalhadores do SUS é o Programa Telessaúde Brasil Redes.

Como você viu no início desta seção, esse programa também está associado à PNAB. Ele se refere a “uma ação nacional que busca melhorar a qualidade do atendimento e da atenção básica no SUS, integrando ensino e serviço por meio de ferramentas de tecnologias da informação” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://programa.telessaudebrasil.org.br/vhl/expansao/sobre-teste/>>. Acesso em: 20 jan. 2016).

Silva (2014) *apud* Pereira e Machado (2015, p. 3283) define o termo Telessaúde como sendo “uma nova maneira de pensar os processos de saúde, quebrando a barreira da distância, usando as tecnologias da informação e telecomunicação”.

Mas, antes de entendermos como esse programa se desenvolve, faremos uma breve retrospectiva histórica de sua criação.

Segundo o Ministério da Saúde, o início do projeto, que se chamava Programa Nacional de Telessaúde, ocorreu em 2005. Mas somente no ano de 2007 é que o programa foi implementado, através de um projeto-piloto que envolveu nove Núcleos de Telessaúde (instituições formadoras) localizados em universidades nos estados do Amazonas, Ceará, Pernambuco, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. A meta deste projeto era qualificar aproximadamente 2.700 equipes da Estratégia de Saúde da Família e com isso propor melhoria na qualidade de atendimento das UBSs, com bons níveis de resolutividades das questões, reduzindo custo e tempo, agilizando atendimento prestado e otimizando recursos dentro de todo o SUS, beneficiando quase 10 milhões de usuários. Em 2011, foi aprovada a Portaria nº 2.546 de 27 de outubro, redefinindo e ampliando o programa, além de substituir sua denominação por Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes).

Em 2012, também passou a ser ofertada teleconsultoria por telefone, oferecendo suporte aos médicos da atenção básica que participam do Programa Mais Médicos, por exemplo (BRASIL, 2015).

Segundo o Ministério da Saúde, em 2015 o Programa encontrava-se em funcionamento em 22 estados, reunindo aproximadamente 6.000 pontos instalados em UBSs de 2.600 municípios e envolvendo 50.000 profissionais (idem).

Esse programa é composto por gestores da saúde, instituições formadoras de profissionais da saúde e serviços de saúde do SUS. Os serviços desenvolvidos por eles, segundo o Ministério da Saúde, são: teleconsultoria, telediagnóstico, segunda opinião formativa e tele-educação.

Vamos conhecê-los:

1. Teleconsultoria: ocorre quando os profissionais ou gestores, através de instrumentos de comunicação, solicitam ajuda de um consultor para esclarecer dúvidas sobre procedimentos, questões de processo de trabalho ou outras ações em saúde (BRASIL, 2011b).



Exemplificando

A teleconsultoria pode acontecer via chat, videoconferência, e-mails etc. O profissional apresenta uma demanda e o consultor responde de modo a buscar a resolutividade da questão.

2. Telediagnóstico: realiza serviços de apoio ao diagnóstico (BRASIL, 2011b).
3. Segunda opinião formativa: é uma resposta, construída a partir de revisão bibliográfica de evidências científicas e clínicas, a questionamentos apresentados nas teleconsultorias (idem).
4. Tele-educação: são aulas, curso ou conferências que acontecem por meio da tecnologia da informação (idem).



Pesquise mais

O artigo abaixo relata a experiência de Pernambuco com o Programa Telessaúde Brasil Redes a partir de equipes de saúde mental inseridas em UBSs.

NOVAES, Magdala de Araújo et al. Tele-educação para educação continuada das equipes de saúde da família em saúde mental: a experiência de Pernambuco, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 1095-1106, dez. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 jan. 2016.

Essa nova possibilidade de transmissão de conhecimento, de troca de saberes a partir das inovações tecnológicas, demonstra uma tentativa do país em caminhar ao lado dos avanços tecnológicos, transformando-os em instrumentos facilitadores das práticas cotidianas. Porém, há desafios, também.

O programa não é desenvolvido exclusivamente no Brasil. Conforme observado por Santos et al. (2014) vários países da América Latina implementaram projetos como este, tais como: Colômbia, Equador, México e Panamá. Outros encontram-se em processo de elaboração e implantação: Bolívia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Peru e Venezuela.

O que os autores observam é que em países em desenvolvimento:



a falha em adotar esse tipo de tecnologia tem sido explicada pela falta de clareza dos benefícios entre os tomadores de decisão, falta de evidência de benefícios, restrições financeiras, resistência, falta de experiência e inércia do sistema de saúde [...] altos custos, infraestrutura precária e falta de conhecimento técnicos. (SANTOS et al. 2014, p. 465)

Mas não fique pensando que esses desafios estão centralizados somente nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde (citado pelos autores acima), a utilização dessa tecnologia, em todo mundo, é desigual. Em países desenvolvidos, por exemplo, há uma baixa utilização desse programa e, além disso, esses países encontram barreiras como as “questões legais de privacidade e segurança, prioridades dos sistemas de saúde e falta de demanda” (SANTOS et al., 2014, p. 465).

De forma global, há inúmeras deficiências da oferta, pelo Estado, de serviços adequados, ágeis, qualificados. Como vimos em seções anteriores, a psicologia tem o compromisso de manter-se conectada aos avanços do SUS, ampliando discussões e também utilizando seus recursos disponíveis. Não é incomum vermos profissionais que ficaram “estacionados” no tempo. Eles não acompanham os avanços tecnológicos utilizados para ofertar melhor qualidade de atendimento e com isso também contribuem para atrasar o processo de evolução do sistema. Obviamente, eles não são os únicos, ou maiores, responsáveis pelos entraves no avanço do sistema. Mas também não podemos negar a importância de nos

mantermos, enquanto profissionais de políticas públicas, atentos com as novas configurações de trabalho que objetivam resolver as questões, de forma eficaz, dos usuários dos serviços.

Sem medo de errar

Na situação-problema desta seção, você conheceu duas pessoas em situação de rua: Jéssica e Francisco, um casal que perdeu a guarda de seus dois filhos por fazer uso de crack. A partir da história dessas pessoas, foram apresentadas a você algumas reflexões: qual a contribuição da psicologia para esta realidade? Como as pessoas em situação de rua podem ter acesso à psicologia? Como trabalhar questões de direitos com essas pessoas? Como ofertar atendimento a esses cidadãos?



Atenção

Se em seu município não houver o serviço de CR as ações para a população em situação de rua devem ser realizadas pela UBS.



Lembre-se

Para a resolução desta SP, é muito importante que você tenha claro o conceito de população em situação de rua. Ela é definida como “grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória” (BRASIL, 2009, Art. 1, parágrafo único).

Vimos nesta seção que a psicologia pode colocar-se a serviço dessa população através de políticas públicas, problematizando as questões sociais, propondo reflexões sobre o processo de exclusão e invisibilidade social, realizando uma leitura profunda sobre as variadas formas de manifestação do sofrimento humano e colocando-se a favor da sociedade no enfrentamento às violações de direito, buscando resgatar a cidadania e a dignidade humana. O psicólogo pode compor também a equipe do Consultório na Rua – que é o serviço que deverá ir ao encontro das pessoas em situação de rua. Se esse serviço não existir no município, a equipe da UBS deverá ofertar esse atendimento

e poderá contar com o recurso do Programa Telessaúde Brasil Redes para discutir casos emblemáticos e se aperfeiçoar tecnicamente, através do processo de educação continuada.

O psicólogo precisa ter como norte uma atuação baseada na escuta desprendida de preconceito, de dó ou outro sentimento que possa interferir negativamente na autonomia e escolha dos sujeitos. É fundamental conhecer suas trajetórias, identificar suas histórias de vida a partir do que é possível ser contado, respeitando o silêncio quando ele vier.

A psicologia também pode inserir-se nas ações de redução de danos, oferecendo orientação, tratamento, articulando a rede de saúde e os responsáveis pela oferta de insumos, para evitar que as pessoas se contaminem ao compartilhar instrumentos no uso de substâncias psicoativas ou em práticas sexuais. Na estratégia de redução de danos, também está contemplada a orientação quanto aos direitos dos sujeitos em situação de rua. O psicólogo precisa estar muito atento à abordagem das pessoas, respeitando o espaço territorial e procurando não impor a interrupção do uso de substâncias psicoativas, sem utilizar de discursos morais sobre o que é “bom ou mau”. A proposta é ofertar orientação para que o sujeito faça a sua escolha e que o psicólogo suporte qualquer que seja ela, tendo em vista que, se necessário, procure sua própria psicoterapia.

Avançando na prática

Pratique mais

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.

Identidade pressuposta

1. Competência de fundamentos de área

Conhecer e atuar em Políticas e Programas de Saúde.

2. Objetivos de aprendizagem

- Compreender o funcionamento e a importância do serviço Consultório na Rua;
- compreender a vivência em situação de rua;
- conhecer o Programa Telessaúde Brasil Redes;
- identificar como este programa atua na educação continuada dos trabalhadores;
- compreender como a psicologia se relaciona com as novas políticas de atenção à saúde.

3. Conteúdos relacionados	Consultório na Rua. Programa Telessaúde Brasil Redes.
4. Descrição da SP	Você é psicólogo e atua em uma UBS muito distante de outros dispositivos da saúde pública. Sua equipe encontra-se com dificuldade para resolver uma questão de um adolescente com uma grave doença genética e que está depressivo. Você atende o jovem há pouco mais de seis meses, mas também acredita que precisa de ajuda para ampliar sua compreensão sobre o caso. Além de sua equipe, não há outros profissionais com quem você possa discutir o caso clínico. Como você e a equipe devem proceder nessa situação?
5. Resolução da SP	Primeiramente, você e a equipe precisam identificar se em sua UBS há um ponto de Telessaúde e utilizar do recurso de Teleconsultoria para obter o aprofundamento necessário para a resolução deste caso clínico; se não houver este recurso, a equipe poderá fazer uso do número de telefone do programa disponibilizado aos médicos. É muito importante que a equipe discuta as informações recebidas, analise as propostas e avalie se elas são aplicáveis, antes de realizar qualquer procedimento com o usuário, inclusive a psicologia.



Lembre-se

Telessaúde é “uma nova maneira de pensar os processos de saúde, quebrando a barreira da distância, usando as tecnologias da informação e telecomunicação” (SILVA, 2014 *apud* PEREIRA; MACHADO, 2015, p. 3283) e que, segundo o Ministério da Saúde, busca melhorar a qualidade do atendimento ofertado pelo SUS.



Faça você mesmo

Busque vídeos no YouTube, através da palavra-chave “telessaúde”, para compreender como o processo de formação continuada acontece. Nesse *site*, estão disponíveis algumas webconferências sobre diversas doenças que acometem a população referenciada à UBS.

Faça valer a pena

1. O Consultório na Rua é um serviço realizado por equipe itinerante. A qual equipe esse dispositivo está relacionado?

- a) NASF
- b) Telessaúde
- c) Atenção Básica
- d) CAPS
- e) Assistência Social

2. O Consultório na Rua (CR) é um dispositivo criado para atender pessoas que vivem em situação de rua. Assinale a alternativa que melhor descreve as ações desenvolvidas por esse serviço:

a) O CR deve articular suas ações a política de assistência social, para que as pessoas em situação de rua sejam encaminhadas aos albergues. A equipe que atua neste dispositivo é multiprofissional e está vinculada à UBS. Porém, na ausência desse serviço no município, a população em situação de rua é atendida em caso de urgência, já que não possuem documentos nem comprovante de endereço.

b) O CR deve articular suas ações de cuidado em saúde com as demais políticas públicas do território. Ele atua com equipe multiprofissional, em horários que atendam a demanda da população. Quando o município não conta com o serviço de CR, o atendimento a esta população específica deve ser ofertado pela UBS.

c) O CR é um serviço da política de assistência social, que conta com uma equipe multidisciplinar para atender à demanda urgente e emergente da população em situação de rua. Na ausência desse serviço, quem deverá ofertar atendimento são os hospitais, através do pronto-atendimento.

d) O CR é um serviço da política de assistência social, mas que conta com a política de saúde para prestar atendimento médico às pessoas em situação de rua. O horário de funcionamento é comercial, pois no período noturno as pessoas deverão ser encaminhadas a instituições de acolhimento, para dormir.

e) O CR atua em parceria com a saúde, desenvolvendo ações de redução de danos e ofertando espaço de moradia às pessoas em situação de rua. O funcionamento da instituição acontece de acordo com a demanda da população.

3. O Programa Telessaúde Brasil Redes está associado à Política de Atenção Básica. Assinale a alternativa que melhor descreve esse serviço:

a) Nova maneira de pensar os processos de saúde, quebrando a barreira da distância através de tecnologias da informação, integrando ensino e serviço.

b) Uma vez que a tecnologia ainda é pouco avançada nos países em desenvolvimento, o Programa Telessaúde sugere que o telefone é um instrumento ágil de articulação entre serviços e gestores.

c) O Programa tem por objetivo diminuir a distância, através do uso da internet, para solucionar problemas que se apresentem nas UBSs.

d) O Programa é desenvolvido dentro da secretaria de saúde, através de profissionais qualificados, e conta com o uso de tecnologias para a comunicação entre gestores e trabalhadores.

e) O Telessaúde é um modelo de formação continuada implantada em toda América Latina, com grande adesão dos serviços e resolutividade das questões de saúde do território.

Seção 3.4

Novas políticas e práticas – Brasil-República inclusiva

Diálogo aberto

Chegamos à última seção desta unidade 3, que se propôs a tratar do conceito de territorialidade. Para atingir esse objetivo, você conheceu o conceito de território no SUS e no SUAS, incluindo as concepções de regionalização, hierarquização e descentralização. Aprendeu também o conceito de cidadania, que estabelece uma relação muito profunda e direta com o território no qual estamos inseridos, por tratar-se de uma ideia dinâmica e cultural. Depois você conheceu os serviços de Telessaúde Brasil Redes e o Consultório na Rua, dois dispositivos fundamentais na política de saúde e que também dialogam com o conceito de territorialidade.

Nesta seção, você aprenderá outros fazeres da psicologia: seu envolvimento no processo de gestão e também na produção de conhecimento.

Na última situação-problema desta unidade, você foi promovido de psicólogo a gestor da UBS que se localiza na região central de seu município. O que mudará em sua atuação profissional? Quais seus novos desafios? Como você deve conduzir a gestão de seu grupo de trabalho? Nesta nova função, você resolveu também pesquisar como estão as produções científicas da categoria, para incentivar seus profissionais a produzirem material escrito. O que você encontrou? Produzimos muito ou pouco cientificamente? Qual a importância da pesquisa e da produção de saber na atuação do psicólogo?

Os objetivos de aprendizagem relacionados desta seção são: identificar tipos de liderança; compreender a função do colegiado gestor no SUS; diagnosticar a produção de periódicos científicos na psicologia.

Para tanto, os conteúdos desta seção versarão sobre o psicólogo como gestor de ONGs e setor público; e pesquisa e produção de saberes.

Não pode faltar

Nesta seção, vamos finalizar o conceito de territorialidade, apontando novas possibilidades de inserção do psicólogo nas políticas públicas: uma delas é a gestão; a outra é a pesquisa e a produção de saberes.

Você vem aprendendo como o psicólogo pode atuar nas diversas realidades encontradas no território, especialmente na interlocução com o SUS e com o SUAS. Agora, vamos tratar aqui de uma atuação pouco divulgada, que é a gestão dos serviços. O psicólogo poderá assumir a coordenação tanto dos serviços de saúde como dos serviços de assistência social. Entretanto, é muito difícil apontar se esse papel tem sido assumido pela categoria, a nível nacional, porque as publicações científicas sobre esse fazer são extremamente precárias.

Se psicólogos têm assumido o lugar de gestão, eles não têm publicado seu fazer, seus desafios, suas invenções e conquistas – o que configura um prejuízo muito grande para o avanço da ciência psicológica, principalmente no que se refere às novas práticas em psicologia.

Em 2012, segundo o CFP, havia 60 mil psicólogos atuando no SUS. Quantos desses assumem o lugar de gestão? Não sabemos, pois não há estatísticas acessíveis que apontem esses números.

Antes de aprofundarmos sobre a importância de escrevermos e publicarmos cientificamente nosso fazer, vamos entender melhor do que se trata o conceito de gestão, especialmente na política de saúde.

Como você sabe, o verbo gerir está relacionado a gerenciar, portanto indica um papel social de coordenação de uma equipe, certo? Mas qual lugar o psicólogo deve ocupar ao assumir um cargo de gerência?

Obviamente quando falamos em gerência esse conceito pressupõe também conhecimentos técnicos que vão além das questões psíquicas. Um gestor deve conhecer sobre planejamento, gastos, organização financeira, planilhas e instrumentos que concretizem os trabalhos das ONGs e dos serviços públicos (quantos atendimentos, quantas visitas domiciliares, quantas intervenções etc.). Parece óbvio, mas não é. Muitos profissionais psicólogos que assumem a cadeira da gerência acabam tomando o processo gerenciador como uma extensão de seu trabalho terapêutico, analisando o comportamento humano de seus colaboradores, por exemplo. Claro que não podemos perder a visão humana que nos orienta, compreendendo os aspectos dos colaboradores de forma integrada e global – esse é um ponto muito importante do lugar do psicólogo na gerência –, mas, como gestor, espera-se que o psicólogo também organize e oriente as equipes de trabalho.

Se o psicólogo não amplia o seu olhar para as questões macros das políticas públicas, ele desenvolve um trabalho amador. Esse amadorismo pode ser percebido em qualquer instância e em diversas situações de gestão.

A falta de gestão profissionalizada pode ser vista em todos os níveis que envolvam condução, planejamento, programação, auditoria, avaliação, regulação, legislação e gestão de recursos e serviços. Além disso, há a prevalência de indicação dos ocupantes dos cargos de gestão, muitas vezes através de filiação ou envolvimento partidário. Portanto, assumir um lugar de gestão no sistema público não é tarefa simples (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Segundo os autores, muitos dos que assumem postos gerenciais já estão sendo formados por especializações nas áreas, que contam com o apoio do Ministério da Saúde e de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, “constituindo um dos desdobramentos dos esforços que vêm sendo realizados nos últimos anos em torno da implementação de programas e atividades de formação e educação permanente dos profissionais e trabalhadores do SUS” (p. 1826).

Segundo o CFP (2013, p. 55), o psicólogo, enquanto gestor de serviço de saúde ou da assistência social, deve “transitar, compor, influenciar, transformar e provocar a Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas (os)”, em diversas políticas. Para esse órgão, o psicólogo tem um papel fundamental nas articulações entre os diversos setores e atores que integram as redes de serviços, especialmente a saúde, desenvolvendo potenciais parcerias e construções coletivas, buscando a integralidade em suas intervenções. Dentre suas funções, estão a proposição de ações que organizem o trabalho, como a escuta qualificada, a própria educação permanente abordada anteriormente, a gestão participativa – que você verá a seguir –, a discussão de metas em espaços coletivos e a promoção da saúde e da qualidade de vida do trabalho.

Outro ponto importante ao gestor é o seu estilo de liderança, pois é a partir da relação que assume com o seu grupo de trabalho que o profissional gestor empodera ou adocece seus membros, potencializa ou paralisa os processos de trabalhos que possuem reflexos diretos aos usuários do SUS, ou do SUAS. Mas o que é liderança?

Sadler (2003) apud Dias e Borges (2015) aponta que a liderança é o centro do processo de grupo. Nesse sentido, Freedman,

Carlsmith e Sears (1973) *apud* Pereira, Rizzon e Braghirolli (2011, p. 143) destacam também que “um dos fatos mais impressionantes e universais sobre grupos é que eles têm quase sempre um líder”.

Mas o que determina a eficiência de uma liderança é a questão situacional, ou seja, cada situação exige um perfil diferente de líder. Assim, a liderança passa a ser compreendida como “ação que auxilia o grupo a atingir seus objetivos dentro de uma determinada situação” (PEREIRA; RIZZON; BRAGHIROLLI, 2011, p. 145).

Outro ponto é que a liderança, como centro do processo de grupo, envolve também uma questão de personalidade, de exercício de influência e persuasão, com um esforço de interação, a partir de um papel diferenciado (SADLER, 2003 *apud* DIAS; BORGES, 2015).

Há alguns estilos de liderança.

Segundo Bass e Avolio (1997) *apud* Dias e Borges (2015), há: a liderança transacional, transformacional e a *laissez-faire*. Pereira, Rizzon e Braghirolli (2011) também destacam três tipos de lideranças: a autocrática, a democrática e também a *laissez-faire*. Vamos compreendê-las:

Liderança transacional: o líder acompanha e orienta os subordinados com vistas a atingir as metas e objetivos organizacionais, segundo Nord e Fox (1996) *apud* Dias e Borges (2015). Os líderes transacionais desenvolvem uma ligação entre desempenho e recompensa, ou seja, oferece-se recompensa a um bom desempenho ou são feitas ameaças aos desempenhos ruins. Outro comportamento exercido por esses líderes é que ou intervêm no grupo somente quando procedimentos ou normas não são cumpridos ou atuam como monitores para detectar erros.

Liderança transformacional: o líder procura aumentar a sensibilidade dos liderados, procurando motivá-los além das expectativas, segundo Bass e Avolio (1997) *apud* Dias e Borges (2015). O comportamento desses líderes está associado, normalmente, a quatro características: influência idealizada (líder é modelo para os seguidores), motivação inspiradora (líder procura expressar a importância dos objetivos desejados de maneira simples e proporciona significado e desafios com o trabalho proposto), estímulo intelectual (os líderes desafiam as ideias dos seguidores para a solução de problemas) e a consideração individualizada (líderes passam mais tempo ensinando e treinando, de forma individualizada). Segundo Neto et al. (2012) *apud* Dias e Borges

(2015), esses líderes compreendem os erros como possibilidades de aprendizado, enfrentando melhor a complexidade do trabalho e suas incertezas, lidam melhor com a resistência, assumem riscos, buscando ir além do processo mecânico da liderança transacional.

Liderança *laissez-faire*: o líder interfere pouco nas decisões do grupo, dando-lhe liberdade para tomarem decisões, evitando também esclarecer as expectativas e resolver os conflitos, transferindo sua autoridade ao grupo, abrindo mão do poder de tomar decisões, segundo Bass e Avolio (2000) *apud* Dias e Borges (2015). Nesse sentido Pereira, Rizzon e Braghirolli (2011) também apontam que estudos revelam que este estilo de liderança provoca desorganização, baixa produção e insatisfação no grupo.

Liderança autocrática: os líderes estabelecem sozinhos as normas dos grupos, determinam as atividades e quem vai trabalhar com quem, por exemplo. Elogiam ou criticam alguém e não se envolvem nas atividades do grupo, permanecendo, como descrito por Pereira, Rizzon e Braghirolli (2011, p. 151), no “pedestal” de sua função. É um estilo de liderança muito semelhante ao transacional. Em estudos realizados pelos autores, comprovou-se que esse estilo de liderança promovia maior quantidade de produção, porém as relações interpessoais eram hostis, agressivas e havia uma queda importante na produção quando o líder se ausentava.

Liderança democrática: o líder decide junto com o grupo as diretrizes, os membros têm liberdade para escolher seus parceiros de trabalho. Nesse caso o envolvimento do grupo, em estudos apontados pelos autores, apresentava motivação e envolvimento com a tarefa, a qualidade das relações interpessoais era melhor e quando o líder se ausentava a produção não caía em quantidade ou qualidade, pois todos estavam comprometidos com o processo.

Alguns autores afirmam que a melhor forma de liderar é a democrática. Esse estilo, inclusive, permite que haja mais de um líder no grupo. No caso do SUS essa liderança compartilhada (gestão participativa, citada anteriormente) pode acontecer, por exemplo, pelo Colegiado Gestor e pelo Apoio Institucional – dois métodos instituídos pela Política Nacional de Humanização.

Segundo o CFP (2013b), para que a consolidação da política do SUS seja exitosa, é fundamental que haja a gestão participativa, ou seja, que o profissional gestor envolva efetivamente todos os atores

sociais do SUS (outros gestores, profissionais da ponta e usuários). Somente dessa forma conseguiremos garantir compromissos reais e continuidade e aprimoramento do sistema. Para o órgão:



fazer a gestão significa estar numa posição dialogante com os diversos atores sociais, sejam eles favoráveis ou contrários ao SUS [...] ela exige uma postura firme em relação aos princípios do SUS e ao mesmo tempo uma postura flexível na compreensão das inúmeras forças políticas que se apresentam na cena pública quando estamos implantando um determinado programa ou projeto de saúde (CFP, 2013b, p. 109).

O gestor de saúde deve saber que os conflitos e as contradições fazem parte do cotidiano do trabalho e deve manter-se orientado pelo compromisso de garantia do acesso ao direito à saúde, trabalhando os conflitos e contradições, considerando que as ações próprias da clínica, da política e da gestão são inseparáveis (CFP, 2013b).



Assimile

Há diferentes formas de liderar uma equipe. Dentre elas, a liderança transacional que, assim como a liderança autocrática, está centrada na tarefa; a liderança transformacional, que, assim como a liderança democrática, está centrada nas relações interpessoais, nas quais os líderes não cumprem somente protocolos técnicos, mas envolvem toda a equipe no comprometimento das ações (não por recompensa ou punição, mas por sensibilização); e a liderança *laissez-faire*, que é quando o líder ausenta-se de sua função de coordenação e deixa o grupo “solto” para tomar suas próprias decisões.

Assim, na Gestão Colegiada, por exemplo, segundo Cecílio (2010), há uma garantia na inovação da gestão, pois supõe que, em todos os níveis de organização e em todos os serviços de saúde, haja um espaço coletivo e democrático entre a equipe, os gestores e usuários, no intuito de ampliar a qualidade dos serviços e de manter os princípios que norteiam o SUS: universalidade, equidade, integralidade e resolutividade. No colegiado gestor, são elaborados projetos de ação, organização de procedimentos, intervenção no processo de trabalho, elaboração de propostas, criação de estratégias para o envolvimento de todos da equipe. Embora seja mais comum um colegiado gestor criado somente com profissionais, há lugares que incluem a representatividade dos usuários nas tomadas de decisão.



Exemplificando

Por exemplo, uma UBS que possui um colegiado gestor e que conta com um enfermeiro (que representa os demais enfermeiros da instituição), um técnico de enfermagem, um psicólogo e um médico, além do coordenador da UBS. São tratadas nessas reuniões as questões cotidianas do serviço, a assistência à saúde e são pensadas coletivamente as ações. Elas, portanto, não ficam centralizadas no gestor, mas nesse colegiado de pessoas. Outra forma é que membros representem sua equipe, independente da categoria profissional, ou seja, se em uma UBS há três equipes, cada equipe elege o seu representante para compor o colegiado gestor.

Para o CFP (2013b, p. 109), precisamos considerar três atores operando no campo da saúde pública: os gestores, os trabalhadores e os usuários.

A participação dos usuários é fundamental, propondo escuta tanto em relação ao funcionamento da unidade como dos tratamentos ofertados e da dinâmica do cotidiano dos serviços. Estratégias como assembleias e rodas de conversas proporcionam espaços para essa escuta e também a possibilidade de encontro de soluções para o funcionamento cotidiano da unidade.

Porém, há diversos desafios no colegiado gestor, apontados em estudos de Cecílio (2010), como, por exemplo: muitos profissionais de saúde não sabem o que é um colegiado, outros acreditam que o colegiado ajuda o coordenador a tomar decisões e em outros, ainda, o coordenador terminou com o colegiado gestor quando teve seu posicionamento contrariado pela equipe. Segundo o autor “um dos aspectos mais desafiadores da implementação do colegiado de gestão é o quanto ele (coordenador) está disposto (ou preparado) a se submeter às decisões do colegiado que contrariam sua posição pessoal e de alguma forma questionam sua autoridade” (p. 562). Outro desafio é que o representante repasse as informações aos representados (seja à equipe ou à categoria profissional).

Como complementa o autor, o colegiado de gestão é um lugar no qual o coordenador experiencia a sua liderança democrática, percebendo até onde ou o quanto consegue compartilhar decisões que afetam a vida dos trabalhadores de sua unidade, conciliando a sua autoridade a um modelo de decisão participativo.

Será que você, como psicólogo coordenador da UBS, conseguiria desenvolver uma ação democrática quanto aos assuntos que envolvem a clínica e a administração da unidade de saúde?



Refleta

O quanto características de personalidade dos indivíduos que assumem a posição de gestão impactam no estilo de liderança? Qual a sua característica? Entre os modelos de liderança, qual seria o mais facilmente exercido por você?

Outro estilo de gestão no SUS, assim como o Colegiado Gestor, vinculado à Política Nacional de Humanização, é o Apoio Institucional. Nesse método, o gestor local (coordenador do serviço) também deve ter um estilo de liderança democrático para estar preparado para essa forma de gerir a equipe e os processos de trabalho.

O apoio institucional, segundo Maerschner et al. (2014), é realizado por um agente externo à unidade que proporciona a construção coletiva das práticas, através também da educação permanente, auxiliando na análise da gestão e na organização dos processos de trabalho, articulando com outros atores da política de saúde e de outras políticas necessárias para a problematização do caso clínico.

Esse fazer, assim como o colegiado gestor, democratiza as relações de poder, superando modelos de gestão e de assistência hierarquizados. Com isso, todos os atores desenvolvem seu trabalho de forma consciente (portanto menos alienada) e ativa. Segundo as autoras, nesse modelo de gestão as discussões fluem com mais facilidade, interesse, confiança e solidariedade das pessoas. O apoiador também ocupa o lugar de quem escuta a necessidade do grupo, suas angústias e faz a mediação de conflitos. Mas, para isso, é preciso que o gestor local permita que essa atuação aconteça, porque ele não será mais o eixo da tomada de decisões; ele participará do processo tanto quanto qualquer outro trabalhador de sua unidade.



Pesquise mais

No artigo abaixo as autoras abordam detalhadamente o processo do apoio institucional e sua implantação no município, a partir da análise sobre o despreparo dos profissionais gestores.

MAERSCHNER, Rosane de Lucca et al. Apoio institucional – reordenamento dos processos de trabalho: sementes lançadas para uma gestão indutora de reflexões. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1089-1098, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000501089&lng=en&nrn=iso>. Acesso em: 8 fev. 2016.

Como descrito anteriormente, não é possível saber quantos dos gestores do SUS, atuantes em serviços públicos ou em ONG cofinanciadas pelo poder executivo, são psicólogos, porque faltam pesquisas científicas sobre esse tema. Também não sabemos quantos desses gestores acolhem o apoio institucional e a gestão colegiada no seu fazer cotidiano.

Com essa escassez de informação, estamos fadados a nos basearmos em teorias genéricas ou em experiências particulares. O desenvolvimento de pesquisas científicas e a publicação de artigos que abordem as experiências profissionais da categoria em novas práticas são fundamentais para o amadurecimento da psicologia enquanto ciência e profissão. Você já conheceu o CREPOP, responsável por coletar informações dos psicólogos e transformar os números em referência técnica para sua atuação em políticas públicas. Mas o processo de qualificação da psicologia, enquanto ciência, não pode estar relacionada somente a este centro de pesquisas. É preciso que cada profissional se envolva e se implique em contribuir para o crescimento da ciência e para o compartilhamento de seu fazer.

Segundo o CFP, há quase 270.000 psicólogos em todo o país, concentrando suas ações em áreas como clínica particular, saúde, assistência social, educação, psicologia jurídica, docência, entre outros. Imagine como seria se pelo menos metade desses profissionais publicasse suas práticas? Mas será que é assim?



Faça você mesmo

Pergunte aos psicólogos que você conhece, professores ou não, se eles já publicaram algum artigo científico sobre sua atuação profissional.

Os autores Costa, Amorim e Costa, J. (2010) realizaram uma pesquisa para identificar o número de produções científicas dentro da psicologia. Embora a quantidade de escritas científicas venha crescendo nos últimos anos, os autores constaram que a distribuição geográfica ainda concentra-se muito na região Sudeste do país, principalmente por conta das instituições públicas de ensino superior. Dentre os autores que publicam seus achados clínicos, há poucos que o fazem de maneira sistemática. Ou seja, muitos dos autores estão vinculados às instituições de ensino e acabam publicando artigos relacionados à sua pesquisa (e ponto!).

Mas qual a característica desses periódicos científicos publicados pelos psicólogos? Segundo os autores, trata-se de um veículo que tem como leitor principal e autor o pesquisador, ou alunos de qualquer nível “e o que é publicado, prioritariamente, por sociedade científica ou instituição acadêmica” (COSTA, AMORIM, COSTA, 2010, p. 39). Ou seja, para os autores, o artigo científico é um canal de comunicação entre atores que estão envolvidos no meio acadêmico (sejam eles produtores ou consumidores do conhecimento). Não envolvem, portanto, profissionais que não estejam vinculados a essas instituições.

Os autores também identificaram que menos de 20%, dos produtores dos periódicos científicos, se encontram em ação. Como afirmam: “tratando-se de artigos que abordam a temática da atuação profissional, poder-se-ia esperar que houvesse uma participação expressiva de profissionais em ação compartilhando experiências ou refletindo sobre a sua prática. Todavia, não é o que ocorre” (COSTA, AMORIM, COSTA, 2010, p. 48).

Se esses materiais estão fortemente vinculados à academia, ou seja, à universidade, poderíamos supor que os psicólogos escrevem por obrigação, uma vez que eles precisam publicar seus achados? E, se assim o for, como podemos mobilizar a categoria para compartilhar seus fazeres e suas experiências cotidianas, conversando de profissional atuante para profissional atuante?

Fica aqui um desafio, para esta e para as futuras gerações de psicólogos: compartilhar saberes e práticas espontaneamente e contribuir cada vez mais para o crescimento da psicologia enquanto ciência e profissão.

Sem medo de errar

Lembre-se de que na SP desta última seção você assumiu a gestão da UBS localizada no centro de seu município. Nessa sua nova função, você também resolveu pesquisar sobre as produções científicas da categoria, para incentivar seus profissionais. Portanto, o que mudou em sua atuação profissional? Quais seus novos desafios? Como você deve conduzir a gestão de seu grupo de trabalho? Quando você procurou os periódicos científicos, o que encontrou? Produzimos muito ou pouco cientificamente? Qual a importância da pesquisa e da produção de saber na atuação do psicólogo?



Atenção

Ao pensar sobre seu novo papel social, identifique qual o seu estilo de liderança: transacional, transformacional, *laissez-faire*, autocrática ou democrática?

Quando assumimos um papel de liderança, principalmente em serviços públicos, muitas ações mudam em nossa atuação profissional. Precisamos nos especializar em gestão pública, compreender como o sistema funciona, porém sem nos esquecermos do elemento humano, que é a base de nossa formação acadêmica. Um dos desafios de um gestor é motivar sua equipe, trabalhar em parceria com os membros de seu grupo para que desempenhem suas funções com qualidade. Uma possibilidade de atuação é o colegiado gestor. Portanto, você poderá sugerir a criação desse colegiado que, junto com você, tomará decisões importantes sobre a assistência à saúde e sobre processos de trabalho cotidianos. Você poderá criar um colegiado gestor a partir de representações de categorias profissionais que atuem nesta UBS, ou representantes das equipes (caso haja mais de uma equipe neste serviço). Reflita sobre o seu estilo de liderança.

Assim, para desenvolver um colegiado gestor, é preciso que você atue no sentido democrático, permitindo que as pessoas discordem de você e, coletivamente, cheguem a conclusões viáveis aos usuários do sistema públicos. Procure incentivar sua equipe a escrever sobre suas experiências, porque você percebeu que menos de 20% do material produzido cientificamente se refere à publicação de psicólogos atuantes. Os demais estão vinculados às instituições de ensino, produzindo um material circulante somente entre pessoas que se encontram no meio acadêmico (autores e leitores). Você percebeu também que não há material escrito sobre o fazer do psicólogo na gestão e tem refletido sobre a importância de escrever acerca de sua nova prática profissional.



Lembre-se

Segundo Costa, Amorim e Costa (2010, p. 39), os periódicos científicos se configuram por um veículo que tem como leitor principal e autor o pesquisador, ou alunos de qualquer nível “e o que é publicado, prioritariamente, por sociedade científica ou instituição acadêmica”.

Avançando na prática

Pratique mais

Instrução

Desafiamos você a praticar o que aprendeu, transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois compare-as com as de seus colegas.

Estilos de liderança e o impacto nos profissionais

1. Competência de fundamentos de área	Conhecer e atuar em Políticas e Programas de Saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	• Identificar tipos de liderança; • compreender a função do colegiado gestor no SUS; • diagnosticar a produção de periódicos científicos na psicologia.
3. Conteúdos relacionados	O psicólogo como gestor de ONGs e setor público; Pesquisa e produção de saberes.
4. Descrição da SP	Você é gestor em uma ONG que atua com crianças em situação de rua. Seus subordinados têm se queixado do quanto tem sido difícil compartilhar com você as dificuldades do cotidiano de trabalho, porque as reuniões de equipe estão sendo utilizadas para discutir questões de ordem burocrática (quem vai folgar, tirar férias etc.) e cumprimento de tarefas, sem o devido aprofundamento das questões que envolvem esse delicado trabalho. Você determina a ação e eles cumprem. Qual será o seu estilo de liderança? Como você pode atuar para que os membros de sua equipe sintam-se participantes e possam expressar suas angústias?
5. Resolução da SP	O seu estilo de liderança parece não contemplar a subjetividade humana e as relações interpessoais. É fundamental que um gestor esteja atento às demandas de sua equipe e atue no sentido de promover-lhes motivação e acolhimento. Principalmente em áreas de trabalho com demandas insalubres, como muitas vezes se encontra o sistema público. Por isso, é muito importante que você desenvolva uma gestão democrática, aberta a acolher a opinião de quem está na base executando as ações e quando sentir-se preparado proponha o colegiado gestor, para que a equipe possa participar das tomadas de decisões que envolvem a gestão.



Lembre-se

A liderança autocrática, segundo Pereira, Rizzon e Braghirolli (2011), promove maior quantidade de produção, porém as relações interpessoais são hostis, agressivas e há uma queda importante na produção quando o líder se ausentava.



Faça você mesmo

Escolha 10 pessoas, entre conhecidos ou familiares. Questione-os sobre como seus líderes se comportam e como eles se sentem diante desse comportamento. Procure identificar em qual estilo de liderança eles se enquadram. Se você conseguir aplicar esse exercício com profissionais das políticas públicas (saúde, assistência social, educação, entre outros), melhor ainda. Caso não consiga, poderá ampliar para outras atividades a fim de identificar os estilos de liderança e o impacto no trabalho dos profissionais.

Faça valer a pena

1. Uma das características importantes ao psicólogo que exerce a função de gestor é a liderança. Qual a importância da liderança em um grupo?

- a) É importante para coagir o grupo de trabalho.
- b) É importante porque sem liderança o grupo não trabalha.
- c) É importante porque é o centro do processo do grupo.
- d) É importante porque ela determina qual a função de cada membro no grupo.
- e) É importante porque está previsto no plano de cargos do SUS.

2. Dentre os diversos estilos de liderança, há um denominado *laissez-faire*. Esse estilo pressupõe:

- a) A organização do grupo por parte do líder;
- b) A pouca interferência do líder nas decisões, que são tomadas pelo grupo;
- c) A delegação das funções dos membros por parte do líder;
- d) A troca de conhecimento e possibilidades de atuação entre o líder e o grupo;
- e) A recompensa e a punição por parte do líder aos membros do grupo.

3. Os periódicos científicos são possibilidades de produção e saberes. No caso da psicologia, observa-se que eles funcionam como:

- a) Veículo que transfere conhecimento entre as diversas áreas da psicologia, acolhendo um número significativo de experiências territoriais;
- b) Veículo que atua como ponte entre os diversos profissionais das práticas em políticas públicas;
- c) Veículo que tem como leitor principal, o pesquisador e o autor, o psicólogo que atua no cotidiano das políticas públicas;
- d) Veículo que tem como leitor principal o psicólogo que atua nos serviços públicos, o autor e o pesquisador vinculados a instituições de ensino;
- e) Veículo que tem como leitor principal e autor o pesquisador, e não o psicólogo da ação cotidiana.

Referências

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 20 jan. 2016

_____. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009.** Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm> Acesso em: 20 jan. 2016.

_____. **Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005.** Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html>. Acesso em: 20 jan. 2016.

_____. MDS. **Resolução nº 130 de 15 de julho de 2005.** Aprova a Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB SUAS. Disponível em: <www.mds.gov.br>. Acesso em: 20 jan. 2016.

_____. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011.** Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Custeio dos Núcleos de Telessaúde:** manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/manual_tecnico_telessaude_preliminar.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2016.

_____. **ABC do SUS: doutrinas e princípios.** Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/bibliografia/abc_do_sus_doutrinas_e_principios.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2015

_____. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

_____. **Telessaúde Brasil Redes.** Disponível em: <<http://www.telessaudebrasil.org.br/>>. Acesso em: 20 jan. 2016

_____. **Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes:** manual instrutivo.

Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Colegiado gestor**. Disponível em: <<http://www.redehumanizausus.net/83360-colegiado-gestor-um-dispositivo-da-politica-nacional-de-humanizacao-pnh>>. Acesso em: 07 fev. 2016.

BRASIL. **Portaria nº 2.546 de 27 de outubro de 2011**. 2013b. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/telessauders/telessauders/conheca-o-telessauders/legislacao/portaria-2546-2011/view>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BARRETO, Raquel de Oliveira; PAULA, Ana Paula Paes de. Rio da vida coletivo: empoderamento, emancipação e praxis. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 111-130, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122014000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 jan. 2016.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 557-566, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 fev. 2016.

CFP – Conselho Federal de Psicologia. **Código de ética do profissional psicólogo**. Brasília: CFP, 2015.

CFP – Conselho Federal de Psicologia. CREPOP. **Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) em políticas públicas sobre álcool e outras drogas**. Brasília: CFP, 2013.

CFP – Conselho Federal de Psicologia. CREPOP. **Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília: CFP, 2013b.

COSTA, Ana Ludmila Freira; AMORIM, Keyla Mafalda de Oliveira; COSTA, Joyce Pereira da. Profissão de psicólogo no Brasil: análise da produção científica em artigos. In: YAMAMOTO, Oswaldo H; COSTA, Ana Ludmila F. (Orgs.). **Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil**. Natal: EDUFRN, 2010.

DIAS, Maria Aparecida Muniz Jorge; BORGES, Renata Simões Guimarães e. Estilos de liderança e desempenho de equipes no setor público. **READ. Rev. Eletrôn. Adm.**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 200-221, abr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-23112015000100200&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 fev. 2016.

FRANCA, Luciano Marcelo; MANTOVANELI JUNIOR, Oklinger; SAMPAIO, Carlos Alberto C.. Governança para a territorialidade e sustentabilidade: a construção do senso de regionalidade. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, supl. 3, p. 111-127, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 dez. 2015.

FIOCRUZ. **A regionalização pode contribuir para o avanço do SUS?** Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/35859>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

FISCHMAN, Gustavo E.; HAAS, Eric. Cidadania. **Educ. Real.**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. 439-466, ago. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-62362012000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 jan. 2016.

GADELHA, Carlos Augusto Grabois et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 3003-3016, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600038&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 dez. 2015.

GOULART, Flavio A. A. Representações sociais, ação política e cidadania. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 477-486, dez. 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1993000400008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 jan. 2016.

HALLAIS, Janaína Alves da Silveira; BARROS, Nelson Filice de. Consultório na Rua: visibilidades, invisibilidades e hipervisibilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 1497-1504, jul. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X201500701497&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2016

KUHNEN, Ariane et al. A importância da organização dos ambientes para a saúde humana. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 538-547, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 dez. 2015.

MAERSCHNER, Rosane de Lucca et al. Apoio institucional – reordenamento dos processos de trabalho: sementes lançadas para uma gestão indutora de reflexões. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 1, p. 1089-1098, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000501089&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 fev. 2016.

MENDES, Áquilas; LOUVISON, Marília. O debate da regionalização em tempos de turbulência no SUS. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n.

2, p. 393-402, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200393&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 dez. 2015.

MOISES, José Álvaro. Cidadania, confiança e instituições democráticas. **Lua Nova**, São Paulo, n. 65, p. 71-94, ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452005000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 jan. 2016.

PAIM, Jairnilson Silva; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1819-1829, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 fev. 2016.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; HENNINGTON, Élica Azevedo. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4541-4548, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 fev. 2016.

PEREIRA, Siloé; RIZZON, Luiz Antonio; BRAGHIROLI, Elaine Maria. Liderança. In: _____. **Psicologia social**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

PEREIRA, Claudia Cristina Aguiar; MACHADO, Carla Jorge. Telessaúde no Brasil: conceitos e aplicações. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3283-3284, out. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003283&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 mar. 2016.

SANTOS, Alaneir de Fátima dos et al. Uma visão panorâmica das ações de telessaúde na América Latina. **Revista Panam Salud Publica**, Washington, v. 35, n. 5-6, p. 465-470, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000500023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 mar. 2016.

SPINK, Mary Jane Paris (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

SPINK, Mary Jane; MATTA, Gustavo Corrêa. A prática profissional Psi na área da saúde pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: SPINK, Mary Jane Paris (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila et al. Novas Perspectivas para a Regionalização da Saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 92-106, jan./jun.

2008. Disponível em: <http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n01/v22n01_07.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2015.

VIEIRA, Danúbia Rocha et al. Participação, cidadania e políticas públicas: a construção da saúde em espaços de organização popular. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 591-609, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-774620130003000008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 jan. 2016.

WARPECHOWSKI, Marisa Batista. Era uma vez...: contação de histórias na comunidade. In: CRUZ, Lílían Rodrigues da; GUARESCHI, Neusa (Orgs.). **O psicólogo e as políticas públicas de assistência social**. Petrópolis: Vozes, 2012.

Saúde mental

Convite ao estudo

Seja bem-vindo à última unidade de ensino de Psicologia e Políticas Públicas. Nela abordaremos temas relacionados diretamente à política de saúde mental. Portanto, é muito importante que você tenha compreendido, até aqui, as diferenças de atuação do psicólogo no SUS e no SUAS, abordados nas unidades anteriores.

Agora imagine que você acabou de se formar e foi contratado para acompanhar alguns projetos na área de saúde mental. Para que você possa desenvolver seu trabalho com eficiência é preciso conhecer a política nacional de saúde mental. Nessa função, você está disponível para atuar em várias realidades, desde o acompanhamento do fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos (e a reinserção dessas pessoas na sociedade) até realizar atendimento à população que tem migrado/imigrado para seu município. Sendo assim, qual será a importância da luta antimanicomial? O que muda na vida dessas pessoas que passaram anos (décadas) internados? Como se adaptar à vivência extramuros depois de tantos anos privados de liberdade? Qual a proposta da reforma psiquiátrica?

Os conteúdos da Unidade 4 versarão sobre: a história da reforma psiquiátrica e o papel da psicologia na luta antimanicomial; a legislação em saúde mental, focando as organizações em rede e apresentando o hospital de custódia; a abordagem da rede substitutiva como os CAPS, as residências terapêuticas, o programa de volta para casa e as equipes de saúde mental dentro das UBS; e por fim, outros temas que envolvem a saúde mental como a situação de migração/imigração, a questão das identidades 'trans' e a saúde mental de adolescentes em conflito com a lei.

Bons estudos!

Seção 4.1

História da saúde mental no Brasil

Diálogo aberto

Nesta seção vamos compreender a história que antecede as políticas de saúde mental, fazendo uma retrospectiva sobre a visão hospitalocêntrica, descrevendo a luta e o movimento da reforma psiquiátrica e o lugar da psicologia na conquista de direitos que envolvem usuários e familiares de pessoas em sofrimento mental.

Importante ressaltar que a visão hospitalocêntrica não considera o sujeito enquanto ser integral. As intervenções são realizadas com foco na patologia, na doença, sendo o hospital o lugar exclusivo de tratamento. A reforma psiquiátrica desconstrói essa lógica e lança luz sobre o sujeito em sua particularidade, tomando o sofrimento psíquico como uma parte do humano (e não o todo) e os dispositivos extra-hospitalares como espaços de cuidado em saúde mental.

Imerso nesse contexto, em seu trabalho como psicólogo da política de saúde mental, você conheceu Isabel, uma senhora de 55 anos, que viveu por 30 anos em um hospital psiquiátrico. Aos 25 anos foi internada pela própria família em um manicômio, pois era considerada diferente de suas irmãs e das outras moças da cidade. Isabel se prostituía porque tinha o sonho de mudar para a capital e ser cantora. Como sua família era muito conservadora, sabia que seria impossível que eles a ajudassem. Mas, seus pais, ao saberem da atividade de Isabel, se sentiram desonrados e a internaram em um hospital psiquiátrico. Chegando nesse hospital Isabel gritou, chutou, brigou. Não se conformava em estar enclausurada, mas toda vez que apresentava comportamento agitado acabava sendo medicada, transferida para uma sala isolada, ou os médicos lhe prescreviam banhos gelados e eletrochoques. Isabel nunca mais teve contato com seus familiares e só pôde libertar-se da prisão do manicômio agora. Como é para você saber da existência de histórias como esta? Será que o modelo hospitalocêntrico é adequado nos dias de hoje, ou foi algum dia, para o cuidado em saúde mental? Qual será importância da reforma psiquiátrica na promoção da cidadania e dignidade humana? Qual o papel da psicologia na transformação desse modelo de tratamento?

Os objetivos de aprendizagem desta seção estão relacionados a: compreender a visão hospitalocêntrica; conhecer o processo histórico da reforma psiquiátrica brasileira; identificar a importância da psicologia na conquista de um novo modelo de cuidado em saúde mental.

Não pode faltar



Refleta

Você já imaginou o que é ficar enclausurado por tantos anos, simplesmente por ser diferente da 'média-padrão'? Você consegue imaginar como é ter o último registro de sua imagem no espelho aos 18 ou 20 anos? Consegue mensurar a violência que é isso? Você consegue dimensionar o sofrimento a que essas pessoas estiveram submetidas?

Para entender a história da saúde mental no Brasil é preciso voltar alguns séculos e conhecer como tudo começou.

Primeiramente é importante destacar que 'hospital' é uma palavra de origem latina e significa hospedagem, hospitalidade. Os hospitais foram criados na Idade Média como uma instituição de caridade que oferecia abrigo, alimento e assistência religiosa aos pobres, mendigos, desabrigados e doentes.

Somente no século XVII é que surge a grande transformação das instituições hospitalares, já não mais com viés filantrópico: o Rei da França (em 1656) determina a criação do Hospital Geral em diversas cidades de seu reino.

Amarante (2007) conta que, com a entrada do Hospital Geral, as internações passaram a ser determinadas pelas autoridades reais e judiciais. O diretor do hospital tinha poder absoluto sobre toda a população – clientes em potencial –, e não apenas aos que já estavam internados. A partir daí muitos médicos foram atuar nesses espaços, transformando o hospital em instituição médica por excelência.

Com a criação do hospital geral foi construído um novo espaço para os sujeitos considerados loucos que, até aquele momento, habitavam as ruas, as igrejas, as florestas, o próprio hospital filantrópico, ou eram jogados para dentro de um navio, sem rumo.

Fundamental destacar que a ciência que hoje conhecemos como psiquiatria, era chamada de "alienismo" (o médico seria o alienista e os pacientes, os alienados).

O alienado, como nos explica Amarante (2007), seria alguém de fora (tem a mesma origem etimológica da palavra alienígena), fora de si, sem o controle de suas vontades. Significa também tornar-se outro. No posicionamento provocador de Foucault (1972), o louco aliena-se para fora da ordem burguesa, da sacralidade que envolve a sua ética.

O conceito de alienismo está intimamente relacionado a uma figura, tão importante historicamente quanto a própria história das instituições hospitalares: Philippe Pinel, um médico conhecido como pai da psiquiatria. Pinel viveu e participou ativamente da Revolução Francesa (no século XVIII).

Para relembrar, essa revolução proporcionou muitas transformações econômicas, sociais e políticas e teve grande impacto na medicina e na saúde de forma geral.

Como o lema que prevalecia nesta revolução era “Igualdade, Liberdade e Fraternidade”, muitas pessoas que estavam internadas devido ao poder autoritário do Antigo Regime receberam alta, e novas instituições foram criadas para acolher parte delas (orfanatos, reformatórios, escolas). O hospital passou então de caridade a tratamento de enfermos. Com essas mudanças estruturais a nova tecnologia, do final do século XVIII, passou a ser a disciplina. A substituição da sociedade monárquica e do clero (anterior à Revolução Francesa) pela sociedade disciplinar deu às instituições um novo papel: “A disciplina dos corpos, a introjeção das normas do pacto social, a normalização dos cidadãos” (AMARANTE, 2007, p. 26).

Como descreve Foucault (1972) era preciso cuidar da boa conduta e da ordem.

Pinel nessa época (1793) dirigia o Hospital de Bicêtre (unidade do Hospital Geral de Paris) e participava de um grupo conhecido como Ideólogos, que teve grande importância no pensamento filosófico francês. Esse grupo buscava a base verdadeiramente científica dos fenômenos da realidade, pelos quais o conhecimento era um processo que derivava da observação empírica dos fenômenos. Influenciado pela Revolução Francesa, Pinel então propõe a “liberdade” aos loucos, a liberdade das correntes. Mas, essas pessoas deveriam permanecer asiladas e isoladas do mundo exterior – entendida como a origem do sofrimento dos alienados. Havia uma intenção de buscar a cura: isolando o sujeito e propondo um espaço que lhe privasse daquilo que lhe provocava a alienação (meio social). Assim, era possível

também observar os fenômenos relacionados ao sofrimento e o hospital psiquiátrico é fundado (AMARANTE, 2007).

Como denuncia Foucault (1972, p. 55): “É lá [entre os muros do internamento] que eles (Pinel e seus seguidores) os deixarão, não sem antes se vangloriarem por terem-nos ‘libertado’” A questão é: que liberdade é essa?

Pinel não considerava o sofrimento psíquico como uma doença mental, mas, sim, como uma alienação mental, que indicava a existência de um distúrbio das paixões que produzia a desarmonia da mente e dificultava a percepção da realidade. Essa desarmonia não promovia, para ele, a perda absoluta da razão. Portanto, qual deveria ser o tratamento para a reeducação das mentes desordenadas, considerando que a tecnologia imperativa dessa época era a disciplina? O trabalho! (AMARANTE, 2007).



Assimile

O hospital surge na Idade Média e até o século XVII era um espaço privilegiado da igreja, com viés filantrópico, e que objetivava acolher, hospedar, receber pessoas pobres, adoecidas, sem moradia. Não tinha, portanto, base médica. A medicina apropria-se desse espaço, nos moldes como o conhecemos, a partir da Revolução Francesa. Muitas pessoas, internadas mediante o antigo regime monárquico, receberam alta hospitalar, e outras instituições foram sendo criadas para acolher as demandas que, até então, eram demandas ao hospital. Nesse sentido, surge a figura de Philippe Pinel, um médico que desacorrentou os sujeitos considerados loucos, mas atribuiu a eles o isolamento em nome da crença de que era preciso afastar os “alienados” do meio social – origem de todo sofrimento. Assim, surgem os hospitais psiquiátricos, com a proposta de privar os sujeitos do convívio da sociedade.

Com a proposta do labor, enquanto técnica terapêutica de reordenamento da mente era preciso condenar o ócio. Nesse sentido o que estaria sustentando, tanto o tratamento como a compreensão da loucura naquela época, nada mais era, para Foucault (1972), do que a moralidade – a moralidade que segregava todos os que não se encaixavam em seus padrões burgueses. Dessa forma, o que sobra à loucura? Como aponta o autor: resta à loucura encontrar abrigo e hospitalidade entre os muros do manicômio.

Com essa forma de tratamento, os “loucos” passam a ser excluídos de sua própria sociedade, e de suas próprias famílias (muitas vezes protagonistas do pedido de internação).

E no Brasil? Como será que o nosso país cuidava das questões relacionadas à loucura?

No Brasil, entre 1500 e 1822 (período colonial), os alienados não possuíam qualquer assistência. Mesmo os que se encontravam nas Casas de Misericórdia permaneciam isolados em porões. A prática da psiquiatria, inspirada no modelo francês, somente surgiu em 1852, com a fundação do Hospício Pedro II, no Rio de Janeiro (NUNES FILHO; BUENO; NARDI, 2005), vinculado à Santa Casa da Misericórdia.

Duas décadas depois, esse hospício estava ameaçado pela superlotação e com isso foram fundadas, logo após a proclamação da república, as primeiras colônias agrícolas. Essas colônias utilizam terrenos e edificações da Ilha do Governador/RJ e tinham como objetivo a autossuficiência, aproveitando os próprios pacientes para o cultivo da terra (MEDEIROS, 1977 *apud* VENÂNCIO, 2011).

Ainda no clima republicano, criou-se em 1890 o primeiro órgão destinado à organização da assistência aos alienados do país, chamada Assistência Médico Legal a Alienados. Esse órgão, segundo Venâncio (2011) encarregava às colônias da Ilha do Governador, juntamente com o então Hospício Nacional de Alienados (antigo Hospício Pedro II), o tratamento da alienação mental. Mas, a situação das colônias foi se tornando cada vez mais crítica, principalmente em relação à questão sanitária (ausência de canalização de água e esgoto). Essas denúncias foram relatadas inúmeras vezes. Muitos pacientes adoeceram e faleceram em decorrência da insalubridade.

Em 1903 Juliano Moreira assume a direção do Hospício Nacional. Para ele as colônias agrícolas eram um método excelente de assistência aos alienados. Com esse pensamento, divulgou o projeto de criação de outra colônia, neste mesmo continente, articulando também essa proposta à assistência familiar (*idem*). Mas, pouca coisa foi feita e Juliano torna a advogar no sentido da implantação de um novo modelo de tratamento familiar, afirmando:



Deve o governo construir casinhas higiênicas para alugar às famílias dos bons empregados que poderão receber pacientes susceptíveis de serem tratados em domicílio. Far-se-á assim assistência familiar. Se nas redondezas da colônia houver gente idônea a quem confiar alguns doentes, poder-se-á ir estendendo essa assistência heterofamiliar e até tentar a homofamiliar (MOREIRA, 1910, p. 394 *apud* VENÂNCIO, 2011, p. 40).

Dois anos depois, um novo local foi encontrado: as terras da Fazenda do Engenho Novo, desapropriadas em 1912, com início das obras datado em 1921. Em 1924 este local, que contava com cenário natural de matas, rios, cachoeiras, recebia 15 pavilhões, refeitório, cozinha, lavanderia, farmácia e enfermaria (ALMEIDA, 1967 *apud* VENÂNCIO, 2011).

Nesse contexto o Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) elaborou um Plano Hospitalar Psiquiátrico, que propunha outro modelo de instituição – não mais colônia agrícola: hospital-colônia, com a garantia de que a “futura ação – como a que agora se projeta – não se vê na contingência de abandonar o que até aqui foi realizado” (BRASIL, s.d., p. 14 *apud* VENÂNCIO, 2011). Esse novo modelo visava aproveitar os investimentos já realizados, mas também objetivava ampliar a quantidade de leitos (uma vez que havia espaço geográfico suficiente para isso).

Podemos perceber que havia, para a época, tentativas de oferta de tratamento mais humanizado. Além do labor agrícola, alguns lugares promoviam sessões de cinema dentro da instituição, atividades esportivas, acesso às rádios e às artes, como música e pintura, porém o estatuto de hospital psiquiátrico estava impresso nos excessivos leitos enfileirados (alguns hospitais recebiam até 1.600 pacientes) e com os tratamentos que envolviam, também, eletrochoques e lobotomia – intervenção cirúrgica no cérebro (idem).



Pesquise mais

Nesse trabalho a autora apresenta narrativas de pessoas internadas em hospitais manicomiais.

WADI, Yonissa Marmitt. Entre muros: os loucos contam o hospício. **Topoi (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 22, p. 250-269, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-101X2011000100250&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 fev. 2016.

Portanto, por mais que houvesse pessoas destinadas a tratar a loucura de forma humanizada, o modelo estrutural prevalente era manicomial, como lugar de segregação e de violência.

Outra personagem importante, da década de 1940, que questionava essa violência e esse modelo de tratamento desumano foi Nise da Silveira, uma psiquiatra que se apropriou da psicanálise

junguiana para tratar quem sofria entre os muros do Hospital do Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro. Nise criou o Museu de Imagens do Inconsciente, em 1946, no então Centro Psiquiátrico Pedro II, onde, até hoje, os trabalhos dos pacientes integram o acervo da história da psiquiatria moderna, e se encontram expostos para visitação do público (OLIVEIRA, 2011).

Segundo o autor, Nise questionava os tratamentos violentos como eletrochoque e lobotomia e afirmava que esses métodos destruíam a personalidade dos sujeitos, impossibilitando sua cura.

Nos anos de 1950 surge também um movimento denominado "antipsiquiatria". Esse movimento não era somente contra as formas de tratamento aplicadas aos que sofriam internados nos manicômios, mas questionava os princípios dessa medicina que distinguia a loucura da normalidade. Esse movimento "supunha a inexistência de doenças mentais e acreditava que a nosologia médica psiqu trica não passava de um conjunto de rótulos apropriados apenas para invalidar os sujeitos" (OLIVEIRA, 2011, p. 149). Para eles, o fenômeno da loucura era apenas um estilo de viver, e não uma patologia e, por essa razão, todos os tratamentos, incluindo os hospitalares, deveriam ser abandonados.



Vocabulário

Nosologia = classifica o das doenças.

Foucault chamava de antipsiquiatria tanto esse movimento, no qual a loucura era compreendida como fruto da repressão da sociedade e da família, como também a psiquiatria democrática italiana, que inspirou a reforma psiqu trica em diversos países, em especial no Brasil.

Essa psiquiatria democrática italiana tinha um nome: Franco Basaglia.

Entre 1952-1953, Franco Basaglia teve contato com a cultura psiqu trica. Depois, entre 1965-1966, já trabalhando como diretor do manicômio em Gorizia, na Itália (desde 1961), ele tenta abandonar o terreno da psiquiatria tradicional, utilizando-se do pensamento fenomenológico-existencial (no qual o homem é tomado como um sujeito-objeto do sofrimento social), propondo, assim, o

conceito de “sofrimento-existência dos sujeitos em sua relação com o corpo social” (ROTELLI, 1990 *apud* AMARANTE, 1994, p. 64). É em Gorizia que ele compreende a realidade dos hospitais psiquiátricos. Influenciado por experiências como de Maxwell Jones (sobre as comunidades terapêuticas, que ultrapassava os modelos tradicionais de psiquiatria e propunha a interação mútua entre pacientes e equipe de tratamento) e com as experiências francesas da psicoterapia institucional, Basaglia passou a desenvolver trabalhos semelhantes abrindo as portas, retirando as grades, as camisas de força e todas as formas violentas e desumanas de tratamento. Com o tempo, distanciou-se das práticas de Jones, que ocorriam dentro dos manicômios, para conduzir uma luta política de transformação social em relação à loucura.

O modelo de psicoterapia institucional versava sobre a manutenção da instituição psiquiátrica, mas a partir de uma radical transformação, pois, nesse modelo, acreditava-se que o que faz uma instituição tornar-se manicômio são as relações, as práticas e as lógicas que se estabelecem na assistência prestada, nesse sentido pessoas e instituições estão doentes e devem ser tratados conjuntamente, mudando as relações estabelecidas, horizontalizando-as e transformando a instituição em um espaço de liberdade, participação, acolhimento das diferenças e valorização dos sujeitos (DESVIAT, 1999 *apud* CFP, 2013).

O movimento da Psiquiatria Democrática de Basaglia implicou em mudança de dispositivos de cuidado como: os hospitais abertos, os centros de atenção psicossocial (CAPS), as residências terapêuticas. Esses novos dispositivos inspiraram a reforma psiquiátrica brasileira, que teve início no final da década de 1970, com o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental que denunciavam as violências e as precárias condições dos manicômios no país. As internações poderiam ser consideradas sequestros, as pessoas simplesmente eram retiradas de suas vidas, subtraídas do convívio social.

A partir daí iniciaram-se diversos movimentos e eventos para discutir a realidade brasileira, nascendo, a partir do I Encontro Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, o Movimento da Luta Antimanicomial. As propostas iam chegando, aos poucos, ao

governo. Documentos foram redigidos, apontando diretrizes para um tratamento extra-hospitalar que propusesse a reintegração social e familiar dos sujeitos privados de sua liberdade.

Esse movimento se juntou ao movimento sanitário, que reivindicava outro modelo de saúde pública no país. Foram realizadas duas Conferências Nacionais de Saúde Mental, nessa época: uma em 1987 e a outra em 1992. Em 1989, o projeto de Lei nº 3.657, do Deputado Federal Paulo Delgado, começou a tramitar no congresso (e só foi aprovado em 2001!). Esse projeto, embasado na lei italiana, objetivava o fim dos manicômios e sua substituição progressiva por serviços substitutivos (CAPS, residências terapêuticas, o trabalho de retorno à família, leitos de internação em hospital geral, entre outros).

Em 1989 ocorre também a intervenção no Hospital Psiquiátrico “Anchieta” em Santos. Essa intervenção deixa claro que é possível ultrapassar o modelo hospitalocêntrico e manicomial e substituí-lo efetivamente por uma rede de cuidados aberta e contínua, baseada no respeito à cidadania dos usuários. Nesse momento ocorre a criação da rede substitutiva no município de Santos/SP que inspirou outras criações em vários municípios do país (CFP, 2013).

Aliado a esse momento histórico, em 1990, foi elaborada a Declaração de Caracas, documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina, convocada pela Organização Pan-Americana da Saúde. Nesse mesmo período, a Assembleia Geral da ONU adotou os Princípios para a Proteção dos Enfermos Mentais e para a Melhoria da Atenção à Saúde Mental.

No Brasil, em 2001, portanto, é aprovada a lei nº 10.216, que efetivamente propõe a reforma psiquiátrica brasileira. Menos de um ano depois foi convocada a III Conferência Nacional de Saúde Mental, que reiterou que as políticas de saúde devem ter como pressuposto básico a inclusão social, integrando-se a outras políticas como educação, assistência social, habitação, etc. Segundo o relatório final desta Conferência “a efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico” (BRASIL, 2002, p. 24). Nesse sentido, os

municípios deveriam implantar a rede substitutiva de forma territorial e integrado à rede de saúde. Progressivamente foram criados os serviços substitutivos e fechados os leitos em hospital psiquiátrico.



Assimile

O modelo de Franco Basaglia inspirou o Brasil, através do movimento dos trabalhadores, familiares e usuários da saúde mental, a lutar pela reforma psiquiátrica no país. Essa reforma objetiva substituir, aos poucos, para não causar desassistência, os leitos em hospitais psiquiátricos por serviços substitutivos, como CAPS. Dessa forma, o ponto de partida do tratamento é a sociedade e a reintegração do sujeito ao meio social, contrapondo o modelo praticado por Pinel e seus seguidores, que há séculos vem sendo executado. A reforma psiquiátrica brasileira teve início no final da década de 1970, com o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental e, até hoje, ainda não se consolidou efetivamente. Em 1989, o projeto de Lei nº 3.657, do Deputado Federal Paulo Delgado, começou a tramitar no congresso e só foi aprovado em 2001. Em 1989 ocorre também a intervenção no Hospital Psiquiátrico "Anchieta" em Santos, provocando ser possível um novo modelo de tratamento aos sujeitos em importante sofrimento mental.



Pesquise mais

O Brasil foi sentenciado, pela Corte Interamericana, devido à morte de Damião Ximenez, torturado e assassinado quando estava internado na Casa de Repouso Guararapes, no município de Sobral/CE. Disponível em: <<http://global.org.br/programas/o-caso-damiao-ximenes-o-primeiro-contra-o-brasil-na-corte-interamericana-de-direitos-humanos-sera-decidido-entre-os-dias-3-e-4-de-julho-na-costa-rica/>>. Acesso em: 9 fev. 2016.

Avançamos, sem dúvida, mas ainda há muitos modelos manicomiais espalhados pelo país.



Exemplificando

Em 2012, foi assinado um termo de ajustamento de conduta (TAC) por um hospital no interior de São Paulo, no qual os diretores se comprometeram a fechar esta instituição, em um prazo máximo de três anos. Na ocasião havia, ainda, 405 pessoas internadas em regime manicomial. Hoje, começo de 2016, o hospital ainda não cumpriu com seu acordo e resiste ao fechamento de seus leitos.

E a psicologia, onde entra nessa história toda?

Em entrevista, realizada em 2010, Ana Bock nos lembra que nos anos 1980 o psicólogo passou a se inserir no contexto da saúde mental – quando o movimento sanitarista já caminhava – e, a partir daí, a fazer parte da luta pela mudança no modelo de saúde pública e pelo movimento de luta antimanicomial. Até hoje a categoria é um dos representantes mais marcantes na busca pela emancipação absoluta da reforma psiquiátrica. À medida que a psicologia se inseriu na comunidade, abandonando a estrutura elitizada, ela passou a ter um rumo no sentido do compromisso social.

Portanto, a partir da década de 1980, por meio de movimentos liderados inicialmente pelas entidades organizativas da categoria, a profissão começou a problematizar pontos “relativos às possibilidades de respostas da Psicologia às urgências das lutas sociais travadas na direção da democratização da sociedade e da promoção da justiça social” (BOCK, 2010, p. 75).

Foi a partir da inserção da psicologia nas lutas pela garantia de direitos que, ao longo das décadas, a profissão ganhou espaço significativo nas políticas públicas.

A luta atual da categoria envolve as comunidades terapêuticas destinadas a tratar, em regime de internação, usuários de substâncias psicoativas. Em 2011, o CFP publicou um documento denominado ‘Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas’. Segundo este órgão, o psicólogo possui uma potência da prática comprometida com a produção de direitos humanos e por esta razão deve problematizar a violência e a exclusão produzidas na sociedade.

A inspeção nacional, coordenada pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP), aconteceu em setembro de 2011, envolvendo os atuais vinte Conselhos Regionais de Psicologia, que ao mesmo tempo, inspecionaram 68 unidades de internação.

A conclusão dessa inspeção, que culminou no relatório, aponta que a assistência ofertada, na maioria dos lugares, está baseada em princípios que contrariam as políticas públicas, principalmente no que se refere à cidadania dos sujeitos.

Segundo o CFP (2011, p. 189), essas instituições, “amplamente divulgadas como a solução para o problema das drogas, se inscrevem no campo das práticas sociais invisíveis ou subterrâneas”,

assim, acessá-los não é simples. Além disso, segundo o documento há “claros indícios de violação de direitos humanos em todos os relatos. De forma acintosa ou sutil, esta prática social tem como pilar a banalização dos direitos dos internos” (p. 190).

Percebeu-se que há, nesses tratamentos, a substituição da dependência química “pela submissão a um ideal, mantendo submissos e inferiorizados os sujeitos tratados. Esta é a cura almejada”. (CFP, 2011, p. 190)

Isso não lembra o modelo disciplinar adotado quando surgiram os hospitais gerais e, conseqüentemente, os hospitais psiquiátricos? O modelo que aplicava a tecnologia da disciplina e da ordem?

Perceba o quanto ainda reproduzimos modelos manicomiais procurando encaixar os sujeitos nas moralidades sociais.

Ações como esta provam que a categoria permanece firmemente implicada no enfrentamento de qualquer forma de tratamento desumano. A psicologia vai se reinventando cientificamente para atender as diretrizes do SUS e da política de reforma psiquiátrica, compreendendo de forma mais ampliada o sofrimento mental e a sua contribuição no resgate da dignidade dos sujeitos. É fundamental que você, estudante, participe desses movimentos promovidos pelos conselhos regionais e federal e que, junto com a categoria, trabalhe no sentido de promover cidadania e resgate à dignidade humana.



Faça você mesmo

Identifique em seu município, através do Conselho Regional de Psicologia, se existe movimento de trabalhadores e usuários da saúde mental. Caso haja, procure participar dos encontros e entender seu funcionamento.

Sem medo de errar

Na SP desta seção, você conheceu Isabel, uma senhora de 55 anos, que viveu por 30 anos em um hospital psiquiátrico. Sua função é compreender a importância do processo de desinstitucionalização promovido pela reforma psiquiátrica. Como é para você saber da existência de histórias como esta? Será que o modelo hospitalocêntrico é adequado nos dias de hoje, ou foi algum dia, para o cuidado em saúde mental? Qual será importância da reforma psiquiátrica na promoção da cidadania e dignidade humana? Qual o papel da psicologia na transformação desse modelo de tratamento?



Lembre-se

Franco Basaglia, que inspirou a reforma psiquiátrica brasileira, utilizou-se do pensamento fenomenológico-existencial (no qual o homem é tomado como um sujeito-objeto do sofrimento social), propondo, assim, o conceito de “sofrimento-existência dos sujeitos em sua relação com o corpo social” (ROTELLI, 1990 *apud* AMARANTE, 1994, p. 64).



Atenção

Há ainda hoje muitos modelos manicomiais que precisam ser combatidos. A desinstitucionalização dos sujeitos em sofrimento ainda está em processo no nosso país e demanda, cada vez mais, força do coletivo para se consolidar. Você, enquanto estudante de psicologia, também é parte desse movimento.

A reforma psiquiátrica é um processo fundamental de resgate da dignidade humana, do direito à liberdade, do acesso à saúde, à produção de vida. Anteriormente a esta proposta, o tratamento se dava em manicômios nos quais os sujeitos permaneciam enclausurados, presos, sem acesso ao mundo externo. Acreditava-se que o isolamento poderia proporcionar melhora, uma vez que era o meio social que havia adoecido os sujeitos. Como no caso de Isabel que se prostituía porque desejava ser cantora. Nesse isolamento eram utilizados – para alcançar a disciplina e a moralidade – eletrochoques, banhos gelados, camisas de força, cirurgias de lobotomia, entre outras violências. Não havia possibilidades de expressão de subjetividade, pois qualquer manifestação do sujeito, para além do que era esperado pela instituição, era motivo de intervenções violentas em nome do “tratamento”, da “estabilidade do quadro” ou da “cura” – o mesmo ocorria quando Isabel se manifestava e protestava contra a sua internação. Por esta razão, é muito importante que você tenha clareza de que esse modelo, além de violar direitos, não promove saúde e que é preciso lutar muito ainda para acabarmos com os manicômios pelo mundo, inclusive no Brasil. O papel da psicologia sempre foi o de atuar ao lado dos movimentos sociais que lutam por direitos humanos, como é o caso do movimento da luta antimanicomial e reforçar, por meio de sua conduta ética, o compromisso com a sociedade. Para tanto, a categoria, além do envolvimento com demais setores da sociedade,

promove inspeções em instituições públicas e elabora relatórios que, muitas vezes, ofertam condições para denunciar os descasos, a negligência e a violação de direitos nos quais esses sujeitos, ainda hoje, permanecem submetidos.

Avançando na prática

Pratique mais	
Instrução Desafiamos você a praticar o que aprendeu transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois as compare com as de seus colegas.	
Os modelos manicomial contemporâneos	
1. Competência de fundamentos de área	Conhecer e atuar em Políticas e Programas de Saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	• Compreender a visão hospitalocêntrica; • Conhecer o processo histórico da reforma psiquiátrica brasileira; • Identificar a importância da psicologia na conquista de um novo modelo de cuidado em saúde mental.
3. Conteúdos relacionados	Visão hospitalocêntrica; reforma psiquiátrica; atuação do psicólogo na reforma psiquiátrica.
4. Descrição da SP	Você é psicólogo de uma instituição de saúde que tem por objetivo tratar pessoas em uso de álcool, em regime de internação. Mas os usuários desse serviço têm se queixado de que a equipe os tem privado de fazer ligações aos familiares, de receber cartas e visitas e que também as saídas, que faziam parte do tratamento, foram proibidas. Isso porque algumas pessoas, em razão da abstinência, apresentaram crises de agressividade e chegaram a quebrar objetos da clínica. Você, enquanto psicólogo, como deve atuar neste cenário institucional?
5. Resolução da SP	Primeiramente você tem que compreender que esse modelo, embora não aconteça dentro de um hospital psiquiátrico, também é manicomial. O tratamento está tendo como base a punição e a disciplina. A equipe não tem considerado as questões subjetivas que movem os sujeitos. Além disso, generalizou as privações colocando todos os sujeitos no mesmo lugar e ignorando o que há de particular e singular em cada pessoa. É preciso problematizar com a equipe de trabalho esse modelo, questionar o porquê da adoção dessa conduta, relembrar a história do modelo manicomial e desenvolver ações coletivas que contemplem a dignidade e o respeito aos direitos humanos.



Lembre-se

O modelo de psicoterapia institucional acredita que o que faz uma instituição tornar-se manicômio são as relações, as práticas e as lógicas que se estabelecem na assistência prestada, nesse sentido pessoas e instituições estão doentes e devem ser tratados conjuntamente, mudando as relações estabelecidas, horizontalizando-as e transformando a instituição em um espaço de liberdade, participação, acolhimento das diferenças e valorização dos sujeitos (DESVIAT, 1999 *apud* CFP, 2013).



Faça você mesmo

Procure na internet, e no site do Conselho Federal de Psicologia, notícias de situações de violência provocadas em instituições de saúde e, a partir dos achados, elabore um texto crítico envolvendo os conteúdos dessa seção.

Faça valer a pena

1. A psiquiatria é uma ciência que estuda e trata, assim como a psicologia, o sofrimento mental. Como era chamada a ciência que precedeu a psiquiatria?

- a) Alienada.
- b) Alienante.
- c) Alienismo.
- d) Alienista.
- e) Alienação.

2. Franco Basaglia foi o precursor do movimento da psiquiatria democrática italiana. Qual a importância desse movimento?

- a) O movimento propôs a abertura dos hospitais psiquiátricos e a criação dos dispositivos de tratamento em meio aberto aos sujeitos em sofrimento psíquico.
- b) O movimento propôs a abertura dos hospitais psiquiátricos e a extinção de todas as formas de tratamento aos sujeitos em sofrimento psíquico.
- c) O movimento propôs um novo modelo de tratamento dentro das instituições psiquiátricas, acreditando que as relações é que produzem o contexto do manicômio.
- d) O movimento propôs a interação mútua entre pacientes e equipe de tratamento, superando o modelo psiquiátrico tradicional.

e) O movimento propôs a utilização de métodos modernos como a lobotomia, no tratamento aos sujeitos em sofrimento psíquico.

3. Foucault (1972) nomeava a psiquiatria democrática italiana como antipsiquiatria. Mas, qual a diferença entre esses dois movimentos?

a) A antipsiquiatria desconsiderava a existência de doenças mentais, enquanto que a psiquiatria democrática não desconsiderava sua existência, mas lutava pela reforma na modelo de tratamento.

b) A psiquiatria democrática italiana desconsiderava a existência de doenças mentais, enquanto que a antipsiquiatria não desconsiderava sua existência, mas lutava pela reforma na modelo de tratamento.

c) A antipsiquiatria atuava contra os psiquiatras, enquanto que a psiquiatria democrática italiana propunha a inclusão desses profissionais no tratamento aos sujeitos em sofrimento.

d) A psiquiatria democrática italiana desenvolve-se somente em seu país de origem, enquanto que o modelo da antipsiquiatria foi adotado em diversos países.

e) A antipsiquiatria busca compreender que toda doença ou sofrimento mental tinha origem na família e na sociedade, enquanto que a psiquiatria democrática italiana afirmava que todos os sujeitos possuíam sofrimento mental, em alguma medida.

Seção 4.2

Organização da política de saúde mental no sus

Diálogo aberto

Como você viu na sessão passada, o Brasil foi fortemente influenciado pelos ideais da Psiquiatria Democrática Italiana, ao iniciar o processo de mudança de paradigma no tratamento aos sujeitos em sofrimento psíquico – ofertado de forma asilar e manicomial através da hospitalização.

Nesta seção você aprenderá como a política de saúde mental passou a ser organizada após a aprovação da Lei nº 10.216/2001 – marco histórico que tem produzido diferenças significativas, não só no tratamento clínico, mas na relação do sujeito em sofrimento psíquico e da equipe de tratamento. Você verá também que, apesar de muitos avanços, há um modelo que resiste às mudanças da reforma psiquiátrica e que ainda se sustenta enquanto sistema manicomial: os hospitais de custódia (“antigos” manicômios judiciais), que em inúmeros casos faz as vezes da prisão perpétua. Você entenderá por quê.

Mas agora conheça Sebastião, um sujeito de 50 anos que acabou de sair do hospital de custódia. Sebastião, há 10 anos cometeu homicídio contra uma pessoa que passava pela rua. Diagnosticado com esquizofrenia, ele alegou ter ouvido vozes de comando que diziam para ele matar a vítima, ou, então, ela iria matá-lo. Após avaliação psiquiátrica, Sebastião foi considerado inimputável, ou seja, sem compreensão da ilicitude de seu ato e foi encaminhado para medida de segurança. Permaneceu por 10 anos no hospital de custódia e tratamento psiquiátrico até que, agora, o laudo do psicólogo que acompanha o caso e do psiquiatra apontou que Sebastião poderia voltar a viver em sociedade. Baseado no pedido de Sebastião, o psicólogo indicou ao juiz que o tratamento tivesse continuidade na UBS de seu território e que sua mãe, uma senhora de 73 anos, seria responsável por acompanhá-lo. Será que é possível tratar de questões de saúde mental, tão delicadas, na UBS? O psicólogo fez um bom encaminhamento, considerando o pedido de Sebastião? Você, enquanto psicólogo da UBS, como acolheria esse paciente? Quais propostas de intervenção são possíveis?

Os objetivos de aprendizagem dessa sessão se relacionam a: conhecer a legislação brasileira em saúde mental; compreender a organização da assistência em saúde mental a partir dos conceitos de matriciamento, referência e contrarreferência; compreender como funcionam, nos dias de hoje, os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico; identificar o lugar da psicologia nesse cenário.

Não pode faltar

O termo violência é tão amplamente pronunciado em nosso cotidiano que chegamos a banalizar seu conceito. As relações humanas e sociais tão violentas, o tratamento desumano tão violento, o sistema manicomial tão violento. Por mais que se repita, por vezes, parece que a palavra 'violência' não alcança a dimensão que se propõe. Quando falamos que o modelo manicomial, asilar, hospitalar é um modelo violento e que precisa ser superado parece que nem todos que viveram essa história entendem que violência é essa.

Em 1981, a revista Saúde em Debate publicou uma matéria sobre a identidade do psiquiatra. O mais impressionante desta publicação é que a foto de capa da matéria (p. 62) é a marca de uma silhueta no chão deixada pela deterioração do corpo de uma mulher que foi presa em uma cela forte e morreu de fome e frio, sendo que seu corpo só foi encontrado anos depois. Como aponta a reportagem, a marca da deterioração do corpo humano não saiu nem com ácido, denunciando a violência a que esses sujeitos estavam submetidos (AMARANTE, 2007).



Pesquise mais

Para ter acesso à reportagem acesse o *link*:

BIRMAN, Joel. Saúde mental: a identidade do psiquiatra. **Rev. Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, n. 13, p. 62, 1981. Disponível em: <http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=N.13&pesq=&x=80&y=21>. Acesso em: 5 mar. 2016.

A Lei nº 10.216/2001 tramitou por doze anos e, embora seu projeto original tenha sido modificado, ela foi um marco histórico no processo da reforma psiquiátrica brasileira – ainda em movimento.

Esta lei dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Importante registrar que os profissionais de saúde mental não se referem ao usuário como portador de transtorno, e sim como sujeito em sofrimento psíquico, pois “portar” faz uma menção a um fardo, algo que não se separa, que o sujeito sempre leva consigo, enquanto que, por sua vez, o sujeito em sofrimento psíquico, ou em importante sofrimento psíquico, faz referência à uma situação transitória (‘em’) e que não diz do sujeito enquanto todo. Assim o sujeito não é a doença, mas está em sofrimento.

Esse é um ponto importante para você cuidar porque não se trata de uma questão de ordem semântica, mas de reconhecer o outro enquanto sujeito, e não enquanto patologia.

Embora a Lei nº 10.216/2001 não preveja a diminuição progressiva dos leitos psiquiátricos, ela determina que a internação somente ocorrerá quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes e somente mediante laudo médico caracterizando seus motivos, sendo vedada a internação em instituições com características asilares. O que ela prevê são as três modalidades de internação psiquiátrica: voluntária (quando tem o consentimento do usuário); a involuntária (quando não há consentimento do usuário e é feita a pedido de terceiros – equipe, familiares) e compulsória (quando é determinada pela justiça). Em relação ao sujeito internado há longo tempo, quer seja por importante dependência da instituição, ou em razão de seu quadro clínico ou, ainda, pela ausência de suporte social, a lei prevê a criação de uma política específica, que trate da alta planejada e da reinserção psicossocial de forma assistida, assegurando a continuidade de tratamento, quando necessário (BRASIL, 2001).

Amarante (2007) aponta que um aspecto fundamental desta lei é a inclusão do Ministério Público (MP) no acompanhamento de determinadas ações, como a comunicação em até 72 horas de todas as internações involuntárias que ocorrerem. A entrada do MP indica a importância da garantia de direitos aos usuários do serviço de saúde mental.

Embora essa lei seja um símbolo da luta, ela não contempla uma série de pontos fundamentais para que a política pública se efetive. Portanto, outras legislações precisaram ser elaboradas (e ainda estão sendo) para garantir que o movimento da reforma psiquiátrica aconteça.

Uma delas é a Portaria nº 251/2002 que reclassifica os hospitais, por meio da avaliação do Programa Nacional de Avaliação do

Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH). Assim, em caso de uma avaliação negativa, os hospitais eram suspensos para novas internações e deveriam, com o gestor local, elaborar plano de atendimento – preferencialmente extra-hospitalar – aos sujeitos internados, sendo também descadastrado do sistema. Essa portaria também direciona para a consolidação da implantação do modelo de atenção comunitário, para a organização dos serviços com base nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; para a garantia da diversidade dos métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; para o asseguramento da continuidade da atenção em vários níveis (não somente na alta complexidade); para o asseguramento do atendimento multiprofissional e para a garantia de participação social, tanto na formulação das políticas de saúde mental quanto no controle de sua execução (BRASIL, 2002). Ela também estabelece normas para o atendimento em hospital psiquiátrico.

Perceba que o fechamento dos leitos não ocorreu de forma abrupta. Primeiro a legislação tratou de cuidar das ofertas hospitalares, para garantir que os direitos dos usuários fossem preservados – indicando a obrigatoriedade da criação da rede extra-hospitalar – e posteriormente foram surgindo as normatizações para a desospitalização dos sujeitos.

Em 2004 é aprovada a Portaria nº 52 que institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS determinando que “a redução dos leitos hospitalares possa ser planejada e acompanhada da construção concomitante de alternativas de atenção no modelo comunitário”. Essa redução deve se dar na diminuição progressiva dos hospitais de maior porte, considerando a permanente avaliação da qualidade de atendimento prestado (BRASIL, 2002).



Pesquise mais

Para compreender melhor o movimento da redução de leitos psiquiátricos acesse o [link](#):

DUARTE, Silvia Louzada; GARCIA. Reforma psiquiátrica: trajetória de leitos psiquiátricos no Brasil. **Emancipação**, Ponta Grossa, v. 13, n. 1, p. 39-54, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas2.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/3871>>. Acesso em: 27 fev. 2016.

Como você pode observar as legislações determinam que, ao reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos, crie-se serviços extra-hospitalares. Entre esses serviços está a política de assistência à saúde mental desenvolvida na atenção básica (AB).

Você se lembra que a AB é a porta de entrada preferencial do SUS? E que ela desenvolve ações de promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação desenvolvendo ações integrais que fortaleçam a autonomia das pessoas?



Assimile

A Lei nº 10.216/2001 é um marco na história da reforma psiquiátrica brasileira. Após 12 anos de tramitação, sua promulgação determinou a proteção aos direitos das pessoas em sofrimento mental e o redirecionamento das ações de saúde. Porém, embora ela seja fundamental, há diversos pontos que não foram contemplados em sua aprovação. Por esta razão, outras legislações foram sendo criadas e aprovadas – movimento que se segue até os dias atuais. Uma dessas ações é a determinação de que os leitos psiquiátricos fossem desativados progressivamente, na medida, em os serviços extra-hospitalares fossem criados, para não ofertar desassistência ao usuário desospitalizado.

Tomando como ponto de partida que a AB possibilita o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, as ações são desenvolvidas em território delimitado geograficamente, possibilitando a aproximação dos profissionais com as histórias de vida e com o território. Nesse sentido a AB é estratégica para facilitar o contato com o sujeito e vice-versa (BRASIL, 2013). Os sujeitos em sofrimento mental também estão nos territórios e não faz sentido algum negar assistência ao sujeito em sua própria comunidade, correto?

Na AB o atendimento é construído cotidianamente, no encontro entre profissionais e usuários, proporcionando suporte aos sujeitos em situação de sofrimento mental. O acolhimento realizado é um instrumento para a formação de vínculo. Ele acontece por meio da oferta da escuta aos usuários e seus familiares, acolhendo as angústias, as dúvidas e cuidando das questões que envolvem o sujeito, de forma compartilhada com outros serviços. O acolhimento também é instrumento de avaliação territorial, pois através dele pode-se conhecer as demandas da comunidade e propor ações, individuais ou coletivas, de intervenção (BRASIL, 2013).



Refleta

Além do acolhimento, de que forma podemos ofertar atendimento na AB aos sujeitos em sofrimento mental?

Alguns dos principais dispositivos desenvolvidos no contexto da AB são: grupos terapêuticos, atendimento às famílias, grupos de convivência e/ou geração de renda, atendimentos individuais por equipe multiprofissional e, como já abordado, articulação com a rede intersetorial para que as necessidades dos sujeitos sejam contempladas de forma integral (BRASIL, 2013).

Para que as ações sejam articuladas coletivamente e de modo integrado, é desenvolvido o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS, segundo o Ministério da Saúde, desloca as ações do sintoma e da doença e lança luz sob o sofrimento e o contexto que o produz ou o alimenta.

Define-se PTS como uma “estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo” (BRASIL, 2007 *apud* BRASIL, 2013, p. 55). O PTS traz no bojo a questão da singularidade, da particularidade dos que estão envolvidos na trama que promove o sofrimento mental.



Pesquise mais

Leia o artigo abaixo, escrito por duas psicólogas, que trata da experiência de acolhimento em saúde mental em uma UBS.

MINOIA, Natali Pimentel; MINOZZO, Fabiane. Acolhimento em Saúde Mental: Operando Mudanças na Atenção Primária à Saúde. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 35, n. 4, p. 1340-1349, dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932015000401340&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 fev. 2016.

Segundo o Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo (CRP/SP) a saúde mental é uma área tradicionalmente vinculada ao exercício da psicologia na saúde pública. Os psicólogos atuam diretamente com o usuário e também com as equipes de trabalho. Esta prática deve ser reinventada cotidianamente, principalmente no contexto das políticas públicas. Segundo Florianita Braga, no consultório particular o psicólogo é escolhido pelo paciente e seu

trabalho é mais solitário. Já na saúde pública a relação com outros profissionais é frequente e faz parte do trabalho da psicologia, que integra a equipe multidisciplinar que atende o mesmo sujeito que o psicólogo. Para Maria Luiza Santa Cruz, o psicólogo na UBS não cuida apenas do psiquismo dos sujeitos, mas ele também atua no sentido da reflexão sobre ser e estar no mundo e na promoção da cidadania. O trabalho se desenvolve através de reuniões de equipe, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atendimentos em grupo, atendimento compartilhado com outros profissionais, enfim, em uma clínica diversificada, que demanda criatividade, conectado à cultura do território no qual está inserido (CRP/SP, 2001).

Porém, embora tudo pareça (e deva ser) bastante articulado, nem sempre é fácil. Muitas equipes de saúde não são preparadas para o acolhimento de pessoas em importante sofrimento psíquico e acabam, muitas vezes, encaminhando o paciente desnecessariamente para outras unidades de atendimento. O sujeito em sofrimento é de responsabilidade de todos os segmentos da política de saúde. Não pode haver segregação no atendimento. Obviamente que se necessário, devido à complexidade, o sujeito deverá ser encaminhado para outro serviço de maior complexidade, mas, segundo a política nacional de saúde, esse encaminhamento não é feito de qualquer forma. Ele pressupõe a corresponsabilidade de todos os atores envolvidos, devendo o encaminhamento burocrático perder lugar para a prática do referenciamento e contrarreferenciamento.

Vamos entender melhor do que se tratam esses conceitos e essas práticas.

Segundo Witt (1992) *apud* Juliani e Ciampone (1999, p. 325) a referência e a contrarreferência são articulações entre as unidades do nível primário, secundário e terciário de saúde. A referência é o “trânsito do nível menor para o de maior complexidade e, inversamente, a contrarreferência é o trânsito do nível de maior para o de menor complexidade”.



Exemplificando

O sujeito é atendido na UBS mas precisa, em determinado momento, passar por atendimento em serviço especializado. Portanto, o profissional da UBS faz a referência à unidade. Finalizado o atendimento, o sujeito retorna ao território, sendo, portanto, realizada a contrarreferência.

Essa lógica garante que toda a população possa acessar, a partir de sua necessidade, todos os níveis da política de saúde, assegurando a igualdade, a universalidade e equidade no atendimento. A referência e a contrarreferência pressupõem a responsabilização compartilhada no cuidado com o usuário. Não é um simples encaminhamento a outro serviço, é a cuidadosa preparação do trânsito do usuário de um equipamento para outro, garantindo a assistência contínua e integrada, no qual as equipes dialogam e, em muitos casos, constroem coletivamente o PTS do sujeito.

Nessa mesma lógica de corresponsabilização dos serviços está o matriciamento ou apoio-matricial. Um instrumento metodológico desenvolvido pelo pesquisador da Unicamp, Gastão Wagner, e incorporado pelo Ministério da Saúde como parte dos mecanismos de gestão clínica no SUS.

O apoio matricial é um modo de operar em que duas ou mais equipes constroem coletivamente ações em saúde, focando uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Segundo Campos e Domitti (2007, p. 400):

A relação entre essas duas equipes constitui um novo arranjo do sistema de saúde: apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.

O matriciamento propõe a retaguarda especializada e o suporte técnico-pedagógico em um modelo colaborativo de cuidados à população. Algumas propostas do apoio matricial são: elaboração de PTS e a interconsulta (que vai desde a discussão de caso até consultas conjuntas e visitas domiciliares). A interconsulta é realizada após a solicitação de um profissional para complementar e/ou elucidar questões do cuidado que estão em andamento e que extrapolem o entendimento de quem solicitou (MELLO FILHO, 2005).

Alguns problemas recorrentes a este tipo de gestão clínica é que a equipe da UBS poderá criar uma expectativa de que o matriciador irá realizar consultas individuais, como especialista, sem a participação da equipe da unidade. Isso não acontece por má vontade da equipe, mas muitas vezes por desconhecimento desse instrumento coletivo

e também desconhecimento acerca do sofrimento humano. Mas o apoio matricial em momento algum é um encaminhamento ao especialista. Ao contrário, ele é um instrumento inovador no acolhimento integral do sujeito em sofrimento.



Exemplificando

Imagine que você trabalha em uma UBS e está acompanhando um sujeito em importante sofrimento mental (devido ou não o uso de substâncias psicoativas). Pode chegar um determinado momento em que você e a sua equipe já não sabem mais como conduzir o caso clínico, em razão de sua complexidade. Então, vocês solicitam um apoiador ou matriciador de um serviço de outra complexidade, como o CAPS, para discutir o caso e pensar junto. O matriciador não possui um saber absoluto, por isso a construção é coletiva. Ele pode discutir o caso, atender junto com você, realizar visitas domiciliares a fim de compreender amplamente o caso clínico e propor caminhos que façam sentido para o usuário e para a equipe da UBS.

Você consegue perceber a importância das ações desencadeadas pela reforma psiquiátrica? Consegue visualizar a proposta de um trabalho integral? Obviamente há equipes mais afinadas do que outras, mas esse modelo de gestão em saúde está posto e o que nos cabe, agora, é trabalhar no sentido de sua consolidação em todo território nacional.

Porém, na contramão de toda essa proposta acolhedora, de garantia de direitos, que compreende o sujeito como único e integral, estão os hospitais de custódia, que ainda operam a toda força no modelo manicomial.

Emerim e Souza (2016) descrevem o hospital de custódia como uma instituição destinada a abrigar pessoas submetidas à medida de segurança (conhecidos pela lei como inimputáveis, incapazes de compreender a ilicitude de seu ato). Quando o sujeito comete um crime e o laudo psiquiátrico confirma sua incapacidade de entendimento do ato, o juiz poderá considerá-lo inimputável e, ao invés da pena, aplicar a medida de segurança que, nada mais é do que a internação em hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP). Essa aplicação não leva em conta a culpa, mas a periculosidade do sujeito. Muitas vezes, aos que estão submetidos a internação compulsória em HCTP a medida é por prazo indeterminado. Não são raros os casos de sujeitos internados há mais de trinta anos (prazo limite de cumprimento de pena no código penal brasileiro), configurando-se muitas vezes em prisão

perpétua. Quem avalia a periculosidade e a evolução do quadro são os profissionais de saúde mental da instituição (geralmente médicos, mas que também pode incluir psicólogos) e é, a partir de seu laudo que o sujeito é, ou não é, liberado pela justiça.

Assim, conforme aponta Foucault (1997, p. 49 *apud* EMERIM; SOUZA, 2016, p. 173) o poder psiquiátrico "pode dizer a verdade da doença pelo saber [poder] que detém sobre ela, e [...] pode produzir a doença na sua verdade e submetê-la na realidade, pelo poder que a sua vontade exerce sobre o próprio doente". Ou seja, se o especialista julgar que o sujeito não está pronto para voltar a conviver em sociedade, ele permanecerá internado.

Em 2015 o Conselho Federal de Psicologia, em parceria com a Ordem dos Advogados do Brasil e a Associação Nacional do Ministério Público em Defesa da Saúde, elaborou um relatório baseado na inspeção nacional aos Manicômios Judiciários, hospitais de custódia, alas psiquiátricas e similares. Essa inspeção foi realizada por 18 Conselhos Regionais em 17 estados e no Distrito Federal. Dentre várias constatações de violência e violação aos direitos e à dignidade humana encontra-se o dado de que são muito poucos os psicólogos que atuam em unidades de hospital de custódia. Em uma delas havia um psicólogo para atender 104 sujeitos. Portanto, qual a lógica que impera no modelo de atendimento da psicologia? A reprodução compulsória da lógica manicomial no qual não se pode, nem se consegue, construir histórias singulares, porque há uma inviabilidade da escuta. Para tornar a situação ainda pior, muitos desses profissionais são contratados em regime de trabalho informal (contrato verbal) ou através de cargos comissionados. Em apenas cinco, das dezessete instituições, o psicólogo tinha algum tipo de participação e contribuição na conclusão de laudos periciais. Em apenas sete delas o psicólogo era incluído na discussão de caso e na conduta dos tratamentos (CFP, 2015).



Pesquise mais

Esse artigo aborda a experiência de um psicólogo em um hospital de custódia.

FRANCO, Fábio. Trinta dias em um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Humano**, v. 20, n. 1, p. 90-94, 2010. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v20n1/12.pdf>>. Acesso em: 27 fev. 2016.

Enfim, podemos perceber o quanto ainda precisamos avançar em muitos aspectos da organização da rede de saúde mental, principalmente no que se refere aos HCTPs que, vinculados à Secretaria de Estado da Justiça, dificultam a implantação de cuidados diferenciados do sistema prisional ao sujeito duplamente estigmatizado, enquanto “louco” e infrator (CFP, 2015).



Faça você mesmo

Verifique se a UBS de seu território possui equipe de saúde mental. Caso não possua, identifique para onde são encaminhados os casos que necessitam de atendimento desta equipe.

Sem medo de errar

Nesta Situação-Problema você foi desafiado a pensar estratégias de intervenção à saúde mental de Sebastião, um sujeito de 50 anos que acabou de sair do hospital de custódia e deseja ser atendido na UBS de seu território. Será que é possível tratar de questões de saúde mental, tão delicadas, na UBS? O psicólogo fez um bom encaminhamento, considerando o pedido de Sebastião? Você, enquanto psicólogo da UBS, como acolheria esse paciente? Quais propostas de intervenção são possíveis?

Para começar é importante que a equipe desenvolva um PTS que contemple as necessidades e o momento atual de vida de Sebastião. Esse PTS pode incluir, também, atendimentos individuais – com o devido compartilhamento entre os saberes da equipe –, grupos terapêuticos, grupos de geração de renda, atendimento aos familiares, visitas domiciliares.



Lembre-se

Define-se PTS como uma “estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo” (BRASIL, 2007 *apud* BRASIL, 2013, p. 55).

É possível tratar de um sujeito em sofrimento mental na UBS a partir de uma gestão clínica inovadora que inclua dispositivos de atendimento que extrapolem a lógica tradicional do atendimento clínico individual e solitário. É preciso também desconstruir com a equipe o estigma do louco infrator e, para tanto, você poderá utilizar

instrumentos como o próprio espaço das reuniões de equipe e também as estratégias de apoio matricial. A análise do psicólogo que atua no hospital de custódia possivelmente diz do momento atual de Sebastião. É importante acolher o desejo do sujeito, para que ele possa se vincular à equipe, mas é preciso estar atento se a UBS oferecerá a retaguarda e o atendimento no nível de complexidade demandado pelo caso. Se necessário, o referenciamento para um serviço de maior complexidade deve ocorrer, de forma articulada e responsável, incluindo o sujeito em seu processo.

A psicologia precisa se basear numa lógica criativa e ampliada de atendimento que inclua o seu envolvimento com a equipe, que retire o foco do transtorno mental e lance luz sobre a diversidade que compõe o sujeito. O profissional de psicologia poderá desenvolver, além dos atendimentos individuais, grupos terapêuticos compartilhados com outros profissionais e todos os demais dispositivos desenvolvidos na UBS e que incluam ações também de promoção e prevenção.



Atenção

Segundo o Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo (CRP/SP) a saúde mental é uma área tradicionalmente vinculada ao exercício da psicologia na saúde pública. Os psicólogos atuam diretamente com o usuário e também com as equipes de trabalho.

Avançando na prática

Pratique mais	
Instrução Desafiamos você a praticar o que aprendeu transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois as compare com as de seus colegas.	
A importância do matriciamento	
1. Competência de fundamentos de área	Conhecer e atuar em Políticas e Programas de Saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	• Conhecer a legislação brasileira em saúde mental; • Compreender a organização da assistência em saúde mental a partir dos conceitos de matriciamento, referência e contrarreferência; • Compreender como funcionam, nos dias de hoje, os hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico; • Identificar o lugar da psicologia nesse cenário.

3. Conteúdos relacionados	Visão hospitalocêntrica; reforma psiquiátrica; atuação do A Legislação em Saúde Mental; hospitais de custódia; Organização da ASM (matriciamento; referência e contrarreferência).
4. Descrição da SP	Você é psicólogo e atua em uma UBS. Um dos usuários que realizam atendimento com você é Marcos, um jovem de 20 anos que apresenta sintomas que indicam importante sofrimento psíquico. Mas Marcos estava bem e participava ativamente dos grupos que você coordenava, juntamente com a enfermeira da UBS. Porém, há duas semanas ele se recusa a sair de casa e não permite visitas da equipe à sua residência. O que você propõe para a equipe? Encaminhar para o CAPS poderia ser uma opção, já que ele apresenta piora importante em seu sofrimento?
5. Resolução da SP	Antes de encaminhar Marcos para um serviço no qual ele ainda não tem vínculo é importante acionar o apoio matricial do CAPS. Esse profissional ajudará você e sua equipe a problematizar questões do caso e propor algumas possibilidades de intervenção. O apoiador poderá fazer atendimentos familiares e tentar realizar outra visita domiciliar a fim de colocar para Marcos a preocupação de todos e ofertar acolhimento ao seu sofrimento. Depois dessa estratégia, se houver necessidade, a UBS poderá referenciar o jovem para o atendimento do CAPS, mas não abandonará o paciente, permanecendo corresponsável por seus cuidados, ofertando acolhimento sempre que houver necessidade.



Lembre-se

O matriciamento propõe a retaguarda especializada e o suporte técnico-pedagógico em um modelo colaborativo de cuidados à população (MELLO FILHO, 2005 *apud* BRASIL, 2013). O apoio matricial em momento algum é um encaminhamento ao especialista. Ao contrário, ele é um instrumento inovador no acolhimento integral do sujeito em sofrimento.



Faça você mesmo

Faça uma pesquisa em sites científicos (como a Scielo) e procure por experiências de matriciamento em saúde mental. Selecione um dos artigos, leia e destaque partes que considerar importante do texto. Depois compartilhe o texto e seus apontamentos com seus colegas de turma.

Faça valer a pena

1. A luta antimanicomial é um processo ainda em movimento em nossa sociedade. Um dos grandes marcos desta luta é a Lei nº 10.216/2001 que dispõe sobre a:

- a) Proteção e direitos das pessoas em sofrimento psíquico, apontando o redirecionamento do modelo assistencial a partir da progressiva diminuição dos leitos psiquiátricos.
- b. Proteção e direitos das pessoas em sofrimento psíquico, apontando redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental.
- c) Proteção e direitos das pessoas em sofrimento psíquico, apontando que o termo utilizado para se referir à pessoa em tratamento é 'sujeito em sofrimento psíquico'.
- d) Proteção e direitos das pessoas em sofrimento psíquico, redirecionando o modelo de atendimento da saúde mental para a atenção básica.
- e) Proteção e direitos das pessoas em sofrimento psíquico, redirecionando o modelo de atendimento da saúde física e mental das pessoas portadores de transtorno mental.

2. Segundo o Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo (CRP/SP) a saúde mental é uma área tradicionalmente vinculada ao exercício da psicologia na saúde pública. Qual o papel do psicólogo na UBS?

- a) O trabalho do psicólogo envolve a reflexão sobre ser e estar no mundo e na promoção da cidadania.
- b) O trabalho do psicólogo envolve atendimento individual baseado na necessidade de estabelecer diagnóstico clínico.
- c) O trabalho do psicólogo acontece nos mesmos moldes da clínica particular, a partir da escolha do sujeito.
- d) O trabalho do psicólogo se desenvolve a partir dos conceitos de referenciamento e contrarreferenciamento.
- e) O trabalho do psicólogo se desenvolve em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) pois as UBSs não possuem equipe de saúde mental.

3. Outro equipamento relacionado à saúde mental é o hospital de custódia. O hospital de custódia é:

- a) Instituição destinada a tratar sujeitos em sofrimento psíquico e que não se beneficiam com a rede substitutiva.
- b) Instituição destinada a tratar sujeitos considerados de alta periculosidade e que não podem conviver em sociedade.
- c) Instituição destinada a abrigar pessoas que cometeram crime, mas que não possuem perfil adequado para cumprir a pena em presídios.
- d) Instituição destinada a abrigar sujeitos que cumprem penas por crimes cometidos contra a sociedade.
- e) Instituição destinada a abrigar pessoas consideradas inimputáveis submetidas à medida de segurança.

Seção 4.3

Programa da política nacional de saúde mental no sus

Diálogo aberto

Nas seções anteriores abordamos amplamente a questão do tratamento manicomial e a importância de continuarmos avançando na superação desse modelo em nossa sociedade.

Sabendo que ainda é preciso trabalhar muito, vamos conhecer melhor o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), retomar alguns conceitos importantes sobre a política de saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), entender como funcionam os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa de Volta para Casa.

Em seu trabalho como psicólogo de um CAPS III, você conheceu Silvia, uma mulher de 46 anos que apresenta importante sofrimento psíquico. Silvia sempre fez acompanhamento em UBS, porque se recusava a ser encaminhada ao CAPS. Mas, recentemente, ele fez uma importante tentativa de suicídio, desencadeada pelas constantes brigas em sua casa, e ficou 15 dias internada no hospital geral. Silvia é solteira, não tem filhos e reside com os irmãos que verbalizam não desejarem “uma louca em casa”. Silvia chega, ao primeiro atendimento, muito resistente e nervosa, dizendo ‘não ser louca’ e que não quer ser tratada no CAPS. Como procedemos diante dessa delicada questão, entendendo que a UBS também não pode ofertar o tratamento que Silvia demanda no momento? Como trabalhar a questão do vínculo? Como trabalhar com os familiares e lhes explicar sobre o sofrimento psíquico de Silvia?

Os objetivos dessa seção estão relacionados a descrever o funcionamento dos CAPS; abordar a política de saúde mental infantojuvenil; problematizar a política de atendimento aos usuários de crack e outras drogas; apresentar os serviços residenciais terapêuticos; compreender o funcionamento do Programa de Volta para Casa e explicitar os desafios da psicologia na política de saúde mental da atenção básica.

Não pode faltar

Você está lembrado que o marco histórico da reforma psiquiátrica brasileira foi a aprovação da Lei nº 10.216/2001? E que essa lei é resultado de intensos movimentos sociais protagonizados por usuários, familiares e profissionais da saúde mental?

Entendemos a importância do fechamento dos leitos psiquiátricos, como parte desta reforma, mas o que aconteceu às pessoas institucionalizadas e que perderam contato com suas famílias? Ou, como reinserir quem foi privado de contato social por diversos anos? Abrem-se os portões e depois?

Para que não houvesse desassistência, além dos serviços substitutivos (CAPS, Centro de Convivência, equipe da saúde mental na UBS, Consultório na Rua, etc.) dois caminhos foram criados: o Programa de Volta para Casa e os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Buscando promover reinserção social, em 2003, o Ministério da Saúde criou o Programa de Volta para Casa – através da Lei nº 10.708 que dispõe sobre o auxílio-reabilitação psicossocial – atendendo ao disposto no artigo 5º da Lei nº 10.216/2001 que determina que pacientes internados há longo tempo (pelo menos dois anos ininterruptos) sejam objetos de políticas específicas.

Segundo essa legislação, o benefício se constitui de pagamento mensal diretamente aos usuários, salvo quando comprovada a necessidade de um responsável legal na gestão do recurso. Esse valor, atualizado em 2013 (R\$ 412), também poderá ser pago aos sujeitos egressos dos hospitais de custódia, às pessoas inseridas em residências terapêuticas, às que voltaram a residir com suas famílias (de origem ou substitutas), ou que possuem formas alternativas de moradia, por um período de um ano, podendo ser renovado caso o sujeito não esteja em condições plenas de reintegração e autonomia (BRASIL, 2003b). Outro critério de inclusão é a condicionalidade de atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial, ou outro serviço de saúde mental do município no qual reside, ou residirá o sujeito após alta hospitalar.

O auxílio reabilitação psicossocial proporcionou o resgate da autonomia de pessoas que por muito tempo foram privadas de sua liberdade e que ainda não apresentam condições de buscar outros meios de subsistência. Embora não seja um valor alto, ele é a porta de entrada para o resgate da gestão da vida, da produção de saúde

social e da reintegração do sujeito à sociedade. Ele permite que as pessoas possam circular e explorar a cidade como sujeitos livres, buscando seu empoderamento e o protagonismo em suas escolhas.



Exemplificando

Comprar uma peça de roupa ou um objeto são estratégias de resgate da subjetividade e que nem sempre são simples aos sujeitos que viveram o processo de clausura.

O fato de o sujeito beneficiar-se com uma renda abre possibilidades de trabalho de desconstrução do modelo manicomial introjetado, pois, no hospital, as escolhas não eram possíveis e era necessário submeter-se às regras institucionais. Agora, ele pode escolher e reconstruir a sua dignidade.



Pesquise mais

O artigo abaixo foi descrito a partir de pesquisa realizada em duas residências terapêuticas na cidade de Salvador/BA.

LIMA, Sheila Silva; BRASIL, Sandra Assis. Do Programa de Volta para Casa à conquista da autonomia: percursos necessários para o real processo de desinstitucionalização. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 67-88, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100067&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 mar. 2016.

Assim como o auxílio-reabilitação psicossocial tem como objetivo a promoção da reinserção social e o resgate da dignidade humana, através da construção de autonomia e emancipação dos sujeitos, os serviços residenciais terapêuticos (SRT) também foram criados para ofertar possibilidades de viver em meio aberto, fazendo uso do espaço comunitário e da construção do laço com o território.

Os SRT são casas localizadas em espaços urbanos e que podem acolher até dez usuários, de forma assistida e articulada com a rede de cuidados do SUS.

Em 1992, a II Conferência Nacional de Saúde Mental já havia problematizado a questão dos, então, lares abrigados para a reorganização da assistência em saúde mental no Brasil. Nesta década muitas cidades protagonizaram a experiência de reinserção dos sujeitos à comunidade. Essas experiências tiveram início nas cidades de Campinas/SP, Ribeirão Preto/SP, Santos/SP, Rio de

Janeiro/RJ e Porto Alegre/RS. Foi a partir do protagonismo desses municípios que se aprovou a Portaria nº 106, que estabeleceu a criação das SRTs no âmbito do SUS, no ano 2000 (BRASIL, 2004).

As SRTs são destinadas aos egressos de hospitais psiquiátricos ou de hospitais de custódia que estão impossibilitados de restabelecer laço ou convivência com a família de origem, aos usuários de CAPS nos quais a equipe identifica que a questão à moradia se configura um problema e que a SRT comporia o projeto terapêutico singular, ou pessoas em situação de rua com transtornos mentais severos inseridos e acompanhados em CAPS (BRASIL, 2004).

As modalidades residenciais dividem-se em:

SRT I – é o tipo mais comum e demanda o apoio de apenas um cuidador (profissional contratado para este fim). Neste tipo de residência são desenvolvidas estratégias para a busca definitiva de moradia na comunidade. São sujeitos com grande potencial de reinserção e autonomia (BRASIL, 2004).

SRT II – são casas que acolhem sujeitos em situação de maior gravidade, quer seja por sua condição de saúde ou dependência física, quer seja em razão do processo de envelhecimento. Neste caso, demanda assistência domiciliar mais intensa.

Os usuários, em muitos momentos, têm autonomia para decidir com quem morar, a partir de suas afinidades. Mas a organização por gravidade e demanda de assistência é importante para ofertar cuidado especializado conforme a necessidade dos sujeitos.



Pesquise mais

Nesse artigo são abordados o processo histórico da construção das SRTs e seus desafios cotidianos, como o resgate da subjetividade.

SUIYAMA, Renata Cristina Boaretto; ROLIM, Marli Alves; COLVERO, Luciana de Almeida. Serviços residenciais terapêuticos em saúde mental: uma proposta que busca resgatar a subjetividade dos sujeitos? **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 102-110, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902007000300010&lng=en&nr=iso>. Acesso em: 9 mar. 2016.

Ofertar espaço de moradia que trabalhe a autoestima, a dignidade humana, o respeito à diversidade é um desafio que se impõe cotidianamente na prática da reforma psiquiátrica. Os modelos asilares estão enraizados em nossa cultura, que a reprodução de relações

peçoais manicomiais é muito possível. Essas relações podem surgir na impossibilidade do sujeito fazer suas escolhas, na imposição de um modelo de tratamento que, mesmo em meio aberto, não proporcione o circular pela cidade, não permita a exploração do território, nem trabalhe o sentimento de pertencimento.

Segundo o CRP (2010), a presença do psicólogo nos equipamentos substitutivos é fundamental para a garantia de qualidade ao atendimento, devido à sua formação e conhecimento acerca do sofrimento humano. É um profissional que pode contribuir para que o sujeito reescreva a sua história, atuando também com a equipe de cuidadores do SRT. Mas, além do psicólogo, a aproximação da família (quando é possível) e o trabalho com a comunidade também se configuram estratégias inquestionáveis quanto ao resgate da dignidade humana.

Abriu uma residência terapêutica nem sempre é fácil. Em muitos momentos o embate se dá a partir da própria comunidade que se movimenta no sentido de impedir que sujeitos egressos do hospital psiquiátrico ocupem seu lugar no território. Essa resistência muitas vezes está atrelada ao desconhecimento e ao estigma carregado pelo usuário dos serviços de saúde mental. Portanto, trabalhar os vizinhos, a comunidade, os comércios, os serviços de um bairro é também garantir a desmistificação do louco perigoso e a inserção do sujeito nesta nova possibilidade de viver.



Assimile

O Programa de Volta para Casa está vinculado ao auxílio-reabilitação psicossocial que prevê o pagamento mensal de benefício aos usuários que permaneceram internados por dois anos ou mais em instituições psiquiátricas. Assim como as residências terapêuticas, que são moradias inseridas no âmbito urbano, este programa compõe os serviços substitutivos ao modelo manicomial e objetiva a reinserção e reabilitação psicossocial dos sujeitos em importante sofrimento psíquico.

O Programa de Volta para Casa e os Serviços Residenciais Terapêuticos possuem a mesma condicionalidade: o sujeito deve estar inserido em tratamento no CAPS ou em serviços da rede de atenção à saúde mental. Novamente aqui surge a questão da equipe de saúde mental em UBS e, quase como condição intrínseca, a psicologia na oferta desse acompanhamento.

O percurso da psicologia na política de atenção básica se inicia na década de 1980, mas, na criação da Estratégia de Saúde da

Família ela não foi contemplada. Como nos lembra Jimenez (2011, p. 131), “a exclusão da psicologia desta instância – ESF – foi tema de controvérsias e questionamentos por parte de profissionais e Conselhos” e, somente em 2008, “quando o Ministério da Saúde instituiu os NASF a psicologia retornou oficialmente como profissão reconhecida na Atenção Básica”.

Mas, como a psicologia deve atuar no contexto da atenção básica?

Jimenez (2011) ressalta que os atendimentos domiciliares e o apoio matricial se configuram como ferramentas primordiais no cuidado aos sujeitos e seus familiares. Outra ferramenta rica é a anamnese, construção da história do sujeito para além de sua queixa, que considera sua vivência, sua cultura, seus laços familiares e suas experiências singulares.

Além dessas ferramentas você aprendeu na seção passada que o psicólogo pode atuar também em grupos terapêuticos, oficinas de geração de renda, grupos de orientação, entre outras experiências.

Porém, alguns autores afirmam que ainda é possível identificar inúmeros problemas relacionados ao trabalho do psicólogo na UBS, como: enfatizar a abordagem clínica tradicional, o distanciamento com os princípios do SUS, o distanciamento cultural entre o profissional e o território, a dificuldade no desenvolvimento do trabalho em equipe, a articulação do setting terapêutico e dos movimentos sociais em saúde (OLIVEIRA et al., 2004 *apud* JIMENEZ, 2011).

Para Bleger (1984 *apud* JIMENEZ, 2011) é muito importante que o psicólogo desocupe a sua sala e conheça a realidade como parte do trabalho clínico. Além disso, o conceito de território deve nortear as ações e as reflexões sobre o trabalho tanto da psicologia como das demais categorias profissionais que compõem o atendimento no SUS.

Esses desafios da categoria são diluídos quando falamos da atuação do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial. Não significa que os desafios não existam, mas muitas vezes o psicólogo que atua em alguma das modalidades de CAPS demonstra estar mais inserido nos princípios do Sistema Único de Saúde, promovendo uma clínica ampliada e articulada com outros profissionais.

Como você sabe, os CAPS se constituem como dispositivos substitutivos ao modelo manicomial. Nesses serviços são oferecidos, além da atenção à crise, espaços de convivência e criação de relações humanas (CFP, 2013).

Os CAPS são divididos em diferentes tipos:

- CAPS I – serviço ofertado em municípios com população de 20 mil até 70 mil habitantes.
- CAPS II – ofertado em municípios com população de 70 mil a 200 mil habitantes.
- CAPS III – serviço ofertado em municípios com população acima de 200 mil habitantes.

Os CAPS I e II oferecem atendimento em período integral, de segunda a sexta-feira. Já o CAPS III oferece atendimento 24 horas e possui leitos para atenção à crise.



Exemplificando

A lei determina que não se interne mais os sujeitos em crise nos hospitais psiquiátricos. Eles são atendidos no próprio serviço ao qual está vinculado, permanecendo por curto período de tempo até que seja possível o retorno para casa.

Em serviços que não contam com atendimento 24 horas, a atenção à crise deve ocorrer, conforme apontado na Lei nº 10.216/2001, em leitos de hospital geral, também por curto período de tempo e com articulação da equipe de referência do CAPS.

Essas modalidades (I, II e III) são aplicáveis tanto nos serviços para acolhimento a adultos em situação de grave sofrimento psíquico, como a adultos em situação de uso abusivo de álcool e outras drogas (através do CAPSad) e para crianças, adolescentes e jovens (até 25 anos), através do CAPS infantojuvenil (CAPSi).

Em qualquer uma das modalidades o psicólogo desenvolve um conjunto amplo de atividades como: acolhimento, discussão de casos em equipe e na rede intersetorial, psicoterapias, atendimento à crise, grupos e oficina, atendimento aos familiares, visita domiciliar, atividades lúdicas que podem envolver artes, música, teatro, cinema, atividade de cuidados e beleza, programas de geração de renda e economia solidária, passeios, enfim, uma infinidade de possibilidades criativas na prática da clínica ampliada, que extrapole o modelo tradicional de atendimento (CFP, 2013).



Refleta

Seria o diagnóstico desnecessário nesse novo modelo de tratamento, uma vez que a lógica que impera é do sujeito livre e cidadão de direitos?

Uma questão sempre delicada é a do diagnóstico psicopatológico. O psicólogo poderá ajudar a equipe a problematizar a questão do diagnóstico, mas não podemos permitir que o sujeito seja reduzido a uma categoria nosológica (a uma classificação de doenças). Embora o diagnóstico faça parte do trabalho do psicólogo (sendo, inclusive, facultativo o uso de manuais de classificação internacionais), ele deve contribuir simplesmente para nortear o percurso a ser construído a partir da história do sujeito, lembrando-se sempre de que ele não é, de modo algum, estático e determinista, podendo, através da dinâmica de vida alterar-se no curso do cuidado.

Outro ponto importante e delicado é a construção do vínculo terapêutico. Segundo o CFP (2013), é fundamental a construção de um acolhimento efetivo (e afetivo), responsável, e que trabalhe no sentido de prover o vínculo entre o sujeito e a instituição. Muitas vezes o estabelecimento desse vínculo depende da forma como o sujeito foi abordado pela primeira vez no serviço.

Com as crianças e os adolescentes esse momento é ainda mais delicado. Muitas, quando entram pela primeira vez em um CAPSi se assustam ao encontrar crianças e adolescentes graves e às vezes em crise. Fora isso, muitas crianças trazem, através da cultura, a ideia de que o CAPS é o lugar de louco. Desconstruir o conceito de loucura faz parte do atendimento aos usuários de saúde mental e seus familiares. Trabalhar com as potencialidades dos sujeitos também é uma forma de desconstruir estigmas e preconceitos sociais.

Outro ponto importante e desafiador no atendimento de crianças e adolescentes é a articulação com a escola. Embora haja leis que garantam a inclusão de crianças e adolescentes no sistema educacional, muitos profissionais não estão preparados para lidar com as diferenças humanas. Não é raro o encaminhamento da escola para o CAPSi já com o “diagnóstico” estabelecido pela instituição. Como o conceito de doença e de transtorno mental é algo que escorre para além dos muros institucionais (das ciências e dos serviços), ele foi fortemente incorporado pela população, que num movimento quase maniaco necessita nomear o que foge dos padrões morais estabelecidos (parece que o século XVIII ainda resiste, não é mesmo?).

A apropriação da vida cotidiana pela medicina também potencializa o uso indevido e indiscriminado de categorias diagnósticas que só tendem a ferir e destruir sujeitos em formação. Infelizmente tem sido

cada vez mais comum ouvirmos “fulano tem TDAH”, “fulano parece autista”. A facilidade com que as informações chegam à população pode ajudar no processo de desconstrução da loucura ou pode reforçá-la. Numa sociedade onde é “proibido sofrer”, qualquer comportamento fora do padrão social é considerado anormal ou patológico. As crianças que não se encaixam no modelo social disciplinador estão sendo cada vez mais empurradas para as caixas dos diagnósticos psicopatológicos. Se antigamente correr, subir em árvores e pular era “coisa de criança”, hoje esses comportamentos são taxados por familiares e educadores como patológicos e, portanto, medicáveis. Não à toa, o cloridrato de metilfenidato, conhecido como a “droga da obediência”, tem alarmantes índices de prescrições, sendo o Brasil o segundo país que mais consome essa medicação. O que há de errado com nossas crianças?



Pesquise mais

Sobre a medicalização da infância leia o artigo abaixo:

DECOTELLI, Kely Magalhães; BOHRE, Luiz Carlos Teixeira; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 33, n. 2, p. 446-459, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 mar. 2016.

Outra polêmica que ocupa as cadeiras universitárias, os serviços de saúde mental e os órgãos representativos de classe é o tratamento aos usuários de álcool e outras drogas.

A política de saúde mental tem cada vez mais – em razão também da pressão social – criado novos dispositivos de tratamento a esta população. Os CAPSad eram, até então, os lugares privilegiados de tratamento e cuidado em saúde.

Mas, em 2011, o Governo Federal lançou um programa que deu margem a muitas controvérsias: o Programa “Crack, é possível vencer”, que faz parte do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas. Esse plano possui três eixos de intervenção: cuidado, que propõe a ampliação da capacidade de atendimento e atenção ao usuário e familiares; prevenção, com investimento no fortalecimento da rede de proteção contra o uso de drogas; e autoridade, através do enfrentamento ao tráfico de drogas e policiamento ostensivo de proximidade (BRASIL, 2010).

Há uma série de questões envolvidas nesse plano e que devem ser frequentemente discutidas pela sociedade: a questão do enfrentamento ostensivo, com qual critério a polícia aborda os sujeitos usuários? Como o Estado fará as intervenções nos espaços sociais com intenso uso de crack e outras drogas? Além disso, há o apoio às comunidades terapêuticas. Essas comunidades poderiam ser consideradas manicômios modernos? Quem fiscaliza essas instituições muitas vezes vinculadas a cunho religioso? Seria a exclusão social a melhor forma de tratar um usuário de substância?

Em 2011 o Conselho Federal de Psicologia se manifestou contrariamente ao investimento do SUS nas comunidades terapêuticas, justamente por ser um modelo de tratamento baseado na privação de liberdade, negando o cuidado à saúde integral e universal do sujeito. Segundo o CFP (2011, p. 12):

Defendemos a internação como último recurso, tal como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira estabelece, quando for necessário, que seja breve, realizada em hospitais gerais de referência ou nos serviços especializados da Rede de Saúde, como os CAPS-AD. A falta histórica de leitos e de serviços para pessoas que usam drogas deve ser suprida com o devido investimento em tratamentos e intervenções efetivas como os CAPS e a Rede de Atenção à Saúde Mental Pública (Hospitais Gerais, Casas de Passagem, Residências Terapêuticas, UBSS, Consultório de Rua, entre outros) que ofereça tratamento voluntário, atendimento especializado, interação com a rede intersetorial, família e comunidade, atenção integral e respeito aos direitos humanos. Além disto, deve ser fortalecida a atenção primária, por meio da formação continuada de trabalhadores e da colaboração de equipes de matriciamento, para atuar de modo mais efetivo na prevenção e recuperação do uso abusivo de drogas.

Nesse mesmo ano (2011), o CFP também publicou o 4º Relatório de Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Essa inspeção foi realizada em 68 instituições de 24 estados brasileiros, mais o Distrito Federal. A conclusão deste documento aponta para inúmeras violações de direitos que envolvem desde a estrutura física precária (em diversas instituições que se propõem a tratar o uso de drogas) até a imposição de ruptura de laços afetivos e sociais e a prática compulsória de atividade religiosa, como recurso de tratamento. Em muitos locais

não existem profissionais, apenas religiosos e ex-usuários. Mesmo nos locais onde há psicólogos, médicos, assistentes sociais e equipe de enfermagem, estes estão submetidos aos princípios religiosos e morais que orientam este tipo de tratamento, que não se inscreve como cuidado em saúde, mas em prática social (CFP, 2011).

É um desafio tratar desse tema (e de todos os que envolvem a política de saúde mental) porque o movimento automático e imperativo da sociedade é excluir, segregar, tirar da frente dos olhos, esconder, punir, encarcerar. Afinal de contas não é simples arrancar raízes e plantar novos frutos, não é mesmo?

Geralmente quem viveu a experiência de ter um familiar usuário de substâncias psicoativas defende esse modelo de tratamento.



Reflita

Esse modelo, que defende que é preciso afastar do meio social que adoece, te lembra alguma coisa? Pínel? Desacorrentar e trancar, em nome da proteção e da cura?

O trabalho do psicólogo, e de todos os profissionais da política de saúde mental, é sempre delicado e permeado por desafios legais, sociais, morais e ideológicos. O psicólogo que atuar nesta política tem que ter como norte uma atuação baseada nos preceitos da reforma psiquiátrica, dos direitos humanos universais, da promoção da cidadania e do respeito à dignidade e à vida humana.

Enfrentar o modelo hegemônico do hospital e os estigmas de quem sofre na relação com o mundo é um campo que requer muita dedicação, estudo, pesquisa e aperfeiçoamento técnico. Em nome da ordem, a disciplina dos corpos e das mentes retoma com força total seu discurso secular. A psicologia sozinha não conseguirá enfrentar esses desafios. É preciso enlaçamento social entre profissionais, usuários, familiares e poder público. É preciso tecer na relação cotidiana uma rede que não aprisione, mas que acolha e que faça repousar o cuidado em saúde mental.



Faça você mesmo

Levante quantas Comunidades Terapêuticas há em seu município e quantas delas atuam a partir de concepções religiosas.

Sem medo de errar

Em seu trabalho como psicólogo de um CAPS III, você conheceu Sílvia, uma mulher que se recusa a fazer tratamento no CAPS, mas recentemente fez uma tentativa de suicídio devido à relação que possui com os irmãos, que não a desejam em casa, porque a consideram “louca”. Como procedemos diante dessa delicada questão, entendendo que a UBS também não pode ofertar o tratamento que ela demanda no momento? Como trabalhar a questão do vínculo? Como trabalhar com os familiares e lhes explicar sobre o sofrimento psíquico de Sílvia?

Lidar com a resistência é sempre muito delicado porque implica trabalhar com as fantasias, com os mitos, as ideias preconcebidas, ao mesmo tempo em que se busca ofertar atendimento ao sujeito. Como diz o ditado é “trocar a roda com o carro andando”. Não é tarefa simples, como você pode imaginar. É um duplo trabalho: assumir a responsabilidade do tratamento, ao mesmo tempo em que há uma negação de sua necessidade por parte da família e da jovem.



Atenção

O referenciamento é o trânsito do caso clínico a outro serviço, de forma responsável. Portanto, não é o simples encaminhamento do caso.

Assim como a UBS acionou o CAPS, em uma situação de impossibilidade na continuidade da oferta de tratamento para o caso, você pode utilizar a estratégia inversa, ou seja, você pode solicitar ajuda aos profissionais que atendiam Sílvia na UBS. A partir do vínculo que ela possui com o serviço, o trabalho é construído coletivamente. Por exemplo, o profissional de referência da UBS pode acompanhá-la em alguns atendimentos, ou, você pode começar atendendo na UBS e, aos poucos, ir apresentando o CAPS, desmistificando suas fantasias. Fundamental explicar também que o CAPS III possui leito, caso Sílvia necessite de cuidados intensivos. Precisa haver a delicadeza do encontro para que as resistências abram espaço para o trabalho terapêutico. É sempre importante descobrir as potencialidades dos sujeitos, seus desejos e necessidades para que o projeto terapêutico seja desenvolvido de forma que faça sentido estar em tratamento. O PTS deve envolver os familiares, tanto no acolhimento de suas questões e angústias, como para orientação. Em último caso, se a convivência familiar se mostrar insustentável e perigosa para a vida de Sílvia, a equipe do CAPS, juntamente com ela e com os familiares, poderão trabalhar com a inserção em residência terapêutica.



Segundo o CFP (2013), é fundamental a construção de um acolhimento efetivo (e afetivo) responsável, e que trabalhe no sentido de prover o vínculo entre o sujeito e a instituição. Muitas vezes o estabelecimento desse vínculo depende da forma como o sujeito foi abordado pela primeira vez no serviço.

Avançando na prática

Pratique mais	
Instrução Desafiamos você a praticar o que aprendeu transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois as compare com as de seus colegas.	
Comunidade Terapêutica: quem decide?	
Competência de fundamentos de área	Conhecer e atuar em Políticas e Programas de Saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	• Descrever o funcionamento dos CAPS; • Abordar a política de saúde mental infantojuvenil; • Problematicar a política de atendimento aos usuários de crack e outras drogas; • Apresentar os serviços residenciais terapêuticos; • Compreender o funcionamento do Programa de Volta para Casa; • Explicitar os desafios da psicologia na política de saúde mental da atenção básica.
3. Conteúdos relacionados	CAPS; Residência Terapêutica; Programa de Volta para Casa; Saúde Mental em UBS.
4. Descrição da SP	Você é psicólogo do dispositivo Consultório na Rua e acompanha um usuário de crack que também recebe apoio de uma instituição religiosa. Porém, o responsável por esta instituição conseguiu uma vaga para tratamento, por oito meses, em uma comunidade terapêutica. Você e a equipe do CR não concordam com esse encaminhamento. Como proceder?
5. Resolução da SP	A primeira ação que nós precisamos ter é: ouvir o desejo do sujeito. Por mais que o Conselho Federal de Psicologia se posicione de forma contrária ao atendimento em comunidade terapêutica, esse tratamento é um direito do cidadão. Não podemos permitir que o sujeito seja negligenciado em seu desejo e em sua escolha. Porém, é fundamental que você e os profissionais do CR problematizem com o sujeito, com a instituição e com todos os envolvidos, a questão do tratamento baseado

	na privação de liberdade. Não é convencer o sujeito a negar o tratamento, mas sim explicar a ele como o tratamento funciona e que a política de saúde mental, através do CAPSad e da estratégia de redução de danos também poderão auxiliar em seu cuidado em saúde
--	---



Lembre-se

Se for necessário, para atenção à crise, o sujeito poderá fazer uso do leito do CAPSad III (que funciona 24 horas) ou, na ausência deste, do leito em hospital geral.



Faça você mesmo

Entre em contato com o hospital geral de seu município – vinculado ao SUS – e pergunte quantos leitos para atenção à crise estão disponíveis. Você pode levantar esse dado com a secretaria de saúde também.

Faça valer a pena

1. Um dos caminhos para a reintegração social é o Programa de Volta para Casa. Esse benefício trata de:

- a) Ajudar o usuário egresso do hospital psiquiátrico a voltar para a família de origem.
- b) Contribuir para que o usuário egresso do hospital de custódia resgate a condição de moradia sem precisar cometer crimes.
- c) Pagamento mensal ao representante legal dos usuários egressos dos hospitais psiquiátricos ou de custódia.
- d) Pagamento mensal ao usuário egresso dos hospitais psiquiátricos ou de custódia e que não apresentam condição de desenvolver sua autonomia.
- e) Pagamento por tempo indeterminado ao sujeito egresso do hospital psiquiátrico ou de custódia.

2. A busca por resgate da dignidade humana inclui os SRT. O que são os serviços residenciais terapêuticos?

- a) São casas localizadas nos espaços próximos aos hospitais psiquiátricos.
- b) São casas assistidas localizadas nos espaços urbanos.
- c) São serviços que ofertam assistência domiciliar ao usuário que retornou para sua família de origem.
- d) São serviços residenciais que tem por objetivo substituir o tratamento terapêutico.
- e) São serviços desenvolvidos pelo CAPS e que oferecem leito de internação.

3. Dentro do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas está o investimento às Comunidades Terapêuticas. Qual o posicionamento do Conselho Federal de Psicologia sobre esse modelo de tratamento?

- a) A favor, pois oferece novo campo de atuação ao psicólogo.
- b) Nem a favor, nem contra, desde que o SUS fiscalize as instituições.
- c) O CFP é contrário somente quando as instituições ofertam tratamento religioso.
- d) Contrário, por oferecer tratamento privativo de liberdade.
- e) Contrário porque não compõe o Sistema Único de Saúde.

Seção 4.4

Saúde mental e outros temas de interesse da psicologia

Diálogo aberto

Chegamos à última seção desta unidade curricular. Você fez um grande percurso em diversos temas da psicologia e sua relação com as políticas públicas. Lembre-se de sempre se manter atualizado, pois é um campo muito amplo e em constante crescimento para a nossa categoria. Esteja sempre atento também às produções do CREPOP.

Agora, vamos tratar de alguns temas que não foram abordados ao longo das seções anteriores, mas que além de atuais estão intimamente relacionados à política de saúde e de assistência social. São eles: saúde mental no processo de migração e imigração; saúde mental nas identidades trans; saúde mental e adolescente em conflito com a lei.

Nesta última Situação-Problema imagine-se na seguinte situação: você, psicólogo de uma ONG que acolhe imigrantes estrangeiros, recebeu em atendimento um nigeriano que, fugindo dos ataques do grupo radical Boko Haram, veio com sua família para o Brasil. Esse sujeito relata que sofreu muitas perseguições em razão do radicalismo deste grupo. A família refugiada vive um importante conflito emocional, pois, não está conseguindo se adaptar à realidade brasileira, mas também não pode voltar ao país de origem. O que você faria para dar contorno a esse sofrimento? Como tratar sujeitos com culturas tão diferentes da nossa? Quais caminhos podem ser construídos e quais os desafios atuais para a nossa profissão?

Os objetivos desta seção estão vinculados a: abordar o tema da saúde mental de imigrantes refugiados no Brasil; compreender o conceito de identidades trans; ampliar o olhar para o fenômeno da adolescência em conflito com a lei; encontrar correlação entre os três temas desta unidade: imigrantes refugiados, identidade trans e adolescentes em conflito com a lei.

Não pode faltar

Um tema de grande importância para a psicologia, e que pouco espaço ganha no cotidiano da profissão, é a imigração, principalmente no que se refere aos refugiados – vítimas em tempo de intolerância e guerra.

Vamos apenas esclarecer dois conceitos: migrar é o ato de entrar ou sair de um país ou de um estado (em seu próprio país). Dentro do processo de migração nós temos a imigração, que é a entrada de pessoas em um país, cidade ou estado que não é de sua origem; e a emigração, que é a saída de um país, cidade ou estado de origem.



Exemplificando

Se eu nasci em São Paulo e me mudo para Minas Gerais, eu serei um imigrante em Minas Gerais e um emigrante em São Paulo. A mesma lógica vale para mudança de país. Se eu me mudo do Brasil para a França, eu serei um imigrante brasileiro na França e um emigrante brasileiro que reside na França.

As pessoas imigram por diversas razões: em busca de melhores oportunidades de trabalho, para estudar, para conhecer outras culturas e para fugir de guerras civis.

Toda mudança de cultura representa um impacto na condição emocional do sujeito. Existe um período de adaptação e reconhecimento da outra cultura. Quando a imigração passa por um desejo nosso, podemos supor que essa adaptação, embora difícil, é menos angustiante que a adaptação compulsória de quem não teve outra opção e precisou sair de sua casa, de seu país de origem. Então, refugiados devem ter uma atenção especial das políticas públicas brasileiras e da psicologia, enquanto ciência que estuda e acolhe o sofrimento e os fenômenos humanos.

Apenas voltando um pouco na história, o Brasil foi construído com base no processo de imigração. Começou com a colonização portuguesa. Quando o Brasil foi invadido, muitos portugueses por aqui se estabeleceram. Obviamente, não precisamos nem explorar muito, o processo de aculturação foi inverso: ao invés do povo que chegava se adaptar à cultura local, foram eles que aculturaram de forma violenta os indígenas que aqui viviam. O processo de introdução da religião, das vestimentas, da forma como deveriam se comportar, o uso de

armas para promover a coerção, enfim, são alguns dos elementos que indicam a violência gerada contra os povos nativos de nossa pátria. A partir daí outro processo de imigração compulsória se deu: a dos povos africanos, vendidos como escravos. Além de toda relação violenta entre o senhor do engenho e os negros escravizados, a população africana precisou também adaptar-se violentamente à cultura brasileira. Nessa época, o processo de sincronização ocorreu fortemente. Para não abandonar sua cultura, os negros passaram a sincronizá-la com a cultura brasileira/portuguesa. Então, por exemplo, quando em 2 de fevereiro se comemora o dia de Nossa Senhora dos Navegantes, as religiões de matrizes africanas comemoram o dia de Iemanjá. Iemanjá não é Nossa Senhora, mas foi sincronizada ao culto católico para que as raízes africanas não se perdessem no processo de aculturação.



Vocabulário

Aculturação: é o processo de modificação cultural que pode se dar a partir da convivência com determinada cultura (se eu vou morar no Japão é possível que eu modifique elementos da minha cultura para me adaptar à cultura japonesa), ou de forma violenta como ocorreu com os indígenas brasileiros.

No século XIX, no Brasil, a imigração europeia era intensa. Italianos, alemães, espanhóis, suíços e outros povos europeus, chegaram ao Brasil para trabalhar, principalmente na lavoura de café que carecia de mão de obra após a abolição da escravidão (em 1888). Depois, mais adiante, no início do século XX, a imigração japonesa também se intensificou. Hoje, o Brasil é o país que abriga a maior população japonesa, fora do Japão.

As imigrações, como nos lembra Schulze (2014), são parte também do processo de globalização.



Refleta

Mas, como cuidar das pessoas que emigram em consequência da violência de seus países de origem?

Segundo o CFP (2015), no Brasil, o número de refugiados chegou a 7.289, em 2014, sendo os sírios a maioria (23%), seguidos por refugiados da Colômbia, Angola e da República do Congo. O país tem uma política externa voltada para os princípios humanitários, mas paradoxalmente não está organizado para receber estrangeiros

refugiados. Na área da assistência social, por exemplo, a inserção em benefícios de transferência de renda é delicada, vagas em creches e escolas muitas vezes são impossíveis. Além disso, a atual crise financeira acirra a disputa por emprego entre os brasileiros e os estrangeiros e potencializa ações de ódio e intolerância.

Algumas iniciativas têm sido tomadas para ofertar o mínimo a quem já viveu muitas violações até chegar aqui. Um exemplo foi a criação da Casa de Passagem Terra Nova, gerida pela Secretaria Estadual de Desenvolvimento do Estado de São Paulo. Essa instituição conta com assistente social, psicólogo, pedagoga e advogado. Com capacidade para acolher 50 pessoas, por até 60 dias, os moradores recebem orientações, aulas de português e auxílio na busca por emprego e vaga em escolas. O primeiro atendimento é realizado pela assistente social. Em seguida, o psicólogo realiza atendimento, ofertando escuta e trabalhando as expectativas dos sujeitos. Em alguns casos são realizados encaminhamentos para serviços de saúde mental. Os motivos da imigração desta população estão relacionados às guerras civis, genocídios, perseguições religiosas e políticas, violências sexuais e de gênero, incluindo a questão da homossexualidade. Muitos dos refugiados possuem ensino superior e viviam em boas condições sociais em seu país de origem. Para recomeçar, submetem-se a situações inferiores a que viviam (CFP, 2015).

Segundo a psicóloga Maria de Fátima, o papel da psicologia no processo de adaptação do sujeito refugiado é ofertar acolhimento, ajudar na elaboração de sentimentos e enxergar suas potencialidades e perspectivas, além do combate a xenofobia e racismo (CFP, 2015). Outro trabalho delicado é com as crianças que chegam traumatizadas por causa da violência vivida em seu país de origem.

Além de aprender uma nova língua, romper com laços territoriais, elas enfrentam também a desconfiança em relação ao outro e com isso apresentam importante sofrimento psíquico.



Pesquise mais

Veja a reportagem que aborda o tema dos refugiados nigerianos no Brasil: CAMPOS, Amanda. **IG São Paulo**. Brasil vira destino de nigerianos em fuga do Boko Haram. Disponível em: <<http://ultimosegundo.ig.com.br/mundo/2015-07-18/brasil-vira-destino-de-nigerianos-em-fuga-do-boko-haram.html>>. Acesso em: 11 mar. 2016.

Para Achotegui (2009 *apud* KNOBLOCH, 2015), muitos imigrantes vão adoecer no processo de deslocamento, em razão do nível alto de estresse que acaba também comprometendo a adaptação. Mas para o autor, a imigração em si não é a causa do transtorno mental, mas um fator de risco, uma vulnerabilidade, já que envolve uma série de perdas, traumas e luto.

Mas, não podemos permitir que a questão das vulnerabilidades nos retire a atenção sobre um outro tema: o das políticas públicas que também podem produzir desigualdades. A questão da precariedade da oferta de cuidados, a intolerância, a ausência de acolhimento digno também impacta na saúde mental dos refugiados.

O desafio, segundo Knobloch (2015) é formar profissionais da saúde capacitados para lidar com pessoas de diversos contextos culturais, ampliando a forma de cuidar, valorizando o conhecimento do outro que se refugia e não estabelecendo com ele uma relação assimétrica e de poder.



Reflita

Como atuar no cuidado considerando a diferença cultural sem procurar intervir para que o sujeito se adapte à nossa realidade perdendo suas raízes? Como não promover uma aculturação violenta aos imigrantes e refugiados?

É preciso cuidar para que não se crie um movimento de patologização dos imigrantes e refugiados, respeitando suas histórias, suas culturas e promovendo a inserção social digna.

Você percebe que a situação dos refugiados é muito semelhante à situação dos egressos dos hospitais psiquiátricos que são reinseridos na sociedade? O egresso do hospital psiquiátrico também viveu processos de aculturação e precisa voltar a se adaptar à realidade social. Além disso, ele adquiriu comportamentos que devem ser compreendidos em seu contexto macro e não patologizado ou segregado por ser diferente. O mesmo ocorre com os imigrantes.



Faça você mesmo

Separe quatro reportagens que abordem o tema dos refugiados no Brasil. Leia-as com atenção e identifique situações que podem ser geradoras de sofrimento psíquico.

Outro tema muito delicado e que deve ser cada vez mais apropriado pela psicologia é a questão das identidades trans. Essa população analogicamente também busca refúgio da violência a que estão submetidos, mas em sua própria cultura. Qual a realidade dessas pessoas? Como a psicologia pode ofertar refúgio à subjetividade humana?

O movimento LGBT tem tomado cada vez mais corpo e intensificado sua luta contra todas as formas de discriminação relacionadas à orientação sexual e as identidades de gênero. Segundo o CRP/SP (2011), LGBT é uma sigla que designa Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (às vezes ela é descrita como LGBTTT). Em muitos locais o “T” também se refere aos transgêneros (crossdressers, drag queens, transformistas entre outros).

Peres e Toledo (2011, p. 79) esclarecem que travestis são pessoas que se “identificam com as imagens e estilos de gêneros (masculino e feminino) contrários ao seu sexo biológico (machos e fêmeas), que desejam se apropriar de indumentárias e adereços dessas estéticas”, além disso, realizam também transformações corporais com próteses, correção estética, mas não há a cirurgia de mudança de sexo biológica, como ocorre com os transexuais. Os transexuais são pessoas que “não se identificam com seus genitais biológicos (e suas atribuições socioculturais) podendo, às vezes, utilizar da cirurgia de transgenitalização (mudança de genital, de pênis para vagina ou vice-versa) para construir suas expressões de gênero”. E, por fim, os transgêneros são pessoas que “temporariamente se caracterizam como o sexo oposto, na maioria das vezes com finalidades artísticas, lúdicas ou eróticas” (PERES; TOLEDO, 2011, p. 79).

É fundamental destacar que ao se dirigir a uma travesti ou transexual temos de fazer referência a sua identidade de gênero e não ao sexo biológico. Outro ponto importante é que as relações estabelecidas entre uma travesti e um homem, ou entre um transexual masculino e uma mulher são consideradas heterossexuais e não homossexuais, justamente por se basear na identidade de gênero.

O movimento político brasileiro em defesa aos direitos homossexuais data entre 1981 e 1982, quando ocorrem campanhas nacionais coordenadas pelo Grupo Gay da Bahia para retirar a homossexualidade do Código de Doenças do INAMPS. Nesse momento começa a luta pela despatologização da homossexualidade. Outra mudança importante é a adoção do termo “orientação sexual”, ao invés de opção sexual. O

termo orientação afirma que não se trata de uma escolha voluntária e nem de uma determinação simples (FACHINI, 2011).

A homossexualidade deixou de ser categoria psicopatológica, mundialmente, há mais de 25 anos (em 1990).

Ainda não avançamos no que diz respeito às identidades transgêneras. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) descreve o ‘transtorno de identidade de gênero’ como sendo caracterizado pela “forte e persistente identificação com o gênero oposto, que consiste no desejo de ser, ou a insistência do indivíduo de que ele é do sexo oposto”, havendo também “a persistência de um desconforto com o próprio sexo” (DSM-IV-TR, 2002, p. 547). Em 2013 esse manual passou por reformulação, alterando o termo ‘transtorno de identidade de gênero’ para “disforia” de gênero, que expressa o sofrimento causado pela incompatibilidade entre o sexo biológico e a identidade de gênero (ARAUJO; LOTUFO NETO, 2014). Nessa reclassificação está posto que: uma vez que o sujeito vivencia a incompatibilidade entre o sexo biológico e sua identidade de gênero, ele necessariamente viverá sentimentos relacionados à ansiedade e depressão (como uma condição *sine qua non*). Mas será que todas as pessoas que não se identificam com seu sexo biológico sofrem? Então, o oposto seria considerar que os heterossexuais não sofrem, uma vez que há compatibilidade entre o biológico e o gênero? Eis aqui a manutenção do conteúdo patológico.



Vocabulário

Disforia = “sentimento generalizado de ansiedade e depressão” (CABRAL; NICK, 2001, p. 80).

Sine qua non = termo latino que significa ‘sem o qual não’, ou seja, é indissociável.



Assimile

Travestis são pessoas que se identificam com as imagens e estilos de gêneros contrários ao seu sexo biológico, que desejam se apropriar de roupas e adereços desse outro gênero. Os transexuais são pessoas que não se identificam com seus genitais biológicos podendo, às vezes, utilizar da cirurgia de transgenitalização para construir suas expressões de gênero. Os transgêneros são pessoas que temporariamente se caracterizam como o sexo oposto, na maioria das vezes com finalidades artísticas, lúdicas ou eróticas.

O Conselho Federal de Psicologia iniciou em 2015 uma campanha a favor da despatologização das identidades transexuais e travestis. O órgão criou, inclusive, um canal no YouTube dedicado a esta temática: Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=61wUFoU8SOs>>.

Para o CFP, a psicologia tem o desafio de garantir à população trans o respeito à dignidade e acesso aos serviços públicos de saúde (CFP, 2013).

O trabalho do psicólogo deve se pautar na integralidade do atendimento psicológico e na humanização da atenção. A assistência psicológica tem por objetivo promover a autonomia, a partir de informações sobre a diversidade de gênero e sobre os benefícios e riscos dos procedimentos de modificação corporal e social, mas jamais orientar para um modelo patologizado ou corretivo (CFP, 2013).

Mas, ainda assim, no contexto de um país religioso e machista, há muitas práticas que favorecem a discriminação de pessoas homossexuais, inclusive por parte dos psicólogos.

Em 1999 o CFP criou uma resolução para tratar justamente desta questão. A Resolução CFP nº 001/1999 aponta que os profissionais não exercerão qualquer ação que favoreça a patologização de comportamentos ou práticas homoeróticas e não adotarão qualquer medida que oriente tratamento para homossexuais, se esta não for solicitada por ele.

Essa resolução visa coibir o movimento da 'cura gay'. Psicólogos estavam associados a essa prática e foram alvos de denúncias de movimentos de defesa dos direitos humanos homossexuais (CFP, 2015b).

Quando um sujeito homossexual procura por atendimento psicológico pedindo para "ser curado", o psicólogo deve compreender, junto com ele, o que de fato o angustia, entender o porquê desse pedido e a partir daí trabalhar seus conflitos e sofrimentos.

A homofobia, a travestifobia, a transfobia, lesbofobia, gayfobia, bifobia e todas as fobias relacionadas às questões de gênero devem ser enfrentadas e combatidas. Essas questões devem ser objetos de tratamento da psicologia, e não só na ordem do individual, porque elas representam uma construção coletiva, histórica, social, política.

E você, como lida com essa questão?



Sobre o tema, leia abaixo o artigo.

BENTO, Berenice; PELUCIO, Larissa. Despatologização do gênero: a politização das identidades abjetas. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 20, n. 2, p. 559-568, ago. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2012000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2016.

Por fim, fazendo conexão com o tema dos preconceitos e discriminação, vamos abordar o último conteúdo desta unidade curricular: adolescentes em conflito com a lei. Quem são? Por que são? Como olhar para o fenômeno dos atos infracionais a partir de uma perspectiva de saúde, e não somente jurídica?

Segundo o psicólogo Jorge Broide, em entrevista ao jornal de psicologia, do ponto de vista clínico o ato infracional é um sintoma de que algo não pode ser dito, de que algo não foi escutado e de que algo não foi compreendido na vida desse adolescente. Nessa mesma entrevista, Rodrigo Pereira, Beatriz Saks Hahne e Danielle Tsuchida, psicólogos do Instituto Sou da Paz, afirmam que o ato infracional envolve diversos aspectos do universo jovem relacionados à ruptura de regras, a sensação de liberdade, à fantasia de potência (CRP, 2015).

Winnicott, psicanalista que se debruçou fortemente sobre a situação da transgressão juvenil, afirma que as crianças que foram privadas de uma vida familiar suficientemente boa poderão buscar estabilidade sob a forma de um “reformatório ou, como último recurso, das quatro paredes de uma prisão” (WINNICOTT, 2005, p. 134 *apud* PICIRILLI *apud* TELLES, 2015).

Na teoria winnicottiana o sujeito é compreendido como possuidor de uma tendência inata para o amadurecimento. Porém, é uma tendência que precisa encontrar sustentação no ambiente (familiar, primeiramente). Se esse ambiente falha de forma recorrente, o sujeito buscará o preenchimento dessa falha ao longo da vida. Uma das buscas pode estar relacionada ao ato infracional. Para o autor, a criança que não encontrou no lar um sentimento de segurança (logo nos seus primeiros anos de vida) buscará fora, nas quatro paredes de uma instituição, a estabilidade externa sem a qual poderá enlouquecer (WINNICOTT, 2005, p. 130 *apud* PICIRILLI *apud* TELLES, 2015).

Portanto, compreender o ato infracional para além de um ato equivalente ao crime cometido por um adulto é também entender que os adolescentes em conflito com a lei, privados ou não de liberdade, devem ter acesso ao cuidado em saúde mental, devem ser tratados com respeito e dignidade e não reduzidos ao delito cometido. Cuidar de adolescentes em situação de conflito com a lei é problematizar a questão da violência juvenil, da sociedade consumista que impõe modelos impossíveis de serem superados; é considerar a adolescência como fase de transição que merece ser mais bem acolhida; é compreender que a agressividade muitas vezes é expressão de angústia e deve ser traduzida. Mas, para isso, é preciso desconstruir estigmas e preconceitos em relação à violência juvenil.

O Instituto 'Sou da Paz' desenvolveu pesquisas que apontam que "o vínculo com a cultura do crime era percebido como uma alternativa existencial e uma possibilidade instrumental e concreta de acesso ao consumo, além de uma forma de pertencer a um grupo e ser incluído em seu meio social" (CRP, 2015, p. 13).

Além disso, outro ponto fundamental a ser olhado é a questão das classes sociais. Basta olharmos no jornal: o rico que comete ato infracional é chamado de adolescente e o pobre de menor infrator. Menor infrator é um termo que deve ser desconstruído, pois indica uma condição de inferioridade e condição de subjugado. Quando nos referimos aos sujeitos com menos de 18 anos e que cometem atos infracionais precisamos dizer adolescentes em conflito com a lei, adolescentes em ato infracional. Desconstruir esse estereótipo também é função do psicólogo e do estudante de psicologia.

Segundo a psicóloga Danielle Tsuchida, quando o adolescente de classe média comete um delito ele é entregue aos pais, quando um adolescente pobre comete um delito ele é entregue à polícia (CRP, 2015). É a criminalização da pobreza, que deve ser enfrentada e combatida em nossa sociedade.

O atendimento ao adolescente em conflito com a lei deve incluir a compreensão de todo contexto histórico. O psicólogo é um profissional que acompanha esses jovens diretamente, quer seja dentro das Fundações CASA, quer seja nos serviços de medidas socioeducativas em meio aberto, ou nos serviços de saúde mental infantojuvenil.

Para nortear o trabalho da categoria, em 2010, o CREPOP lançou o Manual de Referências Técnicas para a atuação do psicólogo no

âmbito das medidas socioeducativas em unidades de internação; e, em 2012, a atuação do psicólogo no âmbito das medidas socioeducativas em meio aberto.

O primeiro documento afirma que o psicólogo deve considerar a subjetividade do adolescente e produzir intervenções a partir de compromisso ético-político preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pelas normativas internacionais. Sua prática é interdisciplinar, porém cuidadosa com a questão do sigilo dos atendimentos.

Como não são incomuns os maus tratos contra adolescentes nas unidades de internação, o psicólogo não pode omitir-se e negligenciar as violências perpetradas. Além disso, em sua relação com o Poder Judiciário, o profissional deve se basear na qualificada fundamentação teórica, sem submeter-se a uma relação subserviente (ou seja, o profissional não pode se submeter a nenhuma categoria, de forma a se tornar inferior, sendo uma construção coletiva). Ao emitir um relatório, este deve estar em conformidade com a Resolução CFP 007/2003, que institui o Manual de Elaboração de Documentos Escritos e deve ofertar subsídios às decisões jurídicas, e não se ocupar de julgamentos morais (CFP, 2010).

Ainda segundo o Manual de Referências Técnicas, a atuação do psicólogo não deve se limitar a produção de pareceres ou relatórios (função de grande demanda da categoria), mas também intervir de forma diversa no atendimento ao adolescente (através de atendimentos individuais, oficinas, atendimentos de grupo, etc.). Ao profissional cabe também intervir na dinâmica institucional, no apoio e suporte aos demais trabalhadores buscando a qualidade de atendimento ao adolescente e sua família (CFP, 2010).

A privação de liberdade deve ser aplicada pelo Juiz somente em última instância. As medidas em meio aberto devem ser privilegiadas. São elas: Prestação de Serviço à Comunidade (PSC) e Liberdade Assistida (LA).

O trabalho da psicologia deve envolver a proposição de questões que levem à reflexão, por parte do adolescente, sobre a medida que está sendo cumprida, cuidando para que a lógica da punição não seja reproduzida nesta relação (CFP, 2012).

No desenvolvimento da PSC o adolescente é convocado para um espaço organizado pelo trabalho. Para isso, o ambiente deve trabalhar

a potencialidade dos sujeitos e o psicólogo deve trabalhar em conjunto com o orientador de medida. A LA inclui o acompanhamento da vida social do adolescente (escola, trabalho, família, serviço de saúde, etc.). Acolher, acompanhar histórias, desenvolver um Plano Individual de Atendimento (PIA), que respeite o sujeito e trabalhe suas potencialidades, são funções da psicologia (CFP, 2012). Além disso, todo o trabalho deve ser desenvolvido em equipe interdisciplinar.



Refleta

O que há em comum entre: a condição de imigrantes refugiados, os sujeitos com identidades trans e os adolescentes em conflito com a lei?

Essas três realidades se encontram em diversas perspectivas. Uma delas diz respeito ao fato da sociedade, muitas vezes, segregar, julgar, condenar e ter atitudes discriminatórias, intolerantes e criminosas em relação a todos esses sujeitos. Outro ponto: são pessoas que em muitos momentos vivenciam sofrimento psíquico promovido pelas inúmeras violações de direitos e violências sociais, morais, econômicas, culturais, religiosas. São também pessoas marginalizadas e excluídas para os quais as políticas públicas e a psicologia precisam se dedicar, acolher e cuidar.

Não se esqueça de que a promoção de cidadania, a promoção de saúde, o acolhimento do sofrimento, o enfrentamento a toda forma de negligência, violência, crueldade e opressão são partes indissociáveis da conduta do profissional de psicologia.

Encerre sua unidade curricular aqui, mas não finde seus estudos sobre as múltiplas formas de sofrimento e expressões humanas. Esteja sempre em busca de conhecimento, ampliando seu entendimento e superando os modelos preestabelecidos pelas moralidades sociais.

Sem medo de errar

Nesta última Situação-Problema você conheceu um imigrante nigeriano que se refugiou no Brasil, com sua família, devido à situação de guerra civil vivenciada em seu país. Mas, a adaptação não tem sido fácil e então, o que você pode fazer para dar contorno a esse sofrimento? Como tratar sujeitos com culturas tão diferentes da nossa? Quais caminhos podem ser construídos e quais os desafios atuais para a nossa profissão?

Algumas ações fazem parte do trabalho da psicologia em relação ao atendimento de refugiados, como: acolher a angústia, auxiliar na

elaboração de sentimentos, trabalhar as perspectivas e as expectativas dos sujeitos, considerando sua cultura e suas tradições, respeitando as diferenças e combatendo a xenofobia e o racismo; se necessário, promover o encaminhamento para serviços de saúde mental.



Atenção

Além de aprender uma nova língua, romper com laços territoriais, os refugiados, principalmente as crianças, enfrentam também a desconfiança em relação ao outro e com isso apresentam importante sofrimento psíquico.

É importante articular as políticas públicas e desenvolver um trabalho interdisciplinar, pois os desafios são muitos e envolvem: o despreparo do país no acolhimento aos refugiados, dificultando o acesso à educação e aos benefícios sociais; a necessidade de formação profissional capacitada para lidar com pessoas de diversos contextos culturais, ampliando a forma de cuidar, valorizando o conhecimento do outro que se refugia e não estabelecendo com ele uma relação assimétrica e de poder; cuidar para que não se crie um movimento de patologização dos imigrantes e refugiados.



Lembre-se

Para Achotegui (2009 *apud* KNOBLOCH, 2015), muitos imigrantes vão adoecer no processo de deslocamento, pelo motivo do nível alto de estresse que acaba também comprometendo a adaptação. Mas para o autor, a imigração em si não é a causa do transtorno mental, mas um fator de risco, uma vulnerabilidade, já que envolve uma série de perdas, traumas e luto.

Perceba que as ações que envolvem o atendimento aos imigrantes refugiados também devem ser aplicadas aos sujeitos que sofrem devido à discriminação e violência relacionada às identidades trans e, também, aos adolescentes em conflito com a lei. O que isso nos aponta? Primeiro, que são técnicas indissociáveis da prática psicológica; e segundo, que é também indissociável da prática do psicólogo o acolhimento e o cuidado a todos os sujeitos que vivenciam a patologização de suas vidas em razão de seus comportamentos, culturas e histórias. É preciso lutar contra toda a forma de patologização da vida, permitindo que a diversidade humana possa transitar por nós com naturalidade. Em relação aos adolescentes em conflito com a lei, isso não significa aceitar a violação do direito do outro. Sem dúvida, deve haver uma responsabilização pelo ato infracional. Mas, significa ser necessário

compreender esses atos para além da criminalização e compreender esses jovens, em suas histórias de vida e em seus contextos, superando a lógica da categorização patológica.

Avançando na prática

Pratique mais	
Instrução Desafiamos você a praticar o que aprendeu transferindo seus conhecimentos para novas situações que pode encontrar no ambiente de trabalho. Realize as atividades e depois as compare com as de seus colegas.	
Despatologizando as diferenças	
Competência de fundamentos de área	Conhecer e atuar em Políticas e Programas de Saúde.
2. Objetivos de aprendizagem	• Abordar o tema da saúde mental de imigrantes refugiados no Brasil; • Compreender o conceito de identidades trans; • Ampliar o olhar para o fenômeno da adolescência em conflito com a lei; • Encontrar correlação entre os três temas desta unidade: imigrantes refugiados, identidade <i>trans</i> e adolescentes em conflito com a lei.
3. Conteúdos relacionados	Saúde mental no processo de migração e imigração; saúde mental nas identidades trans; saúde mental e adolescente em conflito com a lei.
4. Descrição da SP	Marília lhe procura para atendimento psicoterápico porque apresenta importante sofrimento psíquico. Diz querer curar-se de sua condição homossexual e conseguir construir relações afetivas com homens. Marília afirma que não aguenta mais a pressão da família e que já foi agredida na rua por estar de mãos dadas com sua namorada. Você percebe que há importante adoecimento devido a essa situação e resolve traçar um projeto de intervenção. Qual seria esse projeto?
5. Resolução da SP	Primeiramente é preciso entender profundamente a causa do sofrimento, ajudando o sujeito em sua emancipação e enfrentamento dos preconceitos e estigmas sociais. É preciso desconstruir a ideia de cura, uma vez que a homossexualidade não é doença. Além disso, precisamos ampliar nosso olhar para questão homoafetiva, compreendendo que toda a diversidade de gênero e os preconceitos a ela relacionados passam por construções sociais, políticas e históricas que também devem ser objetos de intervenção da psicologia.



Lembre-se

A Resolução CFP nº 001/1999 aponta que os profissionais não exercerão qualquer ação que favoreça a patologização de comportamentos ou práticas homoeróticas e não adotarão qualquer medida que oriente tratamento para homossexuais, se esta não for solicitada por ele (CFP, 1999). Além disso, não deve exercer nenhum procedimento corretivo (CFP, 2013).



Faça você mesmo

Pesquise na internet se em seu município há instituído movimentos sobre a diversidade de gênero. Identifique as frentes de luta desse grupo e, se possível, questione-os sobre os maiores desafios enfrentados pelo movimento atualmente.

Faça valer a pena

1. O Brasil possui uma política de acolhimento aos imigrantes refugiados. Qual o papel da psicologia neste contexto?

- a) Encaminhar para serviços de saúde mental.
- b) Ofertar escuta, identificar demanda para encaminhamento, se necessário.
- c) Articular vaga em creches ou benefícios de transferência de renda.
- d) Identificar os sujeitos com estresse pós-traumático devido ao processo de imigração.
- e) Auxiliar na contagem dos imigrantes que entram ilegalmente no país e passam por atendimento.

2. Segundo o CRP/SP (2011), LGBT é uma sigla utilizada pelos movimentos relacionados à orientação sexual e identidade de gênero. O 'T' indica, também, os transexuais, que são:

- a) Pessoas que se identificam com as imagens e estilos contrários ao seu sexo biológico.
- b) Pessoas que se caracterizam temporariamente como o sexo oposto.
- c) Pessoas que se relacionam com outras do mesmo sexo, construindo uma relação homossexual.
- d) Pessoas que não se identificam com seus genitais biológicos e com suas atribuições culturais.
- e) Pessoas que possuem transtorno mental.

3. O menor infrator é uma pessoa que expressa sua angústia através do ato infracional e que também encontra na cultura do crime uma forma de pertencimento a um grupo social. O que há de errado nesta frase?

- a) Nada, a frase está correta e indica a realidade que vivemos.
- b) O menor não busca no crime um lugar de pertencimento, mas uma forma de responder ao consumo desenfreado da sociedade.
- c) A angústia provoca sofrimento psíquico, e não ato infracional.
- d) Esse conceito se refere ao adolescente de classe média, e não ao adolescente com condições financeiras precárias.
- e) A forma como o adolescente está sendo chamado.

Referências

AMARANTE, Paulo. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 61-77, out. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701994000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 fev. 2016.

_____. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARAUJO, Álvaro Cabral; LOTUFO NETO, Francisco. A nova classificação americana para os transtornos mentais – o DSM-5. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, v. 16, n. 1, p. 67-82, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v16n1/v16n1a07.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

DSM-IV-TR - Associação Psiquiátrica Americana. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

BOCK, Ana. A psicologia no Brasil. **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v. 30, n. spe, p. 246-271, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000500013&lng=en&nrm=i>. Acesso em: 9 fev. 2016.

BRASIL. **Caderno Saúde Mental na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final III Conferência Nacional de Saúde Mental**: cuidar sim, excluir não. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 9 fev. 2016.

_____. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 21 maio 2010. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 16 mar. 2016.

_____. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas**: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

_____. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003a. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. **Diário Oficial da União**, 1º ago. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.708.htm>. Acesso em: 16 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Programa de volta para casa**: liberdade

e cidadania para quem precisa de cuidados em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prog_volta_para_casa.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2016.

----- **Portaria/GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Estes serviços passam a ser categorizados por porte e clientela, recebendo as denominações de CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad. Documento fundamental para gestores e trabalhadores em saúde mental. Disponível em: <<http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria336.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

CABRAL, Álvaro; NICK, Eva. **Dicionário técnico de psicologia**. 11. ed. São Paulo: Cultrix, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências técnicas para atuação de psicólogos no âmbito das medidas socioeducativas em unidades de internação**. Brasília: CFP, 2010.

----- **Inspeções aos manicômios**. Relatório Brasil 2015. Brasília: CFP, 2015. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2015/12/CFP_Livro_InspManicomios_web.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2016.

----- **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

----- Documentos. **Nota técnica sobre processo transexualizador e demais formas de assistência às pessoas trans**. Brasília: CFP, 2013. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/documentos/nota-tecnica-sobre-processo-transexualizador-e-demaais-formas-de-assistencia-as- pessoas-trans/>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

----- **Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA (CRP). Legislação. **Manifestação do CRP/SP contra o investimento do SUS nas comunidades terapêuticas**. São Paulo: CRP, 2011. Disponível em: <<http://www.crp.org/site/legislacao-interna.php?legislacao=123>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

----- Braços abertos aos refugiados. **Jornal Psi**, n. 185, out./nov./dez. 2015a.

----- O desafio de despatologizar a sexualidade. **Jornal Psi**, n. 185, out./nov./dez. 2015b.

_____. **A psicologia e sua interface com o atendimento integral à saúde mental.** São Paulo: CRP, 2010. (Série Comunicação Popular CRP/SP). Disponível em: http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/cartilhas/saude_mental/crp_saude_mental.pdf. Acesso em: 16 mar. 2016.

EMERIM, Marcele de Freitas; SOUZA, Mériti de. Ninguém esquece uma coisa dessas: problematizações sobre parricídio e hospitais de custódia. **Psicologia & Sociedade**, v. 28, n. 1, p. 171-180, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v28n1/1807-0310-psoc-28-01-00171.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

FACHINI, Regina. **Psicologia e diversidade sexual.** Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região – São Paulo: CRP/SP, 2011. Disponível em: <http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/cadernos_tematicos/11/frames/fr_historico.aspx>. Acesso em: 16 mar. 2016.

FIGUEIRÊDO, Marianna Lima de Rolemberg; DELEVATI, Dalnei Minuzzi; TAVARES, Marcelo Goes. Entre loucos e manicômios: história da loucura e a reforma psiquiátrica no Brasil. **Ciências Humanas e Sociais**, Maceió, v. 2, n. 2, p. 121-136, nov. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitshumanas/article/view/1797/1067>>. Acesso em: 9 fev. 2016.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura.** Tradução: José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1972.

JIMENEZ, Luciene. Psicologia na Atenção Básica à Saúde: demanda, território e integralidade. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n. spe, p. 129-139, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 mar. 2016.

JULIANI, Carmen Maria Casquei Monti; CIAMPONE, Maria Helena Trench. Organização do sistema de referência e contrarreferência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 323-33, dez. 1999.

KNOBLOCH, Felicia. Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 169-174, ago. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642015000200169&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2016.

MELLO FILHO, J. **Psicologia médica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

NUNES FILHO, Eustachio Portella; BUENO, João Romildo; NARDI, Antonio Egidio. Breve história da psiquiatria. In: _____. **Psiquiatria de saúde mental: conceitos clínicos e terapêuticos.** São Paulo: Atheneu, 2005.

OLIVEIRA, William Vaz de. A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria. **Hist. Cienc. Saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 141-154, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702011000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 9 fev. 2016.

PERES, Wiliam Siqueira; TOLEDO, Livia Gonsalves. Dissidências existenciais de gênero: resistências e enfrentamentos ao biopoder. **Psicologia Política**, v. 11, p. 261- 277, 2011.

PICIRILLI, Cláudia Capelini. Fundação CASA: a delicadeza da espera terapêutica. In: TELLES, Glaucia (org). **Clínica de psicologia para recém-formados**: a experiência inicial sob os cuidados de abordagens maduras. Campinas: do Autor, 2015.

SCHULZE, Frederik. A constituição global da nação brasileira: questões de imigração nos anos 1930 e 1940. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 237-246, mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100237&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 mar. 2016.

VENÂNCIO, Ana Tereza. Da colônia agrícola ao hospital-colônia: configurações para a assistência psiquiátrica no Brasil na primeira metade do século XX. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, supl.1, p. 35-52, dez. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18s1/03.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2016.

Anotações

[illegible]

Anotações

Anotações

[illegible]

Anotações

[illegible]

ISBN 978-85-8482-449-6



9 788584 824496 >