

# PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS: AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NO RIO GRANDE DO SUL

Relatórios regionais das pesquisas do CREPOP

Organização:  
Carolina dos Reis  
Vera Lucia Pasini



**CRP**  
RS

CONSELHO REGIONAL  
DE PSICOLOGIA  
DO RIO GRANDE DO SUL



**CREPOP**  
Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas

Carolina dos Reis  
Vera Lucia Pasini  
(organizadoras)

**Psicologia e Políticas Públicas:**  
**As práticas profissionais no Rio Grande do Sul**  
Relatórios regionais das pesquisas do CREPOP

1ª Edição  
Porto Alegre, 2013  
Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul

**Organização:**

Carolina dos Reis  
Vera Lucia Pasini

**Revisão:**

ZAP Multimídia

**Diagramação:**

Carolina dos Reis  
Nádia Miola

**Capa:**

Yasmine Fernandes Maggi

P974

Psicologia e Políticas Públicas: as práticas profissionais no Rio Grande do Sul –  
Relatórios regionais das pesquisas do CREPOP [recurso eletrônico] / org.  
Carolina dos Reis e Vera Lúcia Pasini. – Porto Alegre: Conselho  
Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2013.

Formato: ePub.

Requisitos do sistema: Adobe Digital Editions.

Modo de acesso: World Wide Web.

ISBN: 978-85-67564-00-5

1. Psicologia – Políticas Públicas – Rio Grande do Sul – Relatórios.  
2. Psicólogos – Rio Grande do Sul – atuação profissional. I. Conselho Regional de  
Psicologia do Rio Grande do Sul. II. Centro de Referência Técnica em Psicologia e  
Políticas Públicas. III. Título.

Catálogo na fonte: Paula Pêgas de Lima CRB 10/1229

Porto Alegre, 24 de setembro de 2013.

## **Gestão ComPosição (2010 – 2013)**

### **Conselheiros efetivos**

Vera Lúcia Pasini  
Loiva dos Santos Leite  
Vânia Roseli Correa de Mello  
Dirce Terezinha Tatsch  
Maria de Fátima B. Fischer  
Alexandra Maria C. Ximendes  
Adolfo Pizzinato  
Luciana Knijnik  
Melissa Rios Classen  
Roberta Fin Motta  
Tatiana Baierle  
Lutiane de Lara  
Rosa Veronese

### **Conselheiros suplentes**

Bianca Sordi Stock  
Daniela Deimiquei  
Deise Rosa Ortiz  
Elisabeth Mazon Machado  
Janaína Turcato Zanchin  
Leda Rubia C. Maurina  
Nelson Eduardo E. Rivero  
Pedro José Pacheco  
Rafael Wolski de Oliveira  
Sinara Cristiane Três  
Thêmis Bárbara A. Trentini  
Vânia Fortes de Oliveira  
Vivian Roxo Borges

### **Conselho Editorial do CRPRS**

|                                  |                         |
|----------------------------------|-------------------------|
| Dr. Adolfo Pizzinato             | Dr. Pedro José Pacheco  |
| Dra. Analice de Lima Palombini   | Dra. Vera Lúcia Pasini  |
| Dr. Nelson Eduardo E. Rivero     | Dra. Vivian Roxo Borges |
| Dra. Neuza Maria de F. Guareschi |                         |

## Sumário

|  |            |
|--|------------|
| <b><i>Apresentação - Caminhos investigativos para a construção de referências técnicas</i></b> .....                       | <b>6</b>   |
| <b><i>Relatórios Regionais das Pesquisas do CREPOP/RS (2010 – 2013)</i></b> .....  | <b>26</b>  |
| <b>Pesquisas realizadas em 2010</b> .....  | <b>27</b>  |
| <b>Ciclo 1:</b> Atuação das(os) Psicólogas(os) nos Serviços Hospitalares do SUS.....                                       | 28         |
| <b>Ciclo 2:</b> Atuação das(os) Psicólogas(os) nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).....                 | 61         |
| <b>Ciclo 4:</b> Atuação das(os) Psicólogas(os) nas Políticas Públicas de Esporte.....                                      | 96         |
| <b>Pesquisas realizadas em 2011</b> .....  | <b>108</b> |
| <b>Ciclo 1:</b> Atuação das(os) Psicólogas(os) nas Políticas de Segurança Pública .....                                    | 109        |
| <b>Ciclo 2:</b> Atuação das(os) Psicólogas(os) na Política Nacional do Idoso (PNI) .....                                   | 139        |
| <b>Pesquisas realizadas em 2012</b> .....  | <b>168</b> |
| <b>Ciclo 1:</b> Atuação das(os) Psicólogos na Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua ..... | 169        |

## **Apresentação**

### **Caminhos investigativos para a construção de referências técnicas**

Carolina dos Reis<sup>1</sup>  
Cristina Estima<sup>2</sup>  
Daniel Dall'Igna Ecker<sup>3</sup>  
Vera Lucia Pasini<sup>4</sup>  
Yasmine Maggi<sup>5</sup>

#### **1. Sobre o CREPOP**

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP)<sup>6</sup> é uma ferramenta do Sistema Conselhos que foi desenvolvida a partir da necessidade de maior aproximação dos Conselhos de Psicologia com a ação profissional das(os) psicólogas(os)<sup>7</sup> junto às políticas

---

<sup>1</sup> Doutoranda em Psicologia Social e Institucional pelo PPGPSI/UFRGS. Assessora Técnica de Políticas Públicas no CREPOP do CRPRS.

<sup>2</sup> Graduanda em Psicologia pela UNISINOS. Estagiária do CREPOP do CRPRS.

<sup>3</sup> Graduando em Psicologia pela PUCRS. Estagiário do CREPOP do CRPRS.

<sup>4</sup> Doutora em Psicologia pela PUCRS. Conselheira de Referência do CREPOP do CRPRS.

<sup>5</sup> Graduanda em Psicologia pela PUCRS. Graduanda em Artes pela UFRGS. Estagiária do CREPOP do CRPRS.

<sup>6</sup> Para mais informações sobre a Rede CREPOP acesse o site <http://CREPOP.pol.org.br>. Para informações específicas sobre o CREPOP/RS acesse o site [www.crprs.org.br](http://www.crprs.org.br).

<sup>7</sup> Pelo fato da Psicologia ser uma profissão composta majoritariamente por mulheres o Conselho Federal de Psicologia orienta que os materiais produzidos pelo Sistema Conselhos de Psicologia sejam redigidos no feminino

públicas. O CREPOP atua, principalmente, na construção de referências técnicas através de pesquisas nacionais, realizadas regionalmente. Além dessas pesquisas, o CREPOP do CRPRS investe na construção de projetos e outras ações regionais, relacionadas a temáticas concernentes às políticas públicas, a partir de demandas específicas do estado do RS.

O CREPOP/RS está sediado no Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul (CRPRS), localizado na cidade de Porto Alegre, e integra a Rede CREPOP, composta pelas unidades locais de cada um dos 20 Conselhos Regionais, e pela instância de Coordenação Nacional, sediada no Conselho Federal de Psicologia, em Brasília/DF. Em cada unidade há profissionais responsáveis pelas ações de pesquisa e pela articulação política, a partir de diretrizes formuladas nacionalmente para o fortalecimento da presença da Psicologia no campo das políticas públicas. As equipes das unidades locais são compostas por um ou dois Conselheiros de Referência, que são conselheiros eleitos que compõem a gestão dos Conselhos Regionais de Psicologia. A função do Conselheiro de Referência vai desde a colaboração na construção e avaliação das diretrizes de trabalho do CREPOP, inclui a participação em algumas das etapas do processo de pesquisa e demais projetos desenvolvidos regionalmente, até a função de estabelecer um canal de comunicação direto com a plenária do Conselho Regional,

---

quando da referência a profissão de psicóloga(o).

fortalecendo o lugar do CREPOP como ferramenta de gestão. Além dos conselheiros, as equipes contam com um ou dois Assessores Técnicos de Políticas Públicas que são os responsáveis pela execução das ações do CREPOP, principalmente, na condução do processo de pesquisa. Por fim, algumas equipes, como a do CREPOP/RS, oferecem espaços de estágio curricular em Psicologia, com ênfases em políticas públicas, gestão pública, Psicologia institucional e comunitária.

A Rede CREPOP tem como principal objetivo fortalecer a atuação da Psicologia junto às políticas públicas, tendo como diretrizes: a promoção de direitos humanos e o compromisso ético da profissão. Para esse fim, busca se aproximar das(os) psicólogas(os) que atuam na esfera pública para dialogar a respeito da prática psicológica nesse contexto e fomentar a participação em áreas emergentes; sistematizando e difundindo conhecimentos em políticas públicas e oferecendo referências para a atuação nesses campos. O CREPOP também busca identificar novas oportunidades de inserção profissional, pensando os desafios e potencialidades da atuação nas políticas públicas, além de promover a interlocução da Psicologia com os espaços de formulação, gestão e execução das políticas e com o meio acadêmico e profissional.

Uma das principais ferramentas de trabalho do CREPOP, através da qual busca atingir seus objetivos institucionais, é a elaboração de Referências Técnicas para

a atuação das(os) psicólogas(os) nas políticas públicas. Esses materiais são produzidos a partir de pesquisas regionais com psicólogas(os), demais profissionais das áreas em foco, gestores e usuários. As pesquisas regionais buscam produzir subsídios que partam do cotidiano de trabalho das(os) profissionais inseridas(os) nos serviços públicos, perguntando a estas(es) sobre os limites e potencialidades que encontram nos seus campos de trabalho. A proposta é que seja esse cotidiano de ações que constitua a base dos documentos finais de referências técnicas.

O que tem sido avaliado nos últimos anos de trabalho da Rede CREPOP é que os dados produzidos nas pesquisas dos Conselhos Regionais de Psicologia acabam se diluindo no material final, de âmbito nacional. Nesse sentido, indicou-se a importância de que sejam criadas políticas indutoras de pesquisa, promovendo parcerias com pesquisadores ou instituições de ensino e pesquisa que pudessem se debruçar sobre esses materiais armazenados nos regionais, contribuindo para a produção do conhecimento em Psicologia. Nesse sentido, o presente livro tem por objetivo se constituir como uma ferramenta de ampliação do acesso da categoria aos materiais produzidos nas pesquisas pela unidade regional do CREPOP/RS<sup>8</sup>, referentes ao período de 2010 a 2013.

---

<sup>8</sup> A utilização dos dados brutos de pesquisa para realização de pesquisas por instituições externas ao Sistema Conselhos deve ser solicitada ao CREPOP e dependerá da aprovação por uma comissão científica, constituída anualmente (CREPOP, 2012).

Desde 2006, ano da criação do CREPOP, até 2013, a Rede CREPOP já produziu 22 pesquisas que envolveram a participação das unidades regionais: em 2006 realizamos a pesquisa sobre atuação das(os) psicólogas(os) junto às medidas socioeducativas em unidades de internação; em 2007 foram realizadas 05 pesquisas, atuação das(os) psicólogas(os) junto aos programas de enfrentamento à violência sexual contra crianças e adolescentes, nas varas de família, nos programas de DST/AIDS, no Sistema Prisional e nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); em 2008 tivemos como foco as políticas de educação inclusiva, as medidas socioeducativas em meio aberto, os serviços de atenção às mulheres vítimas de violência e a atenção básica em saúde; já no ano de 2009 investigamos as práticas psicológicas desenvolvidas nas políticas de educação básica, nos serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas, nas políticas públicas de mobilidade urbana e nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS); em 2010 tivemos como foco os serviços hospitalares do SUS, os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), as políticas de diversidade sexual e as políticas públicas de esporte. No ano de 2011 a Rede CREPOP iniciou um movimento de reavaliação de todo o processo de produção dos documentos de referência e de reorientação metodológica das pesquisas, em função disso, avaliou-se a importância de dedicar mais tempo aos campos investigados. Nesse sentido, no ano de

2011 tivemos somente dois ciclos<sup>9</sup> de pesquisa sendo eles sobre atuação das(os) psicólogas(os) nas políticas de segurança pública e na Política Nacional do Idoso (PNI). No ano de 2012, houve somente um ciclo de pesquisa dedicado aos serviços de atenção à população em situação de rua. Por fim, em 2013, a Rede CREPOP indicou que não iniciaria um novo ciclo de produção de dados regionais, posto que havia muitas pesquisas que ainda estavam em fase de conclusão e demandavam investimento dos regionais na organização das ações de consulta pública e de organização dos lançamentos e ações decorrentes das finalizações dos documentos de referências técnicas, que serão detalhadas adiante.

Além desses campos investigados, a Rede CREPOP se dedicou, ainda, ao mapeamento da presença de psicólogas(os) e de políticas públicas em três campos em que a presença da Psicologia tem se fortalecido, são eles: atuação das(os) psicólogas(os) junto às questões raciais, questões da terra e nas políticas públicas relacionadas às emergências e desastres.

O CREPOP/RS, além das pesquisas vinculadas às produções dos documentos de referências técnicas, realiza projetos regionais, tais como: os encontros do *Conversando sobre a Psicologia e o SUAS*, ação que tem por objetivo discutir a atuação da Psicologia nas políticas que integram a rede do Sistema Único de Assistência

---

<sup>9</sup> São denominados “ciclos de pesquisa” os períodos destinados à fase de pesquisa de campo de cada uma das temáticas investigadas.

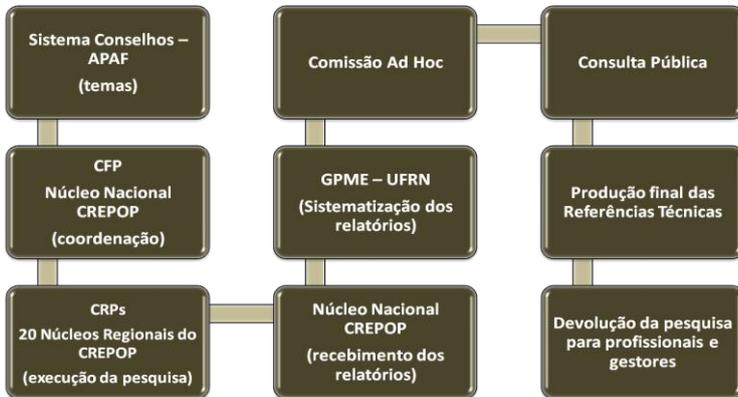
Social (SUAS)<sup>10</sup>. Realizamos também a pesquisa *Mídia e políticas públicas: análise das publicações da imprensa gaúcha sobre álcool e outras drogas* que foi uma pesquisa local voltada para a análise e problematização das publicações que foram veiculadas na mídia gaúcha – durante um período de três meses – sobre álcool e outras drogas, nos jornais de maior circulação do estado. Ainda, estamos desenvolvendo o projeto *Formação em Psicologia e Políticas Públicas: uma aproximação do CRPRS com o meio acadêmico* que tem por objetivo investigar e fomentar o debate sobre as políticas públicas na formação em Psicologia, visando contribuir com a qualificação dos cursos de graduação no que se refere à formação de profissionais para atuar nesses campos. Também intenciona aproximar as(os) estudantes do CRPRS e fortalecer o diálogo com o meio acadêmico. Além disso, a equipe do CREPOP/RS participa de audiências públicas, seminários, congressos, conferências, debates e palestras, tanto em instituições de ensino quanto em outros espaços abertos para a sociedade em geral.

---

<sup>10</sup> Consistem em encontros sistemáticos com as(os) psicólogas(os) que atuam nos serviços do SUAS, e abertos a todos os profissionais da rede e demais interessados na temática.

## 2. Metodologia das Pesquisas

O processo de pesquisa da Rede CREPOP segue o diagrama abaixo:



## 3. Escolha da temática investigada

Os temas pesquisados pela Rede CREPOP são eleitos nas reuniões da Assembleia de Políticas Administrativas e Financeiras (APAFs), que são espaços de discussão e deliberação, que reúne representantes de todas as unidades do Sistema Conselhos, composto pelos Conselhos Regionais e o Conselho Federal de Psicologia. Em geral, as temáticas eleitas estão associadas a discussões técnicas e políticas da profissão em destaque no ano corrente ou são áreas de atuação profissional que dialogam com questões que estão fortemente em pauta na sociedade brasileira naquele momento histórico.

## 4. Diretrizes da Pesquisa

A partir da escolha da temática, o processo de pesquisa se desenvolve a partir de três circuitos.

### 4.1 Circuito 01: Levantamento do Campo

Nesta primeira etapa, o Núcleo Nacional do CREPOP, em diálogo com as unidades regionais, realiza o levantamento dos marcos lógicos e legais: pesquisa bibliográfica das legislações, documentos, programas e entidades vinculadas ao campo investigado e realiza-se um primeiro levantamento nacional da quantidade de:

- psicólogas(os) inseridas(os) na política pública em foco;
- demais profissionais que compõem as equipes;
- serviços, programas e ações;
- instâncias de controle social existentes.

A partir desse levantamento são definidos os critérios que balizarão o trabalho de campo, isto é a escolha das instituições incluídas no escopo da pesquisa e os instrumentos para produção de dados. Essa definição, realizada de maneira coletiva pela Rede CREPOP, busca construir parâmetros nacionais para a pesquisa, sem perder de vista as particularidades das políticas públicas, desenvolvidas em cada região do país. A escolha dos municípios que serão incluídos na pesquisa fica a critério de cada unidade local do CREPOP, levando em

consideração a quantidade de habitantes, as ações de regionalização<sup>11</sup> do Sistema Conselhos e a importância dos municípios, tanto regionalmente, quanto para o campo investigado (CREPOP, 2012).

#### 4.2 Circuito 02: Investigação da Prática

O segundo circuito da pesquisa refere-se ao trabalho de campo propriamente dito. Para isso são realizados treinamentos com os assessores técnicos no intuito de compartilhar dúvidas e definir os ajustes finais da pesquisa de base nacional. A partir do treinamento, são disparadas as pesquisas de campo. Para tanto, a Rede dispõe de um leque de instrumentos metodológicos (CREPOP, 2012), composto por:

1. *Questionário online* que é uma ferramenta de abrangência nacional, que pode ser acessada via *internet* por qualquer psicólogo(a) e contém questões sobre as práticas cotidianas e solicita que a(o) profissional avalie a política pública na qual está inserida(o).
2. *Entrevistas:*
  - 2.1 *Entrevista com gestores:* objetiva caracterizar a política pública em foco e compreender a visão do gestor sobre as possibilidades de

---

<sup>11</sup> O Sistema Conselhos de Psicologia tem investido no desenvolvimento de ações regionalizadas em municípios localizados no interior dos estados, ampliando e democratizando o acesso e a participação das(os) psicólogas(os) nas ações desenvolvidas.

contribuição da Psicologia para o campo investigado.

2.2 *Entrevista com coordenadores dos serviços*: possibilita conhecer a visão dos gestores que estão mais próximos das práticas psicológicas desenvolvidas nos serviços públicos.

2.3 *Entrevista com psicólogas(os)*: objetiva contemplar situações nas quais a presença de psicólogas(os) trabalhando no campo investigado é muito pequena e não possibilita a realização dos grupos.

### 3. *Grupos*:

3.1 *Grupo de psicólogos*: constitui-se em um espaço de discussão e de troca entre as(os) profissionais sobre as práticas desenvolvidas nos campos investigados. Parte de um roteiro com questões disparadoras das discussões do grupo que objetivam (re)conhecer as práticas desenvolvidas nos serviços e as potencialidades e limites da política pública em foco.

3.2 *Grupo multiprofissional*: entendendo que as práticas psicológicas desenvolvidas nos serviços públicos devem ser realizadas em equipe através de uma prática que busque a interdisciplinaridade, esse é um espaço ampliado que permite a participação dos demais profissionais que compõem a política

pública, ouvindo a avaliação desses sobre as possibilidades de contribuição da Psicologia.

3.3 *Rodas de conversa*: espaço que permite uma ampliação ainda maior dos atores presentes na política pública como gestores, pesquisadores, docentes, estudantes e, principalmente, os usuários dos serviços.

3.4 *Demais instrumentos de pesquisa*: no CREPOP/RS são realizados, ainda, visitas aos serviços e a participação em seminários, conferências, audiências públicas e demais espaços em que a política pública em foco na pesquisa esteja em debate.

Após a produção dos dados, são construídos os relatórios regionais por instrumento de pesquisa. Os relatórios abrangem o processo de mobilização para as pesquisas e as questões norteadoras das discussões nos grupos. As entrevistas são transcritas na íntegra. Todos esses materiais são enviados pelos regionais ao Núcleo Nacional. Desde 2011, a sistematização dos relatórios é realizada pelo GPME (Grupo de Pesquisa Marxismo e Educação) coordenado pelo Dr. Oswaldo Yamamoto da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CREPOP, 2012).

#### 4.3. Circuito 03: Produção de Referência

O terceiro circuito da pesquisa consiste no

processo final de elaboração do texto do documento de referências técnicas. Esse texto é elaborado por uma comissão *ad hoc* composta por profissionais com experiência na área em foco, um conselheiro do Conselho Federal de Psicologia e um conselheiro e um técnico das unidades locais.

Após a elaboração do texto, esse material é disponibilizado para a categoria profissional, através do processo de consulta pública. As consultas tem por objetivo ampliar a possibilidade de participação das(os) psicólogas(os) na construção dos documentos. O CREPOP/RS realiza encontros presenciais com as(os) profissionais para discussão coletiva dos materiais. As contribuições realizadas pela categoria na consulta pública retornam para a comissão *ad hoc* para revisão do texto final para publicação.

#### 4.4. Circuito 04: Lançamento das Referências Técnicas

Ao final, realizamos ações de lançamento dos documentos de referência. Nacionalmente, são realizados debates *online* transmitidos via internet e são realizadas articulações com eventos científicos de grande porte para distribuição do material. Regionalmente, o CRPRS realiza seminários temáticos nos quais são apresentadas as informações das pesquisas regionais, os principais pontos dos documentos de referência e são fomentados espaços

de debate sobre os documentos com os profissionais, gestores e usuários que atuam nos campos referenciados. Até julho de 2013, a Rede CREPOP lançou 10 documentos de referências técnicas e 02 documentos voltados para os gestores públicos<sup>12</sup>.

## **5. Pesquisas realizadas entre 2010 e 2013**

Neste livro, disponibilizamos o acesso aos relatórios regionais produzidos pelo CREPOP/RS entre os anos de 2010 e 2013. Para facilitar o acompanhamento dos materiais aqui disponibilizados, apresentamos a seguir algumas informações iniciais sobre os delineamentos das pesquisas realizadas nesse período e seus respectivos relatórios, que compõem esta publicação.

### **5.1. Pesquisas realizadas em 2010**

No ano de 2010 foram realizados 04 ciclos de pesquisas

#### **5.1.1 Ciclo 1 – Atuação das(os) Psicólogas(os) nos Serviços Hospitalares do SUS**

Os critérios de delineamento da pesquisa no CREPOP/RS incluíram os hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde dos municípios gaúchos

---

<sup>12</sup> Confira a lista de materiais já publicados referidos nas páginas 29-30.

com mais de 50 mil habitantes. Em relação aos instrumentos de pesquisa foram realizados: grupos com psicólogos, grupos multiprofissionais, entrevistas com gestores e visitas a alguns serviços. Essa pesquisa – bem como as demais pesquisas do ano de 2010 – foi realizada antes do processo de reformulação da metodologia da Rede CREPOP, contando com algumas diferenças em relação à metodologia atual. Como principais diferenças, destacamos o fato de que ainda não contávamos com um instrumento diretivo de entrevista com os gestores, então essas não eram, necessariamente, gravadas e transcritas, como no modelo atual. Além disso, os grupos com psicólogos tinham uma metodologia inspirada na técnica do grupo focal, contando com um número menor de participantes, hoje trabalhamos com a possibilidade de condução de grupos com até 25 participantes. Já os espaços de contribuição dos demais atores das políticas públicas eram nomeados como *reunião específica* e reuniam psicólogos(os), outros profissionais e gestores.

Dessa pesquisa foram produzidos dois relatórios finais, o primeiro deles que, em uma tentativa de adequação e padronização, denominamos como grupo multiprofissional, reúne as informações coletadas nas conversas com os gestores, nas visitas aos serviços e nos debates realizados nas reuniões específicas. O segundo refere-se às informações obtidas através dos grupos com psicólogos(os) realizados em Porto Alegre e nas subsedes do CRPRS.

### 5.1.2. Ciclo 2 – Atuação das(os) Psicólogas(os) nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)

Por ter sido realizada em um período em que nem todos os municípios haviam concluído o processo de reestruturação da política de Assistência Social no modelo proposto no Sistema Único de Assistência Social, a pesquisa incluiu não somente os CRAS, mas também os demais serviços que desenvolvem ações definidas como específicas da proteção social básica, nos municípios do Rio Grande do Sul com mais de 50 mil habitantes. Dessa pesquisa, tal como na anterior, foram produzidos dois relatórios finais, o primeiro deles, que denominamos como grupo multiprofissional, reuniu as informações coletadas nas conversas com os gestores, nas visitas aos serviços e nos debates realizados nas reuniões específicas e o segundo, referiu-se às informações dos grupos com psicólogos realizados em Porto Alegre e nas cidades em que o CRPRS possui sedes.

### 5.1.3 Ciclo 3 – Atuação das(os) Psicólogas(os) nas Políticas de Diversidade Sexual

Por ser um campo das políticas públicas que, em vários estados do país, não havia uma quantidade de psicólogas(os) inseridas(os) no campo que possibilitasse a realização de grupos, a Rede CREPOP optou pela realização de entrevistas individuais com psicólogas(os), gestores e coordenadores de ONGs, Núcleos de Estudos e

outros coletivos envolvidos no movimento social, vinculados a essa temática. O CREPOP/RS realizou entrevistas com 05 psicólogas(os), 05 gestores e 04 coordenadores de instituições/serviços/coletivos vinculadas à temática. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e enviadas na íntegra ao Núcleo Nacional. As entrevistas referentes a essa pesquisa não serão disponibilizadas nesse material, pois, por definição da Rede CREPOP, os dados brutos das pesquisas, tais como são as transcrições das entrevistas, só poderão ser disponibilizadas mediante a aprovação das(os) entrevistadas(os). Nesse sentido, temos a intenção de fazer uma publicação desses materiais posteriormente, quando da autorização desses.

#### 5.1.4. Ciclo 4 – Atuação das(os) Psicólogas(os) nas Políticas Públicas de Esporte

Como na pesquisa anterior, identificou-se que a presença numérica de psicólogas(os) presentes nas políticas públicas de esporte era pequena, portanto optou-se pela realização de entrevistas individuais com essas(es) profissionais e com os gestores. Entretanto, por entender que o campo da política pública de esporte é um campo bastante consolidado, estimou-se que haveria condições de realização das reuniões específicas. Nessa pesquisa, no CREPOP/RS, foram realizadas 05 entrevistas com psicólogas(os) que foram gravadas, transcritas e enviadas na íntegra ao Núcleo Nacional do CREPOP, que,

pelos motivos já expostos anteriormente, não serão disponibilizadas nesse momento. Já as entrevistas com gestores, visitas aos serviços e as informações obtidas na reunião específica compuseram um único relatório final da pesquisa, integrante desse livro.

## 5.2. Pesquisas realizadas em 2011

No ano de 2011 foram realizados 2 ciclos de pesquisa.

### 5.2.1 Ciclo 1 – Atuação das(os) Psicólogas(os) nas Políticas de Segurança Pública

A pesquisa abrangeu o campo da segurança pública de forma transversal trabalhando com as diversas instituições policiais e militares que compõem a área da segurança pública, as secretarias estaduais e municipais, com as guardas municipais e os projetos desenvolvidos junto às populações de territórios considerados pelos gestores como aqueles com maiores índices de violência. Nessa pesquisa, a Rede CREPOP optou pela realização dos grupos com psicólogos(os) e de entrevistas com os gestores e coordenadores das instituições e projetos acima referidos. As entrevistas não serão disponibilizadas, sendo o material desta pesquisa composto somente pelo relatório final dos grupos com psicólogas(os).

### 5.2.2 Ciclo 2 – Atuação das(os) Psicólogas(os) na Política Nacional do Idoso (PNI)

A pesquisa sobre a atuação das(os) psicólogas(os) na PNI inaugurou a realização da pesquisa com a metodologia já totalmente reestruturada no atual modelo. No CREPOP/RS foram realizadas 04 entrevistas com gestores e 01 entrevista com um coordenador de uma universidade para terceira idade, todas gravadas, transcritas e enviadas na íntegra para composição dos materiais nacionais. Além das entrevistas foram realizadas visitas aos serviços e grupos com psicólogas(os), as informações dessas ações compuseram o relatório final da pesquisa.

## 5.3. Pesquisas realizadas em 2012

No ano de 2012 foi realizado somente um ciclo de pesquisa.

### 5.3.1 Ciclo 1 – Atuação das(os) Psicólogos na Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua

A pesquisa sobre atuação das(os) psicólogas(os) junto às políticas de atenção à população em situação de rua, contou com a realização de 10 entrevistas, sendo 04 entrevistas com psicólogas(os) (01 da área da saúde, 02 da assistência social, 01 de uma ONG) 05 com gestores (02 da área da saúde, 02 da assistência social e 01 de uma

ONG), 01 entrevista com um(a) redutor(a) de danos, todas elas gravadas, transcritas e remetidas na íntegra ao Núcleo Nacional. Além das entrevistas, foram realizadas visitas a serviços de saúde, assistência social e educação e os grupos multiprofissionais e grupos com psicólogos(os) cada um deles com um relatório específico que compõem esta publicação.

#### 5.4. Pesquisas realizadas em 2013

No ano de 2013 não houve realização de um novo ciclo de pesquisa.

### 5. Referências Bibliográficas

CREPOP (2012). Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. *Metodologia do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

***Relatórios Regionais das Pesquisas do  
CREPOP/RS (2010 – 2013)***

## **Pesquisas realizadas em 2010**

# **Ciclo 1**

## **Atuação das(os) Psicólogas(os) nos Serviços Hospitalares do SUS**

## RELATÓRIO DO GRUPO MULTIPROFISSIONAL

### 1. Dados CREPOP

CREPOP: CRP/07

Conselheira de Referência: Ivarlete Guimarães  
França

Assessora Técnica de Políticas Públicas: Silvia  
Giugliani

Estagiárias(os): Juliana Cidade e Edson Barbosa

Relatoras: Silvia Giugliani e Carolina dos Reis<sup>13</sup>

Data: 25 de março de 2010

Local da reunião: Sede CRPRS

Número de participantes: 13 entre gestores,  
psicólogas(os), demais atores da política pública.

Duração da reunião: 2h30min

### 2. Processo de Mobilização

Período dedicado à mobilização: janeiro a março  
de 2010.

Trabalhamos em um primeiro momento, na  
realização do levantamento dos hospitais que atendiam o  
perfil a ser trabalhado na pesquisa. A consulta abarcou os  
municípios do Rio Grande do Sul com população acima de

---

<sup>13</sup> Não participou da execução da pesquisa, contribuiu somente na  
construção dos relatórios finais.

50 mil habitantes, totalizando 47 cidades. Embora, em geral, o CREPOP trabalhe com um recorte das cidades acima de 100 mil habitantes, nesta pesquisa, trabalhamos com um recorte maior buscando ampliar nossas articulações e divulgação do CREPOP como recurso do Sistema Conselhos de Psicologia, no campo das Políticas Públicas. Os contatos realizados apontaram 27 municípios com perfil para detalhamento da pesquisa, isto é que contém hospitais que oferecem atendimentos pelo Sistema Único de Saúde. A partir desse levantamento, identificamos as(os) profissionais de Psicologia que atuam nestes serviços e direcionamos a cada um o material de apresentação do CREPOP, bem como o convite para participação nas diferentes atividades da pesquisa. Avaliamos que tivemos uma recepção bastante positiva por ser este um campo ainda pouco acionado pela Psicologia na lógica de (re)conhecer as práticas profissionais nos espaços do SUS.

Após esse período inicial, retomamos o contato via telefone diretamente com as(os) profissionais localizadas(os) nas estruturas hospitalares desses municípios. Além dos contatos telefônicos foram enviados os cartazes e *folders* de divulgação para as Secretarias Municipais de Saúde, bem como diretamente para os hospitais, a partir dos serviços de Psicologia contatados. Foram enviados, ainda, *e-mails* informativos sobre a pesquisa com a divulgação das datas dos encontros e com o *link* incentivando a participação também na pesquisa

*online*. Ainda, as atividades foram divulgadas pelo setor de comunicação social, através do site do CRPRS, do jornal Entrelinhas e via *newsletter* a todas(os) as(os) psicólogas(os).

### **3. Descrição dos serviços de média e alta complexidade do Sistema Único de Saúde na região**

Nos 27 municípios investigados encontramos um total de 96 hospitais, dos quais 29 estão situados na capital do estado, mas prestam atendimento a usuários oriundos de todos os municípios do Rio Grande do Sul. Do total de hospitais investigados, somente 12 deles não possuem psicólogas(os) compondo seu corpo de funcionários, nos demais hospitais encontramos 177 psicólogas(os), dentre elas(es) 30 atuam na área de recursos humanos ou voltados para o cuidado à saúde do trabalhador, as(os) outras(os) 147 trabalham no atendimento direto à população.

Ainda, do total de 96 hospitais, 28 não oferecem atendimento pelo Sistema Único de Saúde, disponibilizando apenas serviços particulares ou via planos de saúde conveniados. O restante dos 68 hospitais atende pelo SUS, alguns com acesso misto (convênio, particulares e SUS), outros exclusivamente pelo SUS. Dos hospitais públicos, a grande maioria pertence à esfera federal, restando alguns poucos ainda administrados pelas esferas estadual ou municipais.

A exceção das(os) psicólogas(os) que atuam na parte de recursos humanos, as(os) demais desenvolvem seu trabalho em dois modelos: em um deles a prática se dá no atendimento de pessoas hospitalizadas a partir da inserção dentro das equipes que estão responsáveis por estes, no outro funcionam enquanto uma equipe ou serviço de Psicologia que presta consultoria às demais equipes ou recebem pacientes encaminhados por essas.

As atividades estão relacionadas, principalmente, ao atendimento desses usuários no leito hospitalar, prestando, ainda, atendimentos a familiares, avaliação psicológica para analisar a indicação para a realização de determinados procedimentos cirúrgicos, psicoterapia em nível ambulatorial, psicoterapia de caráter breve, grupos terapêuticos, entre outras.

A presença da Psicologia no ambiente hospitalar não é uma novidade, nos hospitais investigados, ela já data de mais de 10 anos. Nesse sentido, o foco de problematização da pesquisa não é tanto a respeito de qual seria a função do psicólogo no hospital, pois sobre isso existe já uma larga produção de saberes, mas sim, de refletir sobre que outras funções podem ser assumidas pelas(os) psicólogas(os) dentro da política de saúde de média e alta complexidade, para além do enfoque exclusivo de uma clínica tradicional.

## 4. Dinâmica da Reunião

As(os) profissionais que conseguiram participar na modalidade presencial da pesquisa foram bastante receptivos quanto aos temas apontados e contribuíram de forma propositiva apresentando ponto a ponto suas reflexões, experiências e indagações. O encontro transcorreu bem, atingindo os objetivos propostos.

### 4.1 Pontos de vista compartilhados pelas(os) profissionais

Os profissionais no cotidiano de seu trabalho enfrentam problemáticas muito parecidas nos diferentes hospitais. Uma das principais questões levantadas se refere às dificuldades frente à instabilidade do trabalho construído e das decisões administrativas que mudam de acordo com as trocas de gestões. Além disso, outro ponto bastante debatido diz respeito às posturas que entendem que devem ser adotadas pelas(os) psicólogas(os) frente aos dilemas éticos vividos no cotidiano, principalmente, no que se refere ao cuidado na divulgação de informações em prontuários e nas atitudes que devem ser assumidas frente aos usuários.

### 4.2 Pontos de divergência

As(os) psicólogas(os) têm ocupado diferentes

lugares na estrutura hospitalar e entendem suas funções de formas diversas; algumas mais voltadas para o trabalho dentro das equipes – na composição destas – com uma prática direcionada à realização de atendimentos clínicos; já outras(os) têm produzido movimentos de busca de interlocuções intersetoriais que vão para além do hospital e interagem com a rede de serviços dos municípios para os quais oferecem suporte. Há ainda, aquelas(es) profissionais que desenvolvem seu trabalho em caráter de consultoria às equipes, dando um suporte externo e estão organizadas(os) enquanto um serviço de Psicologia dentro do hospital, como referido anteriormente.

## **5. Conteúdo da Reunião**

5.1 Situação atual da política, especialmente média e alta complexidade

5.1.1 Principais dificuldades relatadas para a execução da Política de Saúde

As(os) profissionais presentes chamaram a atenção para a grande quantidade de marcos legais que existem envolvendo a atuação hospitalar que eles não conheciam e que tiveram contato somente através da pesquisa do CREPOP. Afirmaram a importância das(os) profissionais conhecerem as legislações existentes que dialogam com a prática cotidiana e das dificuldades que

enfrentam por esse desconhecimento. Apontaram que a legislação utiliza uma linguagem de difícil acesso as(aos) profissionais da área da saúde, por não estarem habituadas(os) às terminologias. Além disso, existem muitas mudanças que ocorrem nas leis das quais elas(es) não são informadas(os) pela administração hospitalar e que são questões que atravessam o dia a dia do trabalho. Como exemplo citaram a Lei Maria da Penha e a nova Lei do Estágio. Essas(es) profissionais se consideram multiplicadoras(es) de informação, por isso, admitem a relevância de estarem apropriadas(os) das questões legislativas para passarem aos usuários e demais colegas na instituição. Pensam que isso poderia ser um facilitador até mesmo para o trabalho dos gestores se as(os) profissionais estivessem mais capacitadas(os) e conhecedoras(es) do amparo legal que a prática profissional possui.

Algumas(ns) profissionais relataram que desconhecem as legislações que regem as políticas públicas de saúde, não conectando sua prática ao contexto em que ela se desenvolve, em termos dos sistemas públicos. Relacionaram isso à formação acadêmica que foi voltada para a clínica tradicional, bem como, aos cursos posteriores à graduação procurados por essas(es) profissionais que focavam a Psicologia hospitalar e a formação em psicanálise, ambas com enfoque exclusivamente psicoterápico e distante de qualquer reflexão sobre a política pública.

Outras dificuldades enfrentadas dizem respeito à precariedade da rede de serviços que não oferece amparo aos usuários após a alta hospitalar, havendo pouco ou nenhum serviço para encaminhamento. As(os) profissionais citam questões como a de filhos recém-nascidos de mulheres que são usuárias de drogas e vivem em situação de rua, nessas situações sentem-se frente a um dilema ético sobre o que fazer com essas crianças, pois reconhecem que há um grande risco de vida a que essas crianças ficam expostas quando sob responsabilidade das mães, considerando que, em geral, são bebês que necessitam de cuidados especiais por apresentarem questões de saúde que já são consequência do uso de substâncias durante a gravidez. No entanto, existe um medo por parte das equipes de encaminhar essas crianças para locais inadequados da rede, em que essa criança poderá ser exposta a outros tipos de maus-tratos e negligência institucional. Ainda, apontam para a falta de tratamento para todos os usuários do SUS em todos os níveis da atenção, deixando-os com um atendimento muito aquém do que seria o necessário.

Afirmam que outro grande problema enfrentado no cotidiano de serviços está relacionado à imagem do servidor público como alguém que não trabalha. Entendem que a forma como estão estruturadas as políticas públicas, principalmente dentro da área hospitalar, é tal que o trabalhador não tem espaço para a criação. A estrutura institucional é rígida e “acaba

derrotando os trabalhadores no cansaço e na frustração” frente a fracassadas tentativas de produção de um trabalho diferenciado. Devido à precariedade das condições de trabalho as(os) profissionais são forçadas(os) a brigar entre elas(es) por espaço nas salas, horário para atendimento e materiais para atividades. Além disso, indicam a falta de funcionárias(os) frente a crescente demanda de atendimento, referem que, muitas vezes, as(os) profissionais se aposentam ou são transferidas(os) e não há substituição por outro naquela vaga.

No setor médico faltam ortopedistas, traumatologistas e anestesistas. A ausência deste último tem por consequência a necessidade de remarcação de muitas cirurgias. A dificuldade de contratação de médicos se deve ao fato de que estes não se dispõem a trabalhar pelo salário oferecido, pois este seria mais baixo do que receberiam se trabalhassem em consultório particular ou com convênios. Diante disso, os sindicatos médicos lutam por melhorias nas condições salariais, através de gratificações diferenciadas dos demais profissionais de nível superior. Essa atitude provoca tensões com os trabalhadores das demais categorias, que entendem que todos os profissionais com o mesmo nível de formação deveriam estar sob as mesmas condições de trabalho.

### 5.1.2 Autonomia

Uma das questões colocadas era sobre o espaço

de autonomia das(os) profissionais nos serviços. Quanto a isso relataram que os espaços de autonomies variam de acordo com o momento da gestão e com a especificidade de cada gestor, isto acaba fragilizando as(os) profissionais quando ocorre a troca dos administradores. Outra questão que atravessa o cotidiano de trabalho é a existência de muitas redes de hierarquia dentro do hospital, tanto em nível horizontal como vertical, de modo que os profissionais possuem mais chefias do que colegas de trabalho. Os fluxos de informação e de desenvolvimento das atividades acabam travando, por exemplo, na necessidade de requerer a autorização de diversos setores para a efetivação das atividades, muitas vezes, isso pode inviabilizar o processo, o que obriga o trabalhador a burlar a organização burocrática institucional na tentativa de agilizar esse processo.

A falta de autonomia, em muitos casos, implica em questões bem importantes como o cancelamento dos atendimentos de usuários, em função do desligamento de algum profissional. Essas decisões são assumidas pelos administradores e são construídas de maneira distante de um diálogo com a equipe envolvida no cuidado ao usuário ou com o serviço de Psicologia responsável.

Outra questão diz respeito à organização dos serviços e do próprio material de trabalho, como os prontuários de registro, que são orientados a partir da prática da Medicina. As(aos) outras(os) profissionais cabe, na maioria das vezes, adaptarem-se às formas de registro

e ao fluxo de trabalho pensado para a Medicina, que permanece como o campo de conhecimento dominante no âmbito hospitalar. Em algumas equipes, essas questões foram, por algum tempo, enfrentadas com a construção de prontuários paralelos específicos da Psicologia, nos quais eram construídos registros mais detalhados e que permitiam que fossem colocadas informações sigilosas dos atendimentos, uma vez que, seriam materiais manipulados unicamente por psicólogas(os). No entanto, uma dessas equipes relata que tiveram dificuldades em situações em que a administração hospitalar tentou se apoderar desse material por entender que todos os prontuários são dos usuários e, portanto, pertencem ao hospital e não somente a um profissional. Os trabalhadores tiveram que tensionar e intervir nessa decisão em função de entenderem que houve uma desconsideração por parte dos administradores com o cuidado necessário no armazenamento e na confidencialidade das informações contidas nos prontuários.

Outra situação relatada é quanto à pressão existente, por parte da gestão, para que as equipes deem conta da grande demanda de atendimento. Essa questão gera, dentro da equipe, situações de sobrecarga de trabalho, que tem provocado adoecimentos e situações de violência nas relações entre os colegas. Foram trazidos outros conflitos relacionados à utilização de ponto eletrônico, usado para controlar os horários dos

funcionários dos hospitais. Em geral isso provoca um desconforto para as(os) trabalhadoras(es) que estavam acostumadas(os) com uma flexibilidade de horários, o que implicava em não ter que ficar com horas ociosas dentro do hospital, e poder trabalhar em outros espaços como reuniões almoço, ou mesmo na própria residência do funcionário. Agora fazem todas as atividades dentro do hospital com as horas corridas, conforme contrato de trabalho e são obrigados a respeitar o intervalo de almoço, pois logo em seguida às 13h são realizados os agendamentos dos atendimentos aos usuários.

#### 5.1.3 Teorias e conceitos que mais influenciam a atuação das(os) psicólogas(os)

Foram referidas:

- Análise Psicodinâmica;
- Teoria Sistêmica;
- Psicologia Comunitária;
- Psicologia Humanista;
- Terapia Cognitivo-Comportamental;
- Psicanálise: Sándor Ferenczi, Sigmund Freud, Donald Woods Winnicott e Melanie Klein.

#### 5.1.4 Potencialidades e possibilidades do campo de trabalho

As(os) trabalhadoras(es) reconhecem que seu trabalho faz muita diferença na vida das pessoas atendidas, afirmam que “embora estejam dentro de um

serviço público, esses usuários recebem um atendimento de grande qualidade”. O que fica visível nessa fala é a reiteração da ideia presente no senso comum de que em função do atendimento ser prestado pelo SUS, já se depositam poucas expectativas *a priori*, em razão das já conhecidas e naturalizadas dificuldades que perpassam o serviço público no Brasil.

Apontam, ainda, a valorização que a presença das(os) psicólogas(os) nos diversos setores e equipes do hospital tem recebido. Alguns hospitais têm iniciado um movimento de direcionar o olhar também para fora do hospital, as(os) psicólogas(os) têm procurado construir contatos com a rede de serviços municipais para onde os usuários serão encaminhados após a alta hospitalar. Essa iniciativa tem provocado mudanças na forma como está posta a relação entre os serviços das redes básicas e o hospital, uma vez que, é possível construir um diálogo que busque ser produtivo e resolutivo entre esses atores, deslocando os serviços, do local exclusivo da queixa (que ocorre de ambos os lados rede-hospital), da falta de vagas para encaminhamento e da falta de compromisso com o usuário e com a contra referência.

5.1.5 Como os gestores da política percebem as possibilidades de contribuição das(os) psicólogas(os)

De maneira geral existe um reconhecimento do trabalho das(os) psicólogas(os) por parte dos gestores e administradores, algumas(ns) profissionais trouxeram

relatos de momentos de reestruturações das equipes hospitalares em que ficou mais ressaltado o aumento da demanda para que houvesse psicólogas(os) na composição dessas equipes. No entanto, essa questão muda de acordo com as características de cada gestão, e da relação que vai se construindo entre os administradores e os funcionários do hospital. O que acaba sendo um complicador são as frequentes trocas das pessoas que assumem os postos de comando, o que gera uma fragilidade na construção dessas relações de trabalho.

Outra questão é das mudanças que já ocorreram na composição e organização da saúde mental dentro dos hospitais, em alguns, as(os) profissionais psicólogas(os) estão inseridos nas equipes, em outros, atuam enquanto um serviço de Psicologia que presta consultoria para todas as equipes dos hospitais. Mas o que marca a diferença nesses diversos postos de trabalho é a possibilidade da categoria se articular e passar a também gerar exigências e demandas para a administração sobre a forma como entende que deve estar estruturado e organizado seu fluxo de trabalho e estratégias de intervenção.

Em um dos hospitais as(os) profissionais ressaltaram a importância da atual gestão estar conseguindo resgatar a missão e função deste hospital, uma vez que, este se dirige a um público específico e que, por isso, envolve também a possibilidade de oferecer um

cuidado diferenciado para esse público alvo. Ao retomar isso, a função de psicólogo e as possibilidades de contribuição desta(e) profissional foram valorizadas, sendo as(os) psicólogas(os) entendidas(os) como aquelas(es) que podem fazer essa função do resgate e da produção de uma determinada forma de cuidado transversal a todas as equipes do hospital.

#### 5.1.6 Limitações do campo de trabalho

Em geral, as principais limitações citadas dizem respeito às dificuldades quanto à falta de profissionais, frente à grande demanda de atendimentos que existem. As(os) psicólogas(os) relataram que um dos motivos que levam a defasagem na quantidade de trabalhadoras(es) é que as(os) profissionais se aposentam ou são transferidas(os) e não ocorrem substituições.

Outra limitação importante é quanto às frequentes trocas na administração hospitalar, por serem cargos de confiança sob a indicação dos gestores, acontecem mudanças quando da ocorrência de novas eleições ou de movimentos políticos partidários. Essas trocas têm como resultado, muitas vezes, a instabilidade das construções de propostas de trabalho e das construções de novas estratégias de ação dentro dos serviços que demoram a ser conquistadas e com frequência não conseguem resistir às mudanças administrativas.

Por fim, recentemente, o município de Porto

Alegre aprovou o pagamento de uma gratificação diferenciada para a categoria médica em todos os serviços municipais. Anteriormente todos os profissionais de nível superior recebiam a mesma remuneração, não havendo diferenças entre as profissões, somente pelo nível de formação. Essa situação tem provocado diversos conflitos no interior das equipes municipais.

#### 5.1.7 Considerações das(os) psicólogas(os) sobre a política pública abordada

As(os) psicólogas(os) que atuam nos hospitais contatados, em sua grande maioria, são concursadas(os), mas contratadas(os) como celetistas. Em geral possuem uma carga horária de 30h semanais e a faixa salarial varia de menos de mil reais à mais de cinco mil mensais. Essa diferença se dá entre os municípios e grupos hospitalares em que trabalham, havendo discrepâncias significativas mesmo dentro do território de uma única cidade. Os hospitais públicos são os que remuneram melhor seus funcionários, tanto na esfera municipal quanto federal, excetuando-se os hospitais cuja administração é estadual.

A população atendida vem encaminhada pela rede de serviços básicos e por atendimentos de urgência. Os hospitais dos municípios contatados, por situarem-se em cidades com populações acima de 50 mil habitantes, servem de suporte para várias cidades menores referenciadas regionalmente, isso se justifica, pois a grande maioria dos municípios gaúchos possui menos de

02 mil habitantes, não comportando a instalação de uma estrutura hospitalar.

O cotidiano de trabalho nos hospitais de atendimento a essa população é perpassado por diferentes dilemas éticos. As(os) psicólogas(os) se deparam com estruturas físicas para atendimento inadequadas, salas com divisórias finas que permitem a passagem do som. Ainda, em hospitais escola existe a cultura do *Round*, em que os profissionais passam pelos leitos contando aos estudantes sobre o caso do usuário, muitas vezes, essa atitude expõe as pessoas, pois suas questões de vida-saúde são narradas na frente dos demais usuários que compartilham o mesmo dormitório e familiares que eventualmente estejam presentes. Na grande maioria, os profissionais não questionam o usuário sobre seu consentimento ou não de ter seu caso exposto naquele momento, a crítica das(os) psicólogas(os) é a de que os usuários passam a ser tratados como objeto de estudo e não enquanto sujeito com direitos reconhecidos.

Por fim, as(os) profissionais ressaltaram a importância de na atuação das(os) psicólogas(os) nas políticas públicas de média e alta complexidade, conseguirem trazer o olhar da Psicologia para dentro das políticas públicas e não deixar que o serviço público entre para dentro da Psicologia enrijecendo e burocratizando as práticas nesse campo.

## **RELATÓRIO DOS GRUPOS DE PSICÓLOGOS**

### **1. Dados CREPOP**

CREPOP/CRP: 07

Conselheira de Referência: Ivarlete Guimarães França

Assessora Técnica de Políticas Públicas: Sílvia Giugliani

Estagiárias(os): Juliana Cidade e Edson Barbosa

Relatoras: Sílvia Giugliani e Carolina dos Reis<sup>14</sup>

Data: 26 de março de 2010

Local da Reunião: Sede CRPRS

Duração da Reunião: 02 horas

Número de participantes: 12 psicólogas(os)

### **2. Processo de mobilização**

Período dedicado à mobilização: janeiro a março de 2010.

Mantendo a metodologia adotada nas últimas pesquisas do CREPOP/RS, que tem resultado na construção de contatos efetivos com os profissionais e gestores, trabalhamos, no primeiro momento, na realização do levantamento dos hospitais que atendiam o

---

<sup>14</sup> Não participou da execução da pesquisa, contribuiu somente na construção dos relatórios finais.

perfil a ser trabalhado na pesquisa, isto é, hospitais públicos ou conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esta consulta foi realizada com 47 municípios que são aqueles que possuem mais de 50 mil habitantes, esse recorte da pesquisa visa ampliar as articulações e divulgação do CREPOP como recurso do Sistema Conselhos no campo das políticas públicas. Os contatos realizados apontaram 27 municípios com estruturas hospitalares no perfil para detalhamento da pesquisa. No segundo momento, identificamos as(os) psicólogas(os) que atuam nestes hospitais e direcionamos a cada profissional o material de apresentação do CREPOP, bem como o convite para participação nas diferentes modalidades da pesquisa. Avaliamos que o convite para participação na pesquisa teve uma recepção bastante positiva, entendemos que essa receptividade pode efeito do fato de este ser um campo menos acionado pela Psicologia na lógica de (re)conhecer as práticas profissionais nos espaços do SUS.

Após esse período inicial, retomamos o contato via telefone diretamente com as(os) profissionais localizados nas estruturas hospitalares desses municípios. Informamos sobre as formas de participação no processo de pesquisa e convidamos as(os) profissionais para os encontros presenciais. Às(aos) psicólogas(os) foram enviados *e-mails* informativos sobre a pesquisa com a divulgação das datas dos encontros e com o *link*, incentivando para a participação também na pesquisa

*online*. As atividades foram divulgadas pelo setor de comunicação social através do site do CRPRS, do jornal Entrelinhas e via *newsletter* a todas(os) as(os) psicólogas(os).

Para os gestores municipais e estaduais foram enviados materiais informativos no sentido de ampliar a divulgação de nossas atividades, bem como o propósito de articulação que sustenta o CREPOP a partir do Sistema Conselhos.

### **3. Dinâmica da Reunião**

As(os) profissionais que conseguiram participar na modalidade presencial da pesquisa foram bastante receptivas(os) quanto aos temas pautados e contribuíram de forma propositiva, apresentando ponto a ponto suas reflexões, experiências e indagações. Nesse sentido, avalia-se que os encontros atingiram os objetivos propostos.

As(os) profissionais valorizaram a iniciativa da pesquisa e a iniciativa do CREPOP realizar os encontros de forma regionalizada, ação que possibilitou a participação de profissionais que não teriam liberação para garantir presença nos encontros de Porto Alegre.

#### **3.1 Pontos de vista compartilhados**

Um dos principais pontos de vista compartilhado

pelas(os) psicólogas(os) presente no encontro diz respeito ao sentimento das(os) profissionais de estar sozinhos nesse campo de trabalho, distante da composição de parcerias com outras(os) psicólogas(os). Em geral as(os) profissionais atuam em equipes multidisciplinares, mas com atividades específicas do fazer do psicólogo e, de certa forma, independentes do restante da equipe. Como um reflexo disso, muitas(os) falaram das dificuldades em compor um trabalho interdisciplinar. Outra questão é que de maneira geral as(os) psicólogas(os) têm sua atuação voltada para atividades internas do hospital e das equipes nas quais estão inseridos, com pouco contato com o restante das redes de serviços municipais. No entanto, podemos destacar a experiência de profissionais de dois hospitais, um da capital e outro de uma cidade de médio porte do interior do estado, em que a prática das(os) profissionais têm se direcionado para atividades externas ao próprio hospital, buscando compor com outros serviços da rede municipal e participando de atividades como encontros científicos, fóruns, comissões e conferências.

### 3.2 Pontos de divergência

Não houve pontos de divergência significativos entre as(os) psicólogas(os) presentes no encontro. Avaliamos que essa questão pode estar relacionada ao fato de que as práticas profissionais das(os) participantes

possuíam especificidades bastante diferenciadas. Nesse sentido, o próprio direcionamento do trabalho variava de acordo com as equipes nas quais as(os) profissionais estavam inseridas(os).

Desta forma, entendemos que esta característica pode ser considerada um ponto de divergência em relação ao lugar do psicólogo nas equipes. Algumas(uns) profissionais entendem que é importante que hajam espaços de compartilhamento com outras(os) psicólogas(os) e que, portanto, as(os) psicólogas(os) poderiam organizar-se enquanto serviço de Psicologia e a partir dessa estrutura organizar a disposição de psicólogas(os) de referências para cada equipe/setor do hospital. A partir dessa perspectiva, em um dos hospitais as(os) psicólogas(os) procuram manter encontros entre a categoria, no sentido de fortalecer a prática profissional. Outras(os) profissionais entendem que o lugar do psicólogo deva ser dentro das equipes multiprofissionais e que deva pensar sua própria prática a partir desse espaço de troca com outras disciplinas. Há ainda, aqueles que desenvolvem suas ações em um caráter de consultoria às equipes.

## 4. Descrição e análise da atuação

### 4.1 Atividade específica das(os) psicólogas(os) no SUS

No campo hospitalar existe uma presença numérica significativa de psicólogas(os) que atuam nas mais diversas áreas, dentre os participantes do encontro estavam presentes profissionais de setores como: unidades de tratamento intensivo pediátricas, internação, atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência e abuso sexual, saúde do trabalhador, obstetrícia, ginecologia, oncologia, transplantes, álcool e drogas. Em função da grande variedade de serviços nos quais as(os) psicólogas(os) estão inseridas(os), existem também diferenças significativas quanto ao tipo de atividades desenvolvidas, tendo sido citadas entre elas:

- Atendimento psicoterápico:
  - Atendimento no leito com caráter focal;
  - atendimentos de urgência;
  - atendimentos a familiares;
  - Psicoterapia ambulatorial;
  - Psicoterapia breve;
  - Aconselhamento psicológico;
  - Terapia de família;
  
- Atendimento nas salas de espera nas Unidades

de Tratamento Intensivo;

- Grupos terapêuticos:
  - Grupo de apoio;
  - Coordenação de grupos operativos;
  - Grupos de laborterapia, grupos voltado para atividades com música, oficinas de culinária, entre outros;
  - Grupo de gestantes;
  
- Avaliação Psicológica:
  - Avaliações dos usuários<sup>15</sup> para autorização de saídas para passeio;
  - Avaliação inicial com exame de estado mental;
  - Entrevista pré-operatória e acompanhamento psicológico no pós-operatório em casos de cirurgias;
  
- Serviço de acompanhamento a situações de luto:
  - Acompanhamento de familiares;
  - Entrevista com familiares para captação de órgãos;
  
- Reeducação psicológica:
  - Auxiliar o usuário a conviver com a nova

---

<sup>15</sup> O termo paciente foi mantido, por ter sido o termo utilizado pelos profissionais.

- condição após cirurgias ou mudanças significativas na condição de saúde;
- Intervenções para conscientização sobre DST/AIDS;
  
- Preparação para o parto;
  
- Orientação a pais da pediatria e maternidade;
  
- Trabalho em equipe:
  - Participação em *rounds* médicos;
  - Participação em reuniões de equipe;
  - Supervisão dos estagiários de Psicologia;
  
- Atuar em sistemas de Recursos Humanos:
  - Seleção de Pessoal;
  - Avaliação de desempenho;
  - Treinamento de lideranças e funcionários em geral;
  - Palestras para funcionários do hospital;
  - Avaliação de perfil;
  - Descrição de cargos;
  - Entrevistas de desligamento;
  - Higiene e segurança do trabalho;
  
- Demais atividades citadas:
  - Pesquisas demográficas sobre as psicopatologias mais atendidas nos serviços

de Psicologia;

- Participação no comitê da Política Nacional de Humanização;
- Participação em programas específicos como: saúde mental, proteção às vítimas de violência, cuidado a gestantes e bebês, transplantes, entre outros.
- Regulação de leitos;
- Organizações de festas nas unidades para os usuários;

#### 4.2 Planejamento e Desenvolvimento das Atividades

O planejamento e o desenvolvimento das atividades variam de acordo com as especificidades dos locais em que as(os) psicólogas(os) estão inseridas(os), por ter um grande leque de diversidade em relação a essa inserção profissional, as formas de organização das atividades das(os) trabalhadoras(es) vão seguir também essas nuances. Em um dos hospitais, que atende somente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo, há um trabalho bastante voltado para a busca por uma interlocução com outros serviços da rede do município; realizam atividades fora do hospital sobre temáticas específicas; colaborando com as conferências de saúde mental desenvolvidas no ano de 2010 em municípios de todo país. O grupo de psicólogas(os) deste hospital reúne-

se semanalmente para organizar questões da categoria, procuram dar suporte e cobertura para o trabalho umas(uns) das(os) outras(os). No entanto, na maior parte do tempo, a atividade das(os) psicólogas(os) está mais voltada para o atendimento de usuários na internação. Neste caso, o planejamento das atividades se dá em conjunto com as equipes multiprofissionais. Há, ainda, casos que chegam buscando atendimento ambulatorial, na maioria, estes casos são encaminhados para a atenção básica e média complexidade em função da grande demanda de atendimento na alta complexidade.

Nos hospitais que trabalham por conveniamento, a realidade do trabalho das(os) psicólogas(os) é um pouco diferente da narrada anteriormente, em geral o fazer é mais individualizado e centrado exclusivamente nas atividades das equipes em que estão inseridos. Em alguns hospitais as(os) psicólogas(os) nem ao menos conhecem umas(uns) as(aos) outras(os), tendo dificuldade de reconhecer a expressividade da presença da categoria no hospital como um todo.

No que se refere aos atendimentos individuais, nos locais que fazem atendimentos na internação, em geral, esse trabalho é realizado junto ao leito do usuário com um caráter focal e, após a alta, os casos que necessitam de continuidade do atendimento são encaminhados para outros serviços da rede de atenção em saúde mental. Já nos atendimentos ambulatoriais, as consultas são agendadas de acordo com a disponibilidade

do próprio trabalhador.

Nos hospitais em que a atuação das(os) psicólogas(os) está mais voltada para o trabalho organizacional, as atividades são desenvolvidas e planejadas a partir dos indicadores de saúde dos funcionários do ano anterior, tomando como ponto de partida as questões mais ressaltadas nesses indicadores para a construção das estratégias de intervenção. Esse plano é feito de acordo com o planejamento estratégico do serviço de Psicologia deste hospital e acordado nas equipes. Dentre os principais problemas citados consta a necessidade de trabalhar com a prevenção de acidentes com material biológico, outras questões funcionais são trabalhadas em conjunto com o setor de Recursos Humanos. Nessa conformação, o trabalho das(os) psicólogas(os) adquire caráter de consultoria, as(os) profissionais não desenvolvem diretamente atividades de resolução de conflitos ou dinâmicas de grupo. Em geral, a equipe de Psicologia se divide em subequipes em função da grande quantidade de funcionários que os hospitais têm.

#### 4.3 Autonomia das(os) Psicólogas(os)

De forma unânime as(os) psicólogas(os) reconhecem que existe um bom espaço de autonomia para o planejamento e realização das ações. Em alguns locais, em função do ingresso recente das(os)

trabalhadoras(es), ainda existe um espaço a ser conquistado, mas são identificadas aberturas por parte dos gestores para tal.

#### 4.4 Principais técnicas e teorias utilizadas

- Uso de testes como Escalas Beck, Matrizes Progressivas de Raven e *Mini-Mental State Exam*.
- Estágios Motivacionais;
- Teoria Cognitivo-Comportamental;
- Psicanálise;
- Teoria Sistêmica;
- Psicodinâmica do Trabalho;
- Autores citados: Regina Benevides.

#### 4.5 Principais problemas vividos na prática profissional

As(os) psicólogas(os) afirmam que há uma demanda muito grande de atendimento para o número de funcionários nas equipes. As(os) profissionais avaliam que existe a necessidade de ampliação do quadro de psicólogas(os) das prefeituras para trabalhar na atenção básica e nos serviços de média complexidade, possibilitando que mais casos sejam atendidos nos seus territórios de referência, não tendo que chegar aos serviços de alta complexidade. Afirmam, ainda, que faltam locais para encaminhamento nas redes municipais

para usuários após alta hospitalar, principalmente para atendimento em saúde mental.

Em um dos municípios as(os) profissionais relataram algumas dificuldades importantes quanto ao trabalho junto à atenção básica em saúde. De acordo com a avaliação das(os) psicólogas(os) do local a gravidade dos casos que chegam até as UBS é negligenciada. As(os) profissionais indicam que as Unidades Básicas de Saúde acabam oferecendo atendimentos inadequados aos casos, o que já levou a alguns óbitos nos últimos tempos.

Outra análise feita pelas(os) psicólogas(os) é de que há falta de comprometimento com os usuários por parte do gestor e de alguns profissionais dos hospitais. Além disso, indicam que há dificuldades de comunicação interna nos hospitais junto às direções técnicas e administrativas. Ainda, outra queixa das(os) profissionais refere-se aos documentos e protocolos que não são específicos para psicólogos e sim votados para os registros dos atendimentos médicos.

## **5. Interdisciplinaridade**

Na grande maioria dos relatos é possível perceber que embora as(os) psicólogas(os) estejam inseridas(os) em equipes multidisciplinares, a construção de um trabalho interdisciplinar ainda permanece distante do cotidiano dessas equipes. As(os) trabalhadoras(es) conseguem identificar a demanda de atuação em parceria

com outros profissionais nos casos que atendem, mas a interlocução se dá mais no nível do encaminhamento e no entendimento da complementaridade dos diferentes tipos de atendimento, do que na construção de um trabalho conjunto. Em alguns serviços, por exemplo, reconhecem a importância das questões psicossociais nos casos e referem quanto à necessidade de um atendimento com assistentes sociais, ou ainda, da importância de alguns usuários passarem por avaliações médicas para a regulação da medicação dos psicofármacos ou a necessidade de descartar implicações orgânicas em casos de pacientes com sofrimento psíquico. Quando há algum trabalho interdisciplinar, em geral, este está relacionado a espaços como reuniões de equipe ou discussões de casos que ocorrem tanto nesses espaços formais, quanto nos corredores das unidades hospitalares. Entretanto, em algumas equipes existem tensões com médicos psiquiatras, relacionadas à disputa pelo campo de atuação, principalmente quanto à competência sobre a realização de psicoterapias.

## **6. Outras práticas e inovações**

De maneira geral, as(os) profissionais não identificaram práticas que adquiram destaque pelo caráter inovador, a inserção das(os) psicólogas(os) no campo hospitalar está associada a uma tradição que já possui reconhecimento e ações consolidadas. No entanto,

a partir do encontro é possível identificar algumas atividades que buscam a construção de novas práticas, dentre elas o envolvimento das(os) psicólogas(os) em atividades do Humaniza SUS e articulações com as redes de serviços dos municípios que dialogam com a construção e consolidação das políticas públicas.

## **7. Implicações éticas**

Como implicações éticas as(os) profissionais referiram a não valorização, pela gestão hospitalar, de ações propostas pelas(os) psicólogas(os) que poderiam levar a melhoria nas condições de saúde mental dos usuários e em uma maior qualidade das relações de trabalho no ambiente hospitalar.

Outro ponto referido pelas(os) psicólogas(os) é o de que alguns profissionais ainda atuam na lógica do encaminhamento, associado à passagem do compromisso sobre o cuidado, havendo pouco comprometimento com os usuários.

## **Ciclo 2**

### **Atuação das(os) Psicólogas(os) nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)**

## **RELATÓRIO DOS GRUPOS DE PSICÓLOGOS**

### **1. Dados CREPOP**

CREPOP/CRP: 07

Conselheira de Referência: Ivarlete Guimarães  
França

Assessora Técnica de Políticas Públicas: Sílvia  
Giugliani

Assistente de Pesquisa: Carolina dos Reis (a partir  
de maio/2010)

Estagiárias(os): Juliana Cidade e Edson Barbosa

Reladoras: Sílvia Giugliani e Carolina dos Reis

Datas: 26/05/2010 – Porto Alegre

10/06/2010 – Caxias do Sul

24/06/2010 – Pelotas

Local das Reuniões: Sede do CRPRS Porto Alegre e  
Subsedes de Caxias do Sul e Pelotas

Duração das Reuniões: 2h e 30min

Número de participantes nos encontros  
presenciais: 35 psicólogos(os)

### **2. Processo de mobilização**

Período dedicado à mobilização: 05 de abril a 25  
de junho de 2010.

Durante esse período foi possível realizar contato com as(os) psicólogas(os) que atuam nos Centros de Referência de Assistência Social - CRAS dos municípios do estado do Rio Grande do Sul que possuem mais de 50mil habitantes, o que representou um total de 47 municípios. Esse contato foi realizado, inicialmente, com as Secretarias Municipal e Estadual de Assistência Social. Essa primeira aproximação teve por objetivo apresentar o CREPOP para aquelas Secretarias em que nosso trabalho ainda não se fazia conhecido, pois várias delas já têm presente a existência e o tipo de atuação que o CREPOP realiza, em função das pesquisas anteriores que envolveram serviços ligados à Política de Assistência Social. Ainda, objetivou-se pontuar a importância dessa pesquisa junto às coordenações dos CRAS, no sentido de valorizar esse espaço de troca e formulação para toda categoria profissional e para o trabalho individual de cada psicóloga(o). Esses contatos implicam não somente na facilitação da liberação das(os) profissionais para a participação na pesquisa como dão visibilidade a essa atividade como algo significativo e positivo para a melhoria do trabalho da(o) profissional. Após esse período inicial, foram realizados contatos telefônicos diretamente com as(os) psicólogas(os) dos CRAS desses municípios. Através desse mapeamento foram localizados 110 serviços nessa modalidade, a maioria deles conta com a presença de psicólogas(os), no entanto, em muitos municípios uma(um) mesma(o) psicóloga(o) atua em mais

de um serviço, dividindo sua carga horária.

Além dos contatos telefônicos, foram enviados os cartazes e folders de divulgação para as Secretarias Municipal e Estadual de Assistência Social e para os serviços de CRAS que contavam com um número significativo de psicólogos(os). Foram enviados, ainda, e-mails informativos sobre a pesquisa com a divulgação das datas dos encontros e com o link incentivando para a participação na pesquisa online. As atividades foram divulgadas também pela comunicação social através do site do CRPRS, do jornal Entrelinhas e via newsletter à todas(os) as(os) psicólogas(os).

Foram realizados três encontros que compõem esse relatório, o mais representativo deles foi realizado em Porto Alegre e contou com a presença de 26 psicólogas(os), houvera outros dois encontros nas subsedes do CRP localizadas na região de Caxias do Sul e de Pelotas.

### **3. Dinâmica da Reunião**

Destacou-se a presença de profissionais das mais diversas cidades do interior do estado. Havia um clima de bastante expectativa frente à possibilidade de aproveitar o espaço da reunião como um espaço de formação, capacitação, troca de experiência e de dividir dificuldades que são enfrentadas no cotidiano de trabalho. As(os) psicólogas(os) puderam compartilhar o sentimento de

estar sozinhas(os) em meio a um campo que é eminentemente e ainda na grande maioria ocupado por profissionais do Serviço Social.

Durante o encontro as(os) profissionais puderam reconhecer a importância das(os) psicólogas(os) que atuam na Assistência Social poderem se reunir para discutir o seu papel dentro desse campo das políticas públicas. Havia psicólogas(os) que atuam em CRAS de um mesmo município que ainda não se conheciam e que a partir da reunião do CREPOP puderam identificar as dificuldades de articulação entre os serviços, que perpassam o trabalho dentro de suas cidades. Em dois municípios que possuem um número bastante significativo de CRAS as(os) psicólogas(os) conseguiram organizar entre elas(es) encontros sistematizados para dar continuidade às discussões produzidas nos encontros presenciais da pesquisa, a partir de questões do seu município. Ao final da reunião houve um forte reconhecimento da potência daquele espaço e foi expresso por todos o desejo de que mais encontros fossem organizados.

### 3.1 Pontos de vista compartilhados

- Necessidade de construção de espaços de troca e de capacitação entre as(os) psicólogas(os) da Assistência Social;
- Importância das capacitações oferecidas pelo

gestor e, de as(os) profissionais conhecerem os marcos legais e teóricos que compõem o SUAS;

- Importância do CRAS: atuar enquanto articulador dos serviços e recursos que existem na comunidade de forma intersetorial;

- Necessidade de avançar em relação à construção de uma prática interdisciplinar;

- Necessidade de reforçar a relação entre os CRAS e os CREAS no que se refere ao trabalho de referência e contra-referência;

- Reconhecimento de que a Assistência Social não deve ser o espaço de desenvolvimento de atendimentos psicoterápicos;

- Afirmação de que a clínica é uma importante ferramenta do psicólogo que ajuda a construir um olhar sobre as questões individuais, familiares e institucionais.

### 3.2 Pontos de divergência

Um ponto de divergência importante dentro do grupo foi quanto à questão do trabalho interdisciplinar com as assistentes sociais, algumas(ns) psicólogas(os) avaliam que deve haver uma divisão das tarefas, separando aquilo que é específico da demanda do Serviço Social, entendido como, cadastro de bolsa família, busca por documentos e benefícios e às(aos) psicólogas(os) devem ser delegadas tarefas relacionadas a questões mais emocionais que o permitam operar através da prática da

escuta. No entanto, outras(os) psicólogas(os) entendem que essa divisão do trabalho com as assistentes sociais não deve ser dada por meio de instrumentos ou atividades, mas deve ser uma diferença marcada pela especificidade do olhar de cada profissão que juntas só têm a enriquecer o trabalho.

Outra questão é quanto ao entendimento do que seja o que diferencia o CRAS do PAIF (Programa de Atenção Integral à Família), em alguns locais ainda existe confusão quanto ao entendimento do que seja a atenção integral e de que tipo de acompanhamento se qualifica dentro dessa caracterização.

#### **4. Descrição e análise da atuação**

4.1 Atividades citadas pelas(os) profissionais como específicas do psicólogo no CRAS:

- Implantação do CRAS;
- Diagnóstico de comunidade;
- Acolhimento;
- Acompanhamento de situações familiares de maior vulnerabilidade;
- Grupos de convivência;
- Grupos de idosos;
- Grupos intergeracionais;
- Artesanato;
- Oficinas;

- Atendimento direto à comunidade;
- Implantação do Programa de Atenção Integral à Família - PAIF;
- Acompanhamento dos programas de Apoio Sócio Educativo em Meio Aberto – ASEMAS;
- Organização e coordenação do Pró-Jovem;
- Coordenação de grupos/projetos de fortalecimento de vínculos;
- Atuação no programa de inclusão produtiva;
- Atendimento no domicílio;
- Visita domiciliar;
- Avaliação psicológica;
- Distribuição de Bolsa Família;
- Fornecimento de outros benefícios;
- Reuniões de liderança junto ao Programa de Prevenção à Violência - PPV;
- Articulação com outras políticas públicas;
- Reuniões de equipe;
- Coordenação dos CRAS;
- Articulação para promoção de cursos de capacitação;
- Reuniões com a rede de serviços que compõem a assistência social, bem como outros serviços municipais;
- Discussão de casos em conjunto com a saúde ou a educação;
- Mapeamento de ruas das comunidades atendidas;
- Monitoramento e avaliação do trabalho do

próprio CRAS.

#### 4.2 Planejamento das atividades

As formas de organização e planejamento em cada serviço são bastante diferenciadas de uma região para outra. Em alguns municípios essa atividades são planejadas e desenvolvidas pelo conjunto da equipe que se organiza através de reuniões de equipe sistemáticas. Em outros, o trabalho é prioritariamente planejado e desenvolvido pela dupla psicólogo e assistente social. Nos CRAS em que existe um número maior de técnicos são organizadas reuniões entre esses, que assumem a responsabilidade pelo planejamento das tarefas. Entretanto, existem ainda outros serviços em que as(os) psicólogas(os) desenvolvem e planejam suas atividades de forma individualizada. Isso ocorre em função das dificuldades de manutenção das equipes como uma estrutura fixa, consequência do alto número de contratos temporários. Por fim, existem ainda muitos serviços que não conseguem planejar e avaliar as atividades que desenvolvem, agindo dentro de uma lógica emergencial de cumprimento de demandas.

O efeito disso é que se inviabiliza a construção de um trabalho de prevenção junto à comunidade, que realmente opere na lógica da promoção de cidadania e de diminuição das vulnerabilidades sociais. Em geral, os serviços não conseguem fechar as portas para planejar

ações, acabando por atender ininterruptamente a demanda que bate a porta. O resultado é um aumento constante da demanda, que poderia ser amenizado pela construção de outra frente de trabalho que operasse no fortalecimento das comunidades, a partir de seus próprios recursos e pela captação de outros possíveis de serem agregados.

#### 4.3 Autonomia das(os) psicólogas(os) no programa

Em muitos locais as(os) psicólogas(os) ocupam um espaço de destaque, tendo autonomia e liberdade de propor ações a partir de seu referencial de trabalho. Em outros, o exercício da autonomia das(os) psicólogas(os) está muito relacionado às dificuldades dos gestores em função do desconhecimento em relação ao próprio trabalho do CRAS e a função da Psicologia dentro desse, o que acaba em vários casos facilitando uma maior liberdade das(os) psicólogas(os) em definir qual é o seu papel dentro do serviço.

No entanto, na maioria dos locais a busca por maior autonomia tem sido um desafio constante. É comum a vários serviços as dificuldades com as coordenações que são, na grande maioria, feita por assistentes sociais. As(os) profissionais referem que recebem exigências para que desenvolvam as mesmas atividades do Serviço Social. Naquele momento, essa

demanda vinha sendo enfrentada com forte resistência por parte das(os) profissionais que buscavam situar a importância de manter as especificidades dos campos de trabalho.

Além disso, em alguns municípios, não era permitido a(o) psicóloga(o) fazer reuniões entre os membros da categoria ou sair para atividades de aperfeiçoamento e capacitação fora do serviço, atitudes como essas eram encaradas pelo gestor com desconfiança frente a possíveis articulações de enfrentamento à gestão. Em um dos municípios foi necessária a intervenção da equipe do CREPOP por meio de contato direto com o (a) secretário (a) de assistência social para liberação das(os) profissionais para o encontro presencial.

#### 4.4 Recursos técnicos, teorias e conceitos mais utilizados

Foram citadas:

- Teoria Psicanalítica – Sigmund Freud, Jacques Lacan;
- Esquizoanálise;
- Terapia Comunitária;
- Análise Institucional – Jose Bleger;
- Grupos Terapêuticos – Wilfred Bion, Pichon-Riviére, David Zimerman;
- Teoria Sistêmica;
- Teoria Narrativa;

- Psicoterapia Cognitivo-Comportamental – Albert Bandura;
- Psicoterapia Humanista;
- Psicodrama – Jacob Levy Moreno;
- Dinâmicas de Grupo;
- Genetograma e Anamnese Familiar.

#### 4.5 Principais problemas vividos na prática profissional

O problema que mais foi destacado pelas(os) profissionais foi quanto às dificuldades de estruturação das equipes. Existe ainda muita precariedade na forma de contratação de trabalhadores pelas prefeituras, muitos são por contratos emergenciais, com baixos salários, o que provoca uma alta rotatividade prejudicando a organização do trabalho e estruturação do próprio serviço. Muitas equipes ainda não estão com a formação completa, já em outros serviços, embora a formação das equipes esteja completa, os coordenadores são cargos comissionados ocupados por pessoas sem formação técnica alguma. Em outros serviços não existe ainda a figura da coordenação, o que por um lado gera mais autonomia as(aos) profissionais, mas, por outro lado, dificulta a organização do serviço e as formas de comunicação com a gestão. Existem municípios em que não há uma secretaria específica para a Assistência Social, estando os CRAS vinculados ora a Secretarias de

Educação, ora a Secretarias de Saúde. Essa questão modifica e direciona as ações de forma diferenciada em relação ao que está proposto na Política de Proteção Social Básica, que toma como foco central as ações de garantia de direitos.

Além disso, outra dificuldade enfrentada é quanto à falta de outros recursos e a própria estrutura física dos serviços. Alguns descreveram seu local de trabalho como casinhas de madeira com quatro peças. A maioria não possui divisórias adequadas entre as salas para isolamento sonoro, alguns estão instalados em casas alugadas ou com situação irregular que não permite que sejam feitas obras no local. Em um serviço visitado, o CRAS funciona em uma casa construída em um local de invasão, as paredes estão arruinadas e existem remendos feitos no improvisado pelas(os) próprias(os) profissionais. Em um município os CRAS foram colocados em espaços que eram ocupados por outras organizações e associações comunitárias, essa situação gerou um grande mal-estar entre o serviço, esses grupos e a comunidade. Falta carro para transporte, salas para atendimento, computadores, conexão com a internet, material para realização de atendimentos e oficinas. Faltam telefones nas salas – em geral só há um telefone na recepção, o que também prejudica a manutenção do sigilo das informações.

Outro fator importante trazido pelas(os) profissionais no encontro foi quanto ao desconhecimento

do papel do CRAS pelas comunidades, em função de sua recente implementação. O efeito disso é que a comunidade busca o serviço com as mais diversas demandas, não relacionadas àquilo que é oferecido no CRAS. Além disso, o Conselho Tutelar, outro importante componente do Sistema de Garantia de Direitos, faz freqüentes encaminhamentos equivocados para o CRAS. Ainda, referiu-se que muitos outros serviços da rede e organizações da sociedade civil também não têm presente qual é a função do CRAS e a especificidade dos serviços oferecidos à comunidade. Essa questão tem sido enfrentada pelas(os) psicólogas(os) através da busca do diálogo com esses serviços e com a comunidade. No entanto, nem sempre esse diálogo ocorre de forma fácil, sendo necessários investimentos constantes por parte dos CRAS.

Por fim, uma questão de relevância que atravessa o cotidiano dessas(es) profissionais é quanto à questão da psicoterapia. A grande maioria das(os) profissionais compreende que a assistência social não é o espaço para realização de psicoterapia. Essa mesma perspectiva é apontada como direcionamento por grande parte dos gestores. No entanto, diante da constatação de que as(os) psicólogas(os) não devem fazer psicoterapia, no CRAS, muitas(os) profissionais ainda se questionam sobre o papel da Psicologia no SUAS. Naquele momento, ainda em 2010, as(os) profissionais estavam buscando realizar atividades de capacitação e produção de

referenciais teóricos que contribuam na construção de outras formas de trabalho. No entanto, essa questão da psicoterapia parece ser algo que retorna continuamente ao debate. No encontro algumas(ns) psicólogas(os) afirmaram que, embora não façam psicoterapia, também não tem como provar aos colegas e à coordenação que o que fazem quando estão com os usuários dentro da sala de atendimento não é psicoterapia, mas outras formas de atendimento e acompanhamento das famílias, questão essa que precisa ser aprofundada e nomeada pela categoria. Por outro lado, sentem-se impotentes quando não encontram subsídios na rede de saúde que ofereçam psicoterapia.

Isso ocorre principalmente, quando não existe uma psicopatologia de caráter psiquiátrico, como em casos de mulheres vítimas de violência, pois, a menos que estejam em crises agudas depressivas ou tendo episódios de surto psicótico, não existem espaços que acolham essas pessoas na rede de saúde mental. Algumas(ns) psicólogas(os) acabam oferecendo psicoterapia em casos como esses, por entenderem que eticamente têm um compromisso de cuidado para com os sujeitos. Por outro lado, reconhecem que quando o psicólogo realiza atendimentos que não são o foco da Assistência Social, por uma deficiência na rede de Saúde, acabam por deixar de fazer algumas atividades que seriam específicas dos CRAS, logo esta acaba sendo uma resposta que não dá conta das deficiências nas redes de atendimento.

Outras(os) profissionais afirmam que quando não conseguem encaminhar para a rede de saúde ou quando não obtém sucesso em estabelecer contato direto com as(os) profissionais da rede de saúde mental, tentando sensibilizá-los para os casos, eles enfrentam essa questão pelo que chamaram de três vias: uma delas é a de acionar o Ministério Público, exigindo que os casos sejam atendidos na rede; outra é encaminhando relatório à Secretaria a qual estão vinculados, pontuando a necessidade e importância de que o atendimento ocorra junto aos serviços de saúde; e, a última, é a de oferecer um acompanhamento ao usuário enquanto essas outras medidas não surtem efeito.

#### 4.6 Interdisciplinaridade

As(os) profissionais enfrentam muitas dificuldades na construção do trabalho interdisciplinar nas equipes. Um dos fatores que dificultam é a alta rotatividade de trabalhadores nos serviços, em razão das frágeis condições dos contratos de trabalho. Esse fator impede a construção de um trabalho conjunto, pois quando começam a adquirir diretrizes comuns ocorre alguma mudança na composição das equipes.

Além disso, as(os) psicólogas(os) percebem que ainda há muito desconhecimento quanto à especificidade do trabalho do psicólogo por parte do gestor e das assistentes sociais. Nesse sentido, destacaram a

importância de conhecer a competência de cada área para que as(os) profissionais conseguissem potencializar ações em conjunto. Em vários locais as(os) profissionais questionavam se deveriam realizar as mesmas atividades do Serviço Social, como cadastro de famílias no programa Bolsa Família, confecção de documentos, entre outros. Algumas(ns) psicólogas(os) entendem que essas atividades são espaços potenciais de trabalho, afirmam que por trás de algumas situações de busca de benefício podem ser identificadas situações de abandono de idosos, violência intrafamiliar, evasão escolar, entre outras questões. Entendem que se bem conduzidos os atendimentos, essas violações de direitos podem ser percebidas pelo profissional por meio da escuta. Nesse sentido, destacam a importância do psicólogo se inserir também nesse tipo de atividade. Por outro lado, algumas(ns) entendem que essas demandas não devem ser atendidas pelas(os) psicólogas(os), justificam que em geral existem mais assistentes sociais do que psicólogas(os) nas equipes, isso acaba gerando uma sobrecarga de trabalho para a(o) psicóloga(o) nos atendimentos que são definidos como específicos dessa(e) profissional, em geral situações de significativo caráter emocional.

Em alguns CRAS as(os) psicólogas(os) e assistentes sociais buscam construir espaços de ação conjunta, no entanto, enfrentam dificuldades quanto à organização e distribuição da carga horária. Relatam que, a pedido da

coordenação e da gestão as(os) profissionais, devem se dividir para dar cobertura no tempo em que o serviço estiver aberto, como a carga horária, em geral, é de 20h ou 30h, resulta que as(so) profissionais pouco se encontram dentro do serviço nessa distribuição.

## 5. Outras práticas e inovações

O próprio CRAS representa uma inovação no que se refere às práticas na Assistência Social, isso fica marcado no momento em que se troca a lógica assistencialista por uma política pautada pela racionalidade da garantia de direitos. Nessa reorganização, os direitos civis tomam lugar central, o efeito disso, é uma reorganização da demanda a partir da constatação dos direitos já violados, direcionados para o CREAS, entendidos como média complexidade e a prevenção e promoção de direitos, direcionada ao atendimento feito pelos CRAS. Nesse sentido, a própria lógica do Programa Bolsa Família traz uma perspectiva de que a família possa ter autonomia para administrar o benefício recebido em dinheiro e não mais em alimento, gás, vale transporte, entre outros.

Essas mudanças ainda enfrentam resistência por parte de alguns técnicos dentro das equipes de CRAS que ainda operam a partir de uma lógica assistencialista. Além disso, essa possibilidade de administração do benefício do Programa Bolsa Família é, em muitos serviços,

acompanhada com forte vigilância dos técnicos que julgam o bom ou mau investimento que a família vem empreendendo do benefício. Muitas vezes, o que está por trás disso é o entendimento de que a família deve buscar, com o dinheiro que recebe as condições mínimas de sobrevivência, entendidas somente como moradia e alimentação. No entanto, muitas famílias utilizam o dinheiro para atividades de lazer ou cultura, embora usufruir disso também seja direitos sociais, essa atitude é mal vista por algumas(ns) profissionais.

No que se refere a atividades mais específicas inovadoras, podem ser pontuadas algumas experiências que efetivamente tem conseguido avançar em direção à promoção de direitos e diminuição de vulnerabilidades sociais como trabalhos realizados junto a escolas que tem como foco a prevenção da violência, conscientização sobre a exploração do trabalho infantil e demais orientações para pais e crianças.

No mais, alguns serviços têm investido na construção de propostas de estágio curricular em psicologia para o trabalho nos CRAS.

## **6. Implicações éticas**

Foram citadas questões referentes ao cuidado em relação ao sigilo das informações, por falta de instalações adequadas no serviço, os atendimentos, acolhimentos e acompanhamentos são realizados em salas sem o

isolamento adequado. Muitas informações circulam pelos funcionários das portarias dos CRAS que não possuem formação técnica, nem o mesmo cuidado com o sigilo que os técnicos entendem necessário. Além disso, as informações sobre as famílias circulam também pelas Secretarias Municipais de Assistência Social, alguns relatórios são endereçados inclusive para os (as) próprios (as) Secretários (as). Em municípios menores essa situação se agrava pela proximidade das pessoas que trabalham nos serviços e ao mesmo tempo pertencem às comunidades atendidas ou conhecem pessoas dessas comunidades, por isso a circulação de informações pessoais acaba sendo mais difícil de ser contida, quando não adequadamente administrada em relação à confidencialidade.

## RELATÓRIO DOS GRUPOS MULTIPROFISSIONAIS

### 1. Dados CREPOP

CREPOP/CRP: 07

Conselheira de Referência: Ivarlete Guimarães  
França

Assessora Técnica de Políticas Públicas: Silvia  
Giugliani

Assistente de Pesquisa: Carolina dos Reis (a partir  
de maio/2010)

Estagiárias(os): Juliana Cidade e Edson Barbosa

Reladoras: Silvia Giugliani e Carolina dos Reis

Data: 11/06/2010 – Porto Alegre

10/06/2010 – Caxias do Sul

24/06/2010 – Pelotas

Local da Reunião: Sede do CRPRS Porto Alegre e  
Subsedes de Caxias do Sul e Pelotas.

Número de participantes: 29 entre gestores,  
psicólogas(os) e demais atores da política pública.

Duração da Reunião: As reuniões tiveram duração  
de 2h30min até 3h.

### 2. Processo de mobilização

O processo de mobilização destinado aos gestores  
e demais trabalhadores da política pública em foco foi

realizado conjuntamente com o processo de mobilização das(os) psicólogas(os), já detalhado no relatório do encontro presencial de psicólogas(os).

### **3. Descrição dos serviços e da Política de Proteção Social Básica do estado do Rio Grande do Sul**

O estado do Rio Grande do Sul possui 496 municípios, destes, a grande maioria é composto por áreas rurais e abrigam uma população de menos de 2.000 habitantes. Como colocado acima, nessa pesquisa foram investigados os municípios que possuem mais de 50.000 habitantes, o que representa um total de 47 cidades. Embora esse número possa, aparentemente, ser pouco representativo em relação ao total de cidades do estado, se compararmos os dados populacionais, esses municípios somados representam um total de 6.726.058 habitantes. Uma vez que, a população do Rio Grande do Sul, segundo dados do IBGE de 2010, é de 10.914.218, nessa pesquisa foram investigadas as regiões dos estados que oferecem serviços de Proteção Social Básica para 61,62% da população rio-grandense. Distribuídos nos municípios investigados, foram localizados 95 serviços do tipo Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), nestes havia um total de 87 psicólogas(os) em atuação. Embora seja um número significativo, existem ainda 13 serviços que não possuem psicólogas(os) e muitas(os) profissionais atuam com carga horária dividida entre dois

CRAS ou mesmo com outros serviços da Assistência Social do município no qual estão lotados.

Além dos números citados existe<sup>16</sup> ainda na capital do estado 09 Centros Regionais e 01 módulo da Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC), que é quem implementa no município os serviços e programas da Política de Proteção Social Básica. A FASC conta hoje com 14 psicólogas(os), incluindo as(os) profissionais concursadas(os) e as(os) contratadas(os) que trabalham nos Programas de Atenção Integral à Família (PAIF). A previsão é que sejam implantados 32 CRAS na cidade de Porto Alegre, que substituirão essa estrutura existente. Desta forma não é possível precisar o total de psicólogas(os) que atuam na Política de Proteção Social Básica do estado do Rio Grande do Sul, pois em muitos municípios não abrangidos na pesquisa existem psicólogas(os) desenvolvendo suas práticas nos CRAS. Embora ainda não seja viável percorrer o total dos serviços existentes no interior do estado, reconhecemos que, muitas vezes, municípios de menor porte abrigam experiências bastante ricas e diferenciadas junto às políticas públicas. Nos grupos em que tivemos a oportunidade de ouvir relatos de profissionais de cidades de pequeno porte identifica-se que muitas vezes a maior proximidade com o gestor, permite a diminuição dos

---

<sup>16</sup> Esses dados foram coletados no ano de 2010, desde então a FASC já passou por uma reestruturação e conversão das suas unidades para os modelos propostos na Política Nacional de Assistência Social.

fluxos burocráticos, facilitando o desenvolvimento do trabalho dos técnicos. Por fim, consideramos importante ressaltar, ainda, que todos os CRAS contatados são unidades municipais.

Os CRAS, enquanto responsáveis – nos municípios – pela efetivação da Política de Proteção Social Básica, aglutinam alguns programas pré-existentes e atuam na construção de novos. Vinculados ao CRAS no Rio Grande do Sul estão programas e atividades como:

- Programa de Atenção Integral à Família (PAIF);
- Programa Bolsa Família;
- Programa Pró-Jovem;
- Programa de Prevenção à Violência (PPV);
- Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI (em muitos municípios ainda há o entendimento de que este serviço deve estar vinculado ao CRAS);
- Programa de Apoio Sócio Educativo em Meio Aberto (ASEMA);
- Programa de Inclusão Produtiva;
- Programa Primeira Infância Melhor – PIM (em parceria com o Governo do Estado do RS);
- Programa de Aquisição de Alimentos (busca de parcerias no combate à fome).

É bastante significativa a presença de organizações não governamentais no campo da Assistência Social no Rio Grande do Sul, em alguns municípios grande parte dos programas federais são implementados por ONGs em função da deficiência das estruturas próprias. Essa

realidade tem sido aos poucos modificada com a presença dos CRAS que vão assumindo a execução da política de Proteção Social Básica de forma mais integral. No entanto, as ONGs ainda permanecem como parceiras importantes dos serviços como os CRAS. Em diversos municípios foram relatadas situações como a falta de espaço físico adequado para a realização de oficinas, que são solucionadas pela parceria com ONGs. No entanto, nem sempre essa parceria é vista como produtiva, em algumas cidades as ONGs assumem importantes programas como o Pró-Jovem sem que haja uma estrutura e supervisão adequada da forma como o programa vem sendo executado. Muitas vezes, a baixa remuneração das(os) profissionais nessas organizações aumenta a rotatividade dos contratados; esse fato prejudica a construção de um trabalho contínuo entre as ONGs e os CRAS, muitas(os) profissionais quando finalizam suas capacitações acabam saindo do serviço. Essa situação tem como ponto mais negativo a contribuição para uma fragilização da política de proteção social básica.

#### **4. Situação atual da Política de Proteção Social Básica**

4.1. Principais dificuldades relatadas pelas(os) profissionais para a execução da Política de Proteção Social Básica

Embora o SUAS, por meio também dos CRAS, inaugure uma nova lógica na Assistência Social brasileira que busca uma inversão na cultura assistencialista substituindo-a por uma cultura da garantia de direitos, essa racionalidade ainda não tem sido efetiva no cotidiano das práticas dos serviços contatados. É grande o número de unidades que entende que a única forma de vincular os usuários ao CRAS é por meio dos benefícios. Em função disso, alguns locais fazem, inclusive, propaganda dos benefícios que tem a oferecer, caso as pessoas participem das atividades do CRAS. Embora essa seja a forma como alguns serviços têm buscado a vinculação com a comunidade, há uma forte crítica dos trabalhadores em relação aos usuários, atribuindo a esses últimos toda a responsabilidade pela impossibilidade de mudança nas práticas da assistência social. Muitos profissionais não percebem o papel que o próprio serviço acaba tendo na manutenção dessa lógica. Em geral as(os) psicólogas(os) inseridas(os) nesses serviços possuem uma boa leitura institucional e buscam enfrentar essa postura das equipes embasadas(os) no que está proposto no SUAS. No entanto, afirmam que os técnicos que estão trabalhando há muitos anos na política de Assistência Social parecem ter dificuldade em operar a partir dessa nova racionalidade.

As(os) psicólogas(os) afirmaram que a prática junto a esse campo das políticas públicas foi bastante distante durante a formação acadêmica, refletem que a

graduação em psicologia ainda não conseguiu acompanhar as mudanças nos campos de trabalho do psicólogo, sendo os cursos ainda fortemente voltados para o trabalho na clínica privada. Mesmo que sejam trabalhadas questões para além da clínica tradicional, não se consegue produzir acúmulos para a prática que não tenha como foco esse fazer da clínica, centrado nas ações de serviços de saúde mental.

Em função disso, embora as(os) profissionais estejam apropriadas(os) da leitura dos marcos teóricos e busquem bastante suporte na literatura, muitas(os) ainda não conseguem construir estratégias por meio das quais seja possível colocar em prática as ações preconizadas pelo SUAS. A saber: estratégias para conhecer a comunidade, as áreas de maior vulnerabilidade, as incidências do território em que os CRAS estão inseridos, entre outros. Por outro lado, existem psicólogas(os) que já vem desenvolvendo esse trabalho, construindo práticas direcionadas para essas questões, mesmo antes da criação do SUAS. A troca entre essas(es) profissionais permitiu que se construísse um diálogo sobre a importância de: “circular pela comunidade”<sup>17</sup>, “fazer diagnósticos comunitários e permanecer próximo do território, podendo perceber as mudanças que nele operam e fazer parte desses movimentos sempre que adequado”, “fortalecer os vínculos na comunidade”, em

---

<sup>17</sup> As expressões entre aspas fazem referência às palavras literais usadas pelos profissionais na descrição de seu trabalho.

certas situações “criar um sentimento de pertença àquele espaço”, “fortalecer grupos e ações já existentes na comunidade”, entre outros.

Outra questão bem importante que foi trazida nos encontros foi quanto à dificuldade de conseguir trabalhar no sentido da prevenção e diminuição das vulnerabilidades sociais, que é outra grande mudança que o CRAS vem promover. Em função da grande demanda de trabalho, as equipes não conseguem fazer busca ativa e resta pouco tempo para o planejamento de atividades de promoção. O efeito disso, é que os usuários chegam ao serviço quando já tiveram seus direitos violados e sua situação agravada. As(os) profissionais afirmam que em função do grande número de CRAS e pequeno número de CREAS, o primeiro acaba atendendo muitas das demandas que deveriam ser atendidas no segundo, o que tem como efeito a acumulação do trabalho em torno daquilo que seria próprio da especificidade de atendimento do CRAS. Assim cria-se uma lógica de funcionamento da qual a equipe não consegue se desvencilhar, pois ao deixar de fazer o trabalho de prevenção e promoção, em função da demanda que chega diariamente ao serviço, as condições de vida das famílias se agravam; o que resulta em mais famílias com direitos violados. Uma possibilidade de romper com esse funcionamento, que tem sido realizada em alguns serviços, é através de espaços de reunião e organização das atividades com a equipe. Estes são horários em que as portas do serviço são fechadas ou em

que o serviço permanece somente com um secretário/administrativo/estagiário que recebe a população e explica sobre o fechamento, o porquê de os técnicos não estarem disponíveis para atendimento direto da comunidade e passa as orientações cabíveis.

#### 4.2. Sobre a Rede de Referência

Uma das questões mais discutidas durante os encontros foi justamente a importância de trabalhar em coordenação com a rede de serviços que existe nos municípios e das dificuldades encontradas ao construir e/ou articular essas redes. As(os) profissionais referem uma dificuldade de articulação dentro da própria Assistência Social entre CRAS e CREAS. Em diversos municípios existem funções que se confundem entre ambas as unidades, isso se dá desde o atendimento de demandas de usuários que já tiveram seus direitos violados que são atendidos pelos CRAS, até ações específicas com atendimento às vítimas de violência, abuso sexual ou exploração do trabalho infantil. Além disso, as(os) profissionais não conseguem ter presente como se dá a articulação do trabalho entre os serviços, por exemplo, quando uma família é atendida pelo CREAS por ter algum direito violado; continuando o vínculo com o CRAS pelas demais questões de vida dessa família. A pergunta que se fazem é: como fica então a especificidade e os tipos de atendimento que cada

unidade deve oferecer? Em alguns municípios a distância entre as equipes do CRAS e do CREAS é tão significativa que os CREAS não recebem usuários encaminhados diretamente do CRAS, somente do Conselho Tutelar (CT), o que deforma a lógica construída pelo SUAS da organização dos serviços em níveis de assistência.

Em relação ao Conselho Tutelar, a maioria das(os) profissionais afirma que ainda não há por parte do CT um entendimento de qual seja o papel do CRAS. Afirmam que muitas demandas vêm encaminhadas de forma equivocada. Outras vezes, os encaminhamentos são direcionados aos CRAS, pois é o único serviço público daquele município que possui psicólogo e que é possível de ser acessado de forma direta. Essas questões têm sido enfrentadas pelas(os) profissionais através da negativa de cobrir demandas que não são específicas do serviço e estão além das atribuições do psicólogo na assistência social. Procuram então localizar os espaços adequados e fazer os encaminhamentos cabíveis, via gestão municipal e/ou via Ministério Público (MP).

O Ministério Público, por sua vez, ao mesmo tempo em que é acionado por esses serviços, também é uma das instituições que mais faz encaminhamentos de usuários para o CRAS. Em alguns municípios as determinações judiciais são direcionadas à prefeitura ou à secretaria de assistência social que redireciona a demanda, mas – via de regra – são feitos encaminhamentos diretos aos serviços. De acordo com

as(os) profissionais, muitos desses encaminhamentos também são errôneos ou têm como fundamento o fato de os CRAS serem os únicos na rede capazes de prestar algum suporte à família, mesmo que não seja uma demanda de atendimento direto da assistência social. À essa postura do MP as(os) profissionais respondem através de pareceres e relatórios que explicam as situações e os encaminhamentos corretos. No entanto, de maneira geral o MP reage a partir de seu lugar de autoridade comprometido com a garantia de que esses indivíduos recebam algum tipo de atenção da rede, afirmam que na falta de alguns serviços essa demanda deve ser redirecionada a outros. A presença do MP acaba se constituindo por uma dupla via. Por um lado, temos essa judicialização das políticas públicas que provoca um nó ainda maior na organização dos fluxos dentro da rede, por outro lado, em muitos casos é somente através do MP que é possível garantir as condições mínimas de atendimento, em função da fragilidade em que se encontram as redes de serviços públicos.

Outras grandes dificuldades são enfrentadas em função das escolas, que encaminham as crianças para o CRAS que deveriam ser direcionadas para os serviços de saúde mental. No entanto, como para chegar a um atendimento via equipes de saúde mental ou CAPS é necessário o encaminhamento das unidades de saúde, acabam por procurar o CRAS como um caminho mais rápido para o atendimento psicológico.

Quanto aos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), as(os) profissionais dos CRAS questionam o não atendimento de pessoas que estão com significativo sofrimento psíquico, mas não apresentam um quadro de uma psicopatologia diagnosticada. Em um dos municípios as(os) técnicas(os) relataram que receberam uma lista com os tipos de doenças que eram atendidas nos CAPS, mas não recebiam usuários com suspeita de uma determinada patologia, o usuário já tem que ter sido diagnosticado previamente para chegar ao CAPS. A crítica das(os) profissionais é que o olhar do serviço está voltado para o atendimento de patologias e não de sujeitos.

Em alguns municípios os CRAS já conseguiram fazer aproximações maiores com a rede e com as comunidades, principalmente, construindo parcerias com os serviços de saúde da atenção básica. Em geral as(os) profissionais reconhecem que uma das funções do CRAS é o de ser o articulador da rede nas comunidades em que está inserido. Em relação a isso, os serviços têm procurado provocar encontros ou reuniões de rede municipais ou regionais. Em algumas cidades essa experiência tem produzido aproximações, construído parcerias e permitido que os serviços se conheçam e reconheçam. Mas ainda há lugares em que esses espaços de reunião de serviços são utilizados pela gestão para promoção político partidária.

## **5. Potencialidades e possibilidades do campo de trabalho**

As(os) profissionais ressaltaram a importância do trabalho que o CRAS vem construindo junto às comunidades, da potencialidade que essa nova forma de pensar a assistência social propicia ao deixar de lado a lógica paternalista e centralizar o trabalho na lógica da garantia de direitos e da promoção da autonomia. Ressaltam a importância de estar próximo à comunidade e de construção de um vínculo que valorize as ações e espaços já existentes no território. Entendem que a importância da inserção do psicólogo nesse campo se dá, justamente, na construção de trabalhos preventivos. Na grande maioria dos serviços as(os) psicólogas(os) têm sido convocadas(os) a assumir a coordenação de diversos projetos. Ao mesmo tempo em que isso demonstra a valorização do trabalho das(os) profissionais, tem como efeito uma sobrecarga de trabalho que se sustenta no fato de que em todas as ações do CRAS o olhar do psicólogo se faz necessário.

## **6. Limitações da política pública**

Além das dificuldades já citadas nos itens anteriores, a saber: desarticulação da rede de serviços; manutenção da cultura assistencialista; atravessamentos de interesses partidários; intervenções equivocadas do

Ministério Público; formação acadêmica distante da realidade do campo de trabalho; dificuldade na realização de trabalhos preventivos e de busca ativa; dificuldade na interlocução com o CREAS; foram ainda, apontadas dificuldade quanto à organização das equipes. Este fato é agravado pela fragilidade dos contratos de trabalho; de acordo com as(os) profissionais, quando estão conseguindo estruturar ações conjuntas ou capacitar brinquedistas e oficinairos, por exemplo, estes têm os contratos são encerrados e um novo grupo se forma. Além disso, existem muitas funções que são assumidas por profissionais com cargos comissionados ligados a indicações partidárias. Em alguns casos a própria coordenação do CRAS é assumida por pessoas que não são concursadas e não tem nenhuma formação técnica.

Outra questão que pode ser evidenciada a partir dos encontros presenciais é a falta de articulação com o Controle Social. Em nenhum momento os Conselhos de Direitos foram citados como possíveis parceiros para avançar frente às dificuldades relatadas.

## **7. Considerações sobre a política pública**

As(os) psicólogas(os) têm adquirido um importante espaço dentro do campo da política pública abordada. A participação da Psicologia na política de Proteção Social Básica tem contribuído para uma

mudança nas práticas da assistência social, produzindo deslocamentos em relação ao lugar paternalista em que tradicionalmente foi fundado. O CRAS têm se constituído em vários municípios como um articulador na construção de interlocuções com as redes de serviços governamentais e não governamentais. No entanto os serviços ainda são todos muito recentes e essas iniciativas são muito embrionárias e precisam encontrar suporte para se sustentar.

Nesse sentido, os encontros presenciais da pesquisa foram muito valorizados pelas(os) profissionais. As(os) psicólogas(os) que participaram da pesquisa demonstraram um grande compromisso com o desenvolvimento da política e um forte desejo em dar continuidade aos potentes debates realizados.

Efeito disso foi o compromisso assumido por todas(os), profissionais e pelo CREPOP, em construir encontros sistemáticos<sup>18</sup>. A efetivação dessa proposta terá na equipe do CREPOP07 um facilitador, no entanto, todas(os) as(os) profissionais que estavam presentes nos encontros são corresponsáveis por: elaboração, divulgação e a fomento desse espaço.

---

<sup>18</sup> Desde então tem sido realizados encontros sistemáticos na sede e subsedes do CRPRS intitulados “Conversando Sobre a Psicologia e o SUAS”.

## **Ciclo 4**

# **Atuação das(os) Psicólogas(os) nas Políticas Públicas de Esporte**

## **RELATÓRIO FINAL DA PESQUISA**

### **1. Dados do CREPOP**

CREPOP/CRP: 07

Conselheira de Referência: Vera Lucia Pasini

Assessora Técnica de Políticas Públicas: Silvia  
Giugliani

Assistente de Pesquisa: Carolina dos Reis

Relatoras: Silvia Giugliani e Carolina dos Reis

Data: 12/11/2010

Local da Reunião: Sede do CRPRS Porto Alegre

Duração da Reunião: 2hs.

### **2. Processo de mobilização**

Período dedicado à mobilização: 05 de outubro a 11 de novembro.

Inicialmente, foram realizados contatos telefônicos com as Secretarias ou Departamentos de Esporte dos municípios do Rio Grande do Sul, com população acima de 50mil habitantes, totalizando 44 municípios. Esse contato inicial foi realizado com os coordenadores de esporte de cada serviço e teve por objetivo apresentar a proposta de trabalho do CREPOP, bem como, os objetivos da pesquisa em desenvolvimento. Nesse primeiro contato os gestores deram um panorama geral sobre as principais

ações diretamente vinculadas a política de esporte nos municípios, a existência ou não de psicólogos(os) junto a essas ações e, quando da não existência dessa(e) profissional na equipe, os gestores foram questionados quanto ao seu entendimento sobre as possibilidades de contribuição da Psicologia para a Política Pública do Esporte.

Além desses municípios, foi realizado contato com a Secretaria Estadual de Turismo, Esporte e Lazer do Rio Grande do Sul. Nessa oportunidade, identificamos que a política pública de esporte e lazer em nível estadual vem sendo totalmente desenvolvida, projetada, planejada, coordenada e executada por uma fundação pública de direito privado, ficando a Secretaria de Turismo, Esporte e Lazer responsável, somente, pela parte do turismo. Através do contato com esta Fundação, nos indicaram a implementação do Programa de Prevenção à Violência (PPV) como a mais importante interface da Política de Esporte com a Psicologia. Nesse sentido, na estrutura do estado, fizemos o contato com a coordenação do PPV que está sendo ocupada por uma(um) psicóloga(o) e possui cinco profissionais da Psicologia prestando assessoria em todo o estado nas ações do Programa. Essas ações não se dão somente no campo do esporte, mas constituem um trabalho intersetorial. As(os) profissionais do PPV auxiliaram na divulgação da pesquisa do CREPOP nos municípios em que desenvolvem o Programa, incentivando a participação das Secretarias.

Além dos contatos telefônicos foram enviados, via correio, materiais de divulgação (cartazes, *folders* e cartas de apresentação da pesquisa), para todos os 44 municípios, para instituições vinculadas às políticas do esporte e para algumas universidades da região metropolitana de Porto Alegre. Ainda, foram enviados *e-mails* (fornecidos pelos próprios gestores e psicólogos(os) e demais endereços dos serviços localizados nos *sites* das secretarias) de divulgação e incentivo à participação das(os) profissionais. Alguns municípios nos deram retorno telefônico, outros participaram presencialmente e alguns o fizeram via *e-mail* informando sobre as ações executadas através da política pública do esporte em seus municípios e como entendiam a possibilidade de participação das(os) psicólogas(os) junto desses serviços.

### **3. Descrição da Política Pública de Esporte no Rio Grande do Sul**

Nos 44 municípios contatados e na esfera estadual, somente em um deles não havia nenhum tipo de estrutura responsável pela execução das políticas de esporte, nas demais cidades, em 08 delas o espaço destinado a formular e executar a política de esporte se dá em departamentos ligados às Secretarias de Educação ou às próprias Prefeituras. Nas demais cidades existem Secretarias direcionadas diretamente para o tema do esporte. Dos 44 municípios, 04 possuem Secretarias

exclusivas da temática do esporte, nas demais, as Secretarias de Esporte estão vinculadas as Secretarias de Juventude, Cultura, Turismo e Educação.

Nesses espaços as Secretarias ou Departamentos coordenam, elaboram e desenvolvem atividades esportivas voltadas para a comunidade em geral, com as categorias infantis, jovens, adultos, voltados para terceira idade e específicas para mulheres e para portadores de necessidades especiais. As atividades têm como foco a melhoria da qualidade de vida da população, a construção de espaços de promoção à saúde e de prevenção à violência, desenvolvimento de espaços de inclusão e o surgimento de lideranças comunitárias. As modalidades esportivas abrangem alguns esportes como: futebol de campo, futsal, vôlei, bocha, sinuca, corridas de rua, basquete, handebol, atletismo, bolão, ginástica, canoagem, *taekwondo*, judô, futebol de areia, dança de salão, tiro, *badminton*, capoeira, academias da melhor idade, *skate* e ciclismo. Além disso, são realizados diversos campeonatos municipais, torneios interescolares, torneios entre trabalhadores, torneios intermunicipais, olimpíadas e rústicas. Em alguns municípios a Secretaria de esporte busca desenvolver atividades que estejam ligadas a tradições da cidade como a Bocha mirim, feita com bolas menores e especiais, para incentivar as crianças a manter vivo esse esporte no Rio Grande do Sul.

Muitos desses trabalhos são desenvolvidos em parceria com outras instituições da sociedade civil, que

auxiliam na promoção dos eventos esportivos, montam equipes para os campeonatos, entram com o patrocínio financeiro ou na construção de espaços para o desenvolvimento dos esportes junto à comunidade; como dos ginásios, praças, quadras poliesportivas, centros de convivência, entre outros. Nesse sentido, além das parcerias privadas, são realizadas atividades em conjunto com associações de moradores e escolinhas esportivas.

Além dos esportes, as Secretarias ou Departamentos de esporte desenvolvem alguns programas específicos lançados pelos governos estadual, federal e de iniciativas locais<sup>19</sup> como:

- **Programa de Prevenção da Violência (PPV):** tem por objetivo contribuir para a redução dos índices de violência através da construção de uma rede social que: identifique, integre, articule e promova ações governamentais e não governamentais. A meta é diminuir em 20% as ocorrências de violência nos 50 municípios com maiores índices de mortes por causas externas (homicídios, suicídios e acidentes de trânsito), até 2011<sup>20</sup>.
- **O Programa Segundo Tempo:** tem por objetivo democratizar o acesso à prática e à

---

<sup>19</sup> Programas de iniciativas locais foram detalhados nas entrevistas individuais com psicólogos.

<sup>20</sup> Informações retiradas do site da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=servicos&cod=8761> em novembro/2010.

cultura do Esporte de forma a promover o desenvolvimento integral de crianças, adolescentes e jovens, como fator de formação da cidadania e melhoria da qualidade de vida, prioritariamente em áreas de vulnerabilidade social<sup>21</sup>.

- **Programa Esporte e Lazer na Cidade (PELC):** seus objetivos centrais são ampliar, democratizar e universalizar o acesso à prática e ao conhecimento do esporte recreativo e de lazer, integrando suas ações às demais políticas públicas, favorecendo o desenvolvimento humano e a inclusão social. São três os eixos centrais do PELC: 1. Funcionamento de Núcleos de Esporte Recreativo e de Lazer, nas diversas regiões do Brasil, com o objetivo de garantir o direito ao acesso de qualidade a políticas públicas de lazer e de esporte, em sua dimensão recreativa, para as diversas faixas etárias, garantindo a inclusão de pessoas com deficiência. 2. Funcionamento da Rede CEDES (Centros de Desenvolvimento de Esporte Recreativo e de Lazer junto às Instituições de Ensino Superior): por meio do estímulo e fomento à produção e difusão de conhecimentos científico-tecnológicos, voltados à qualificação das políticas públicas de esporte recreativo e do lazer. 3.

---

<sup>21</sup> Informações retiradas do site do Ministério do Esporte do Brasil, <http://portal.esporte.gov.br/snee/segundotempo/> em novembro de 2010.

Implantação e Modernização de Infra-Estrutura para Esporte Recreativo e Lazer: que prevê a construção e reforma de equipamentos, ação executada pela Secretaria Executiva do Ministério do Esporte<sup>22</sup>.

No total dos 44 municípios contatados, foram localizadas(os) 04 profissionais da Psicologia atuando diretamente nas Secretarias de Esporte, sendo: um concursado, um contratado e outros dois como assessores. Além desses, foram identificados 06 psicólogas(os) atuando no Programa de Prevenção à Violência que estabelece interlocução entre diversas Secretarias, sendo a Secretaria de Esporte uma importante interface do programa, pois trabalha dentro de uma perspectiva do esporte como possibilidade de promoção de saúde. No PPV, as(os) psicólogas(os) atuam como assessoras(es) do programa fazendo a orientação aos municípios frente à implementação do PPV e na articulação das Secretarias Municipais para a construção do Programa. Dentre as(os) 04 outras(os) profissionais ligadas(os) diretamente às Secretarias, três dessas(es) ocupam espaços de assessoria e coordenação, realizando, principalmente, atividades de criação e gestão de projetos para as Secretarias ou Departamentos de Esporte; e a outra atua no desenvolvimento de um projeto específico voltado para a diminuição da violência através do esporte.

---

<sup>22</sup> Informações retiradas do site do Ministério dos Esportes do Brasil, <http://portal.esporte.gov.br/sndel/esporteLazer/default.jsp> novembro, 2010.

## **4. Situação atual das Políticas Públicas de Esporte**

### 4.1 Principais dificuldades e limitações encontradas para a execução das Políticas Públicas de Esporte

As políticas públicas de esporte, de maneira geral, não se constituem como prioridade nas agendas governamentais, tendo como efeito os baixos orçamentos destinados a essa temática. Muitas(os) profissionais entendem que uma maior destinação de recursos para o esporte, poderia gerar uma menor necessidade de investimento em saúde, por exemplo, pois a prática de esporte pode prevenir diversos tipos de adoecimentos e promove os vínculos dentro das comunidades. No entanto, essa visão ainda não está fortemente presente, nem mesmo dentre as(os) profissionais que atuam nas Secretarias, se constituindo como uma perspectiva bastante inicial a ser desenvolvida dentro dos serviços.

O espaço para planejamento das ações, investimento no diagnóstico comunitário é bastante inicial ou inexistente enquanto parte do funcionamento do trabalho nas Secretarias ou Departamentos de Esporte. Em geral as ações são desenvolvidas frente às possibilidades que se abrem de executá-las no cotidiano de trabalho. Com poucos espaços de reunião de trabalho, os serviços voltados para as políticas de esporte são mais

reconhecidos como lugares de execução, do que de formulação das ações. Quando existem diretrizes claras para a política, a falta de recursos acaba fragilizando a possibilidade concreta de implementação do trabalho, resultando na falta de espaços físicos, materiais adequados, profissionais capacitados, entre outros. A falta de qualificação profissional e o baixo investimento da gestão na formação continuada são bastante expressivos. Existem, por outro lado, serviços que possuem parcerias público-privadas, que patrocinam ações das Secretarias ou Departamentos, o que gera maior possibilidade de planejamento dos recursos existentes, internos ao serviço público.

Embora concretamente as(os) psicólogas(os) junto à política de esporte tenham ocupado espaços de assessoria e coordenação, tendo grande reconhecimento dos gestores na forma como essas(es) profissionais têm construído suas práticas. Por outro lado, em grande parte, os gestores expressaram que compreendem a possibilidade de contribuição da Psicologia voltada para os atendimentos clínicos de crianças com problemas familiares que são atendidas nas atividades esportivas. Ou, ainda, entendem a participação das(os) psicólogas(os) vinculada à lógica de prevenção à violência para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, colocando o esporte, algumas vezes, no lugar de uma prática de ocupação do tempo livre, de expressão de sentimentos hostis, de aprendizagem de disciplina e

contenção, retirando seu caráter de promoção da vida.

## **5. Sobre a Rede de Referência**

Nas políticas pública de esporte existe a construção de um trabalho em rede, sendo esta, muitas vezes, imprescindível para o desenvolvimento das ações. Como no caso, por exemplo, das rústicas que bloqueiam ruas das cidades durante o acontecimento, que contam com a parceria com a Secretaria de Transporte. Além disso, existe trabalho conjunto com a Secretaria de obras e de meio ambiente que auxilia na construção dos espaços destinados às práticas de esporte, ginásio, centros de convivências e praças. Já no que se refere à Secretaria de Educação existe grande interlocução, principalmente, em relação à realização de olimpíadas escolares. Existem ainda, atividades como o treinamento de profissionais da Secretaria de Segurança realizado pela Secretaria de Esporte e o vínculo com serviços da saúde e assistência social para o encaminhamento de situações específicas que surgem em ações executadas pelas políticas de esporte.

## **6. Potencialidades e possibilidades do campo de trabalho**

O esporte se constitui como uma importante interface com as comunidades, que possui grande

potencial de trabalho voltada para a promoção da vida e de inclusão social. A Psicologia é uma profissão que pode contribuir muito na potencialização desses espaços. Atuando, principalmente, na construção de um maior diálogo com a comunidade, no sentido de identificar as necessidades que partam da própria população destinatária da política e, nesse sentido, da formulação coletiva de projetos e ações junto aos destinatários da política, que permita que a comunidade se sinta apropriada dos espaços que são disponibilizados pelas prefeituras.

## **Pesquisas realizadas em 2011**

# **Ciclo 1**

## **Atuação das(os) Psicólogas(os) nas Políticas de Segurança Pública**

## **RELATÓRIO DOS GRUPOS DE PSICÓLOGOS**

### **1. Dados CREPOP**

CREPOP/CRP: 07

Conselheira de Referência: Vera Lucia Pasini

Assessoras Técnicas de Políticas Públicas: Silvia Giugliani e Carolina dos Reis

Estagiárias curriculares: Márcia Ferreira (UFRGS) e Samantha Torres (PUCRS)

Relatoria: Carolina dos Reis e Silvia Giugliani

Datas dos encontros fechados: 10/06/2011 e 21/06/2011

Local da Reunião: Sede do CRPRS (Porto Alegre)

Duração da Reunião: 3h cada encontro

Número de psicólogas(os) que contribuíram nos encontros presenciais: 20

### **2. Processo de mobilização**

Período dedicado à mobilização: 15 de março a 15 de julho.

O processo de mobilização consistiu no mapeamento da presença de Políticas de Segurança Pública e de psicólogas(os) atuando diretamente no campo ora pesquisado. Como delimitação da abrangência da pesquisa, utilizamos os seguintes critérios: municípios

do estado do Rio Grande do Sul que possuem mais de 100mil habitantes e municípios que por definição da Secretaria Estadual de Segurança Pública/SSPRS compõem o Programa Estadual de Segurança Pública com Cidadania (PROESCI). De acordo com a SSPRS, foram incluídos no PROESCI os municípios que possuíam os maiores índices de homicídios do estado e aqueles que apresentavam o que foi nominado como “boas práticas” em Segurança Pública. O universo da pesquisa foi constituído por 47 municípios. Nos momentos iniciais, buscamos efetivar agenda com a gestão da Secretaria Estadual de Segurança Pública do Rio Grande do Sul, no intuito de apresentar a pesquisa e, a partir do estabelecimento deste canal de comunicação, construir estratégias de localização dos serviços a serem mapeados e das(os) profissionais de Psicologia. A partir desse primeiro contato, tivemos acesso a informações que possibilitaram delinear um mapa da implementação das Políticas de Segurança no estado e localizar as principais instituições e municípios que compuseram o escopo da pesquisa. Posteriormente, realizamos contatos também com os gestores responsáveis por essas Secretarias e Instituições, no intuito de apresentar o CREPOP e os objetivos da presente pesquisa, ação realizada basicamente pelo contato telefônico, bem como, pelo envio dos materiais de apresentação do CREPOP e da pesquisa por correio. Depois disso, foram agendadas entrevistas com as coordenações de órgãos articulados a

esfera estadual, federal (que atuam no âmbito do RS) e com algumas secretarias municipais de cidades referenciadas pela SSPRS.

Ao longo desse processo de mobilização foram abrangidas as Polícias: Federal, Rodoviária Federal, Civil (Serviço de Assistência Social – SAS), Academia de Polícia (vinculada à Polícia Civil), Brigada Militar, Instituto Geral de Perícias (Departamento Médico Legal e Departamento de Criminalística) e Guardas Municipais, ainda, projetos vinculados ao Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (PRONASCI), Consultoria do Ministério da Justiça ao PRONASCI no RS e as Secretarias Estadual e Municipal de Segurança Pública; principalmente nas cidades onde o CRPRS possui Subsedes (Caxias do Sul e Pelotas) ou Grupo de Trabalho (Santa Maria). A partir dos contatos realizados, localizamos, vinculados as instituições de forma direta (concurso) ou indireta (convênio ou desvio de função), 49 profissionais nos serviços e programas das Políticas de Segurança Pública. Por fim, efetivamos contatos diretamente com cada uma(um) das(os) psicólogas(os) identificadas(os) com o objetivo de apresentar a pesquisa e convidá-las(os) a compor suas etapas.

Além dos contatos diretos com gestores e profissionais, utilizamos como recursos de divulgação da pesquisa – tanto no que se refere ao questionário *online*, quanto dos encontros presenciais – o *site* e a *newsletter* do CRPRS, cartazes e *folders*, distribuídos nos municípios

que possuem mais de 50mil habitantes, nas principais Universidades que possuem cursos de Psicologia da região metropolitana de Porto Alegre e nas cidades pólo. Ainda, enviamos *e-mails* com informações sobre a pesquisa e o CREPOP para as instituições de Segurança Pública, municípios, psicólogas(os) contatadas(os) e para as listas de contatos do CREPOP/RS.

### 3. Dinâmica da Reunião

Foram realizados dois encontros presenciais com psicólogas(os), contando com a participação de 20 pessoas. No primeiro encontro estiveram presentes 17 profissionais e no segundo 13. Em função do número significativo de participantes, e do fato de que no primeiro encontro não ser possível concluir a produção coletiva, considerando o conjunto de pontos do roteiro orientador, propusemos a realização de um segundo momento. Essa agenda foi imediatamente aprovada pelo grupo presente. Desta forma, organizamos coletivamente a realização de mais um encontro, o que possibilitou dialogar sobre todos os temas indicados no roteiro com mais tranquilidade. A realização do segundo encontro permitiu, ainda, que algumas(ns) psicólogas(os) que não estiveram presentes no primeiro encontro tivessem a oportunidade de participar, ampliando a diversidade de municípios e serviços representados na pesquisa. Embora no segundo encontro tenhamos tido menos profissionais,

isto ocorreu porque alguns serviços em que havia várias(os) psicólogas(os), estas(es) vieram em menor número, mas consideraram importante garantir representação da experiência desenvolvida, também no segundo encontro.

Como principais pontos discutidos nos encontros sinaliza-se que, no primeiro momento, algumas(ns) psicólogas(os) sentiram a necessidade de referenciar a importância de haver retorno da pesquisa do CREPOP, pois sentem que possuem pouco respaldo dentro das instituições em que atuam. Relataram que já buscaram o Sistema Conselhos em outras oportunidades para obter subsídios para a prática profissional, frente às exigências do Judiciário e das Polícias, mas referem que o retorno obtido foi bastante pontual. Afirmam que a falta de um reconhecimento mais expressivo da importância da Psicologia no campo da Segurança Pública, somado a falta de subsídios para a prática através do Sistema Conselhos, têm como efeito o fato de que até mesmo o Código de Ética Profissional não ser reconhecido como fundamento legítimo frente a alguns embates institucionais.

Para além dessa questão, o grupo reconheceu os encontros como espaços fundamentais de trocas de experiências sobre a prática profissional e de compartilhar conhecimentos e estratégias utilizadas no cotidiano de trabalho para o enfrentamento das dificuldades presentes. Ainda, as(os) psicólogas(os) tiveram a oportunidade de se conhecer e estabelecer

contatos em rede.

#### **4. Conteúdo da reunião**

4.1 Descrição e análise da atuação: atividades específicas das(os) psicólogas(os)

4.1.1 Academia de Polícia - Acadepol:

- Trabalho com abrangência estadual;
- Acompanhamento dos concursos públicos para ingresso na Polícia Civil – seleção da equipe que realizará o concurso, construção do edital;
- Avaliação Psicológica para ingresso na instituição;
- Acompanhamentos dos Servidores Públicos no período do estágio probatório;
- Treinamento e formação dos policiais;
- Acompanhamento de policiais que foram presos ou que estão com problemas graves como tentativa de suicídio e outros casos clínicos. É uma clínica voltada para as questões que envolvem o âmbito do trabalho;
- Acompanhamento funcional quando ocorre troca de função.

4.1.2 Serviço de Assistência Social (SAS) Polícia Civil:

- Trabalho com abrangência estadual;
- Atendimento clínico e institucional aos policiais e funcionários administrativos da Polícia Civil, com caráter

de psicoterapia;

- Atendimento clínico em psicoterapia aos familiares dos servidores da Polícia Civil;
- Palestras por todo o estado apresentando o serviço e falando sobre temas como a *Síndrome de Burnout*;
- Avaliação Psicológica;
- Ação institucional em situações específicas que ocorrem no cotidiano de trabalho dos policiais.

#### 4.1.3 Guardas Municipais:

- As guardas municipais são acompanhadas por psicólogas(os) que estão lotadas(os) algumas vezes na Secretaria de Segurança Pública, Transito e Transporte e outras na Secretaria de Administração;
- Acompanhamento funcional;
- Supervisão de recursos humanos;
- Entrevista psicológica de ingresso (não eliminatória);
- Acompanhamento de ingresso dos Guardas e durante o estágio probatório;
- Acompanhamento de casos de reabilitação e readaptação;
- Psicólogas(os) desenvolvem ações em parceria com os projetos do PRONASCI, através do departamento de prevenção a violência e criminalidade, como exemplo o programa de acolhimento às vítimas de violência, ligado à Secretaria Municipal de Segurança Pública

(estagiárias(os) de Psicologia desenvolvem atendimento direto às vítimas de violência nas Delegacias de Polícia);

- Formação para que os Guardas atuem como mediadores de conflitos e façam intervenções em situações de violência;

- Em alguns locais fazem-se avaliações para porte de armas. No entanto, na grande maioria, esse é um trabalho terceirizado. Uma(um) das(os) profissionais ressalta que teve bastante dificuldade para sustentar a não realização da avaliação para porte de armas indicando que essa avaliação comprometeria o vínculo com os servidores para as demais ações/processos de trabalho a serem desenvolvidas pelas(os) psicólogas(os) naquele local;

- Em um dos locais realizam-se atendimentos aos Guardas e familiares com caráter focal. Havendo necessidade, faz-se a indicação para atendimento mais prolongado em local adequado;

- Avaliação e encaminhamento dos Guardas para atendimentos na rede de saúde, frente às questões relacionadas ao estresse no trabalho, ao enfrentamento de situações de violência e a própria violência sofrida no cotidiano de trabalho, que muitas vezes geram casos de depressão ou envolvimento com alcoolismo;

- Realização de capacitações;

- Articulação entre a Guarda Municipal e as escolas para atuação dos servidores nos espaços escolares, tanto no trabalho de prevenção à violência na escola quanto no

cuidado ao patrimônio público;

- Construção de um novo olhar sobre a atuação da Guarda Municipal, não mais em uma atitude repressiva, mas de cuidado com a população e com a própria cidade.

#### 4.1.4 Departamento de Criminalística:

- A função desenvolvida é a de Perito Criminal - Área Psicologia;

- Trabalho com abrangência estadual;
- Reconstituição de cenas de crime;
- Acompanhamento de inquérito policial;
- Produção e Supervisão de laudos e pareceres.

#### 4.1.5 Brigada Militar:

- Avaliação Psicológica relacionada às questões: de trabalho, remanejo, etc.

- Atendimento individual aos usuários do Hospital da Brigada Militar;

- Psicoterapia individual para servidores e familiares;

- Acompanhamento de usuários na internação psiquiátrica do Hospital da BM;

- Assessoria à junta médica;

- Coordenação de grupos de dependência química para servidores;

#### 4.1.6 Polícia Rodoviária Federal:

- Desenvolvimento de ações de promoção de

saúde;

- Realização de seminários e palestras para os servidores da polícia;
- Busca de assessorias externas.

#### 4.1.7 PRONASCI:

- O PRONASCI reúne uma rede de projetos que se articulam em um território intitulado *Território da Paz*. A atuação das(os) psicólogas(os) pode ocorrer em diferentes projetos dentro deste território. No processo de pesquisa, em função da disponibilidade das(os) profissionais identificadas(os), foi possível conhecer mais profundamente a atuação das(os) psicólogas(os) junto ao *PROTEJO* (Programa de Proteção de Jovens em Territórios Vulneráveis) e *Mulheres da Paz*, a partir da experiência relatada por algumas(ns) profissionais de um município. Além disso, ainda no que se refere ao PRONASCI, localizamos a atuação de psicólogas(os) no trabalho de consultoria aos municípios que estão implementando projetos do PRONASCI, atividade vinculada ao Ministério da Justiça.

- Coordenação de grupos com os jovens, com as mulheres e com os familiares;
- Atendimento individual tanto com os jovens, quanto atendimento clínico das mulheres vítimas de violência;
- Articulação de redes intersetoriais no território;
- Formação em Direitos Humanos, Direitos das

Mulheres, Estatuto da Criança e do Adolescente, tanto para mulheres quanto para os adolescentes;

- Realização de ações práticas junto ao território como: caminhadas pela paz, envolvimento com o sistema educacional do bairro, de saúde, de atividades para a juventude, entre outros.

#### 4.2 Planejamento das atividades

As(os) profissionais referem que uma das maiores dificuldades enfrentadas no planejamento das atividades se deve a troca de gestores que, muitas vezes, implica na necessidade de refazer o planejamento a partir de novas diretrizes institucionais, fragilizando o processo e interferindo na efetividade do mesmo. As(os) profissionais referem que têm exercitado a autonomia de forma pedagógica, no sentido de ir aos poucos orientando a instituição quanto ao seu trabalho. Além disso, as(os) profissionais afirmam que as mudanças nas trocas de governo prejudicam a construção de um trabalho a longo prazo e de abertura de espaços de autonomia para as(os) psicólogas(os). Uma estratégia adotada visando o enfrentamento dessa dificuldade é o investimento na formulação de um planejamento estratégico.

Além disso, as(os) profissionais apontam a importância do planejamento no sentido de salientar a necessidade da atuação preventiva, de promoção da cidadania, bem como as demandas de estrutura física e

de recursos humanos que devem estar asseguradas nos processos de atendimento direto à população. Em alguns locais indicaram a construção de atividades que emergem das demandas identificadas pelas(os) psicólogas(os) a partir da escuta institucional, como exemplo: as capacitações aos agentes de polícia.

Já nas ações junto ao PRONASCI, as(os) profissionais ressaltaram que possuem autonomia para a criação e o desenvolvimento das atividades. Essas construções são feitas em coletivo pelo grupo de técnicos de diferentes áreas, envolvidos em cada ação do projeto.

#### 4.3 Autonomia das(os) psicólogas(os)

Nos espaços em que ocorre desvio de função, os profissionais relatam uma briga constante por reconhecimento e espaço de autonomia para o planejamento das ações. Ainda, referem que essa postura tem resultado no crescimento do serviço e de seu espaço dentro da instituição.

“Nesse contexto acho que o serviço cresceu muito, é uma opção muito significativa, que continue assim, a ideia é essa, a gente conquistou espaço, a gente já veio brigando, permanece brigando, porque quando interessa nós somos policiais, quando interessa nós somos psicólogos. É uma briga constante sobre o que nós somos, o que nós representamos, o que a gente deve fazer, o que a gente não deve fazer, quais são as nossas limitações, porque tem horas que tu tem que fazer, e as vezes

isso não é possível, então tem toda uma coisa assim, uma hora desvaloriza total, outra nós somos obrigados a informar e fazer.” (Participante 1)

Em um dos serviços vinculado à secretaria municipal relatou-se que a supervisão é realizada por uma psicóloga; o que facilita a abertura de espaço de exercício de autonomia. Exemplificam essa possibilidade para a construção de uma normativa que regulamente o acompanhamento funcional na instituição.

Em uma das instituições policiais as(os) profissionais relatam que possuem bastante autonomia, no entanto referem que essa autonomia, em alguns momentos, sofre redução em função da grande demanda de trabalho que inviabiliza a construção de novos projetos ou da ampliação de projetos já existentes. Ainda, nos casos em que existe um contrato de trabalho terceirizado, ressalta-se que a autonomia está vinculada àquilo que está previsto no contrato de trabalho, como por exemplo, a(o) psicóloga(o) é contratada(o) para desenvolver prioritariamente atendimento clínico, logo, não pode sair muito desse tipo de abordagem.

#### 4.4 Recursos técnicos, teorias e conceitos mais utilizados

##### 4.4.1 Nas instituições policiais:

- Psicoterapia Psicanalítica;
- Psicoterapia Cognitivo-Comportamental;

- Psicoterapia Sistêmica de casal e família;
- Psicoterapia Existencial Humanista;
- Psicoterapia Analítica Focal;
- Profissionais trazem a necessidade de ampliar as linhas teóricas, pois nenhuma delas sozinha consegue dar conta da complexidade do trabalho no campo da segurança pública.

- Escuta Psicanalítica;
- Psicodinâmica do Trabalho;
- Testes Projetivos;
- Testes indicados pela Polícia Federal para avaliação para porte de arma;
- Avaliação Psicológica;
- Análise Institucional.

#### 4.4.2 Nos projetos/ações vinculados ao PRONASCI:

- Grupo Dispositivo (Regina Benevides)
- Redução de Danos como possibilidade de lançar um olhar ampliado para as situações de violência;
- Psicologia Social;
- Psicologia Institucional;
- Psicologia do Trabalho;
- Direitos Humanos

#### 4.5 Principais problemas vividos na prática profissional neste campo de atuação

Algumas instituições policiais sinalizam a

importância dos pareceres da Psicologia, no entanto, as mudanças institucionais são muito pequenas em relação às questões apontadas nesses pareceres. Algumas vezes os pareceres são levados em consideração quando vão ao encontro dos interesses institucionais. Em outros momentos, existe um uso desses pareceres no sentido de orientar decisões a respeito das quais outros profissionais não querem assumir a responsabilidade de fazê-las. Para evitar esses usos, as(os) psicólogas(os) têm adotado a estratégia de indicar as questões analisadas sob o ponto de vista técnico, mas sem oferecer respostas diretas a essas demandas institucionais.

Identificaram-se muitas(os) profissionais em desvio de função. Essa situação ocorre em três das cinco instituições de polícia estaduais contatadas durante o processo de pesquisa. Nesses casos as(os) profissionais fizeram concurso para o quadro policial e, paralelamente ao cargo assumido, foram cursar Psicologia. Ao final do curso, acabam desenvolvendo as atividades como psicólogas(os). Alegam que a instituição não dá credibilidade ao trabalho desenvolvido. Em outras instituições o cargo de psicóloga(o) não é preenchido por meio de concurso, mas de contratos terceirizados.

Algumas(ns) profissionais fazem a leitura de que pelo fato de a instituição não ser um espaço que tem como objetivo a saúde e sim a segurança pública, isso implica em uma incompreensão e conseqüente desvalorização do trabalho das(os) psicólogas(os). Isso

tem efeitos também na ausência de reconhecimento da necessidade de desenvolver ações de prevenção e promoção de saúde, prevenção de acidentes de trabalho, entre outros.

Outra dificuldade apresentada nos espaços de trabalho em que as(os) psicólogas(os) prestam atendimento direto aos policiais é que, muitas vezes, o acompanhamento funcional assume um lugar de punição para condutas como a ausência no trabalho. As(os) psicólogas(os) têm formulado estratégias de desconstrução dessa lógica através da formulação de um planejamento de atividades e definições mais estruturadas sobre quando é necessário ou não o acompanhamento funcional, para o conhecimento interno na instituição.

Outra questão trazida pelas(os) profissionais quanto ao seu reconhecimento diz respeito ao fato de ainda serem requisitados somente para atuar na atenção direta aos servidores, mesmo entendendo que poderiam contribuir também na formulação sobre a própria Política de Segurança Pública.

No que se refere às(aos) profissionais que realizam avaliação para porte de armas, indicam que passam por alguns constrangimentos quando da inaptidão de algum servidor para o porte. Afirmam que mesmo sendo profissionais concursados sofrem pressões institucionais e por parte dos servidores pela reconsideração do resultado.

Nas instituições militares, ressalta-se a dificuldade em lidar com a hierarquia militar. Muitas vezes, o departamento de saúde precisa contrariar determinações de militares por indicações de saúde. Nesses casos é feito um documento em nome do departamento de saúde, que em geral consegue produzir efeitos na instituição no sentido de flexibilizar as normas. Isso vai desde a indicação de troca de função de algum militar, até a dispensa do uso de botas, etc.

Uma dificuldade no desenvolvimento de ações de Segurança Pública voltada para a execução de projetos junto ao PRONASCI se dá pelo lugar ocupado pelos projetos junto à Secretaria de Segurança Pública, que tem forte vinculação com as forças policiais e bastante proximidade com as mulheres e com os jovens que estão, muitas vezes, vinculados ao tráfico de drogas. Então o que se coloca é de como desconstruir ou evitar que se constitua o lugar desses projetos como espaços de delação dos moradores em relação ao tráfico de drogas e demais tipos de violência que se produzem no território. Outra questão que se apresenta para as equipes dos PRONASCI diz respeito à necessidade de efetivação de uma rede articulada, uma vez que, existe a incerteza da continuidade do projeto. Como é um projeto e não uma política permanente ele tem um prazo de execução e recebe recursos para sua efetivação que podem ou não ser renovados. Nesse sentido, as(os) profissionais reconhecem que a articulação de redes a partir do projeto

pode oportunizar a construção de relações mais permanentes de atenção do Governo com aquela população.

Outra situação avaliada pelas(os) psicólogas(os) que atuam no PRONASCI é que existe muito dinheiro disponível para a formulação de projetos, mas que não estão sendo acessados pelas prefeituras municipais por falta de inscrição nos editais.

Ainda, avaliam que uma das grandes dificuldades no âmbito dos projetos de prevenção à violência é a desconstrução do olhar das corporações policiais sobre a violência e a criminalidade, o que é uma construção de muitos anos, sendo assim muito difícil encontrar brechas para a produção de novos olhares. Além disso, existe uma preocupação das(os) profissionais em relação ao fato de que tudo que se desenvolve nos bairros pobres passe a vir com o *slogan* da prevenção à violência, isso naturaliza uma concepção de que a violência e a criminalidade estão somente junto à pobreza. As(os) profissionais analisam o quanto a Psicologia tem se inserido nesses projetos sem conseguir problematizar esse olhar descriminalizante.

## 5. Interdisciplinaridade

A Polícia Civil dispõe de equipe multiprofissional. O serviço de saúde divide-se em *policlínica*: composta por médicos, fisioterapeuta, enfermeiro e dentista; *área psicossocial*: composta por psicólogas(os), assistentes

sociais, psicopedagogos, fonoaudiólogos e assessoramento jurídico. Psicólogas(os) relatam que a realização de um trabalho em equipe interdisciplinar auxilia na identificação e compreensão dos diversos aspectos da vida do “paciente”, citados os âmbitos familiar, clínico e educacional, abordados pelos diferentes profissionais: assistente social, psicóloga(o) e psicopedagogo. Ainda, na Polícia Civil relatam que existe uma relação interdisciplinar que se dá de forma mais informal, dialogando com os diferentes setores da instituição. Essa ação é referida como mais efetiva do que outras que seguem caminhos mais instituídos.

Foram citados nas outras instituições trabalhos em parcerias com advogados, antropólogos, pedagogos e outros profissionais que compõem as equipes nas diferentes instituições.

Nos Hospitais da Brigada Militar existe um trabalho em equipe multiprofissional com profissionais de saúde, que, segundo descrição das(os) psicólogas(os), ocorre com fluidez. Por outro lado, o diálogo com os militares já é mais difícil, pois existe uma burocracia a ser seguida. Como exemplo foi citado o fato de as(os) psicólogas(os), às vezes, terem dificuldade de passar um *e-mail*, porque todos os *e-mails* devem sair com a assinatura do diretor do hospital, portanto precisam ser lidos e retificados. Isso dificulta o andamento de muitas questões no cotidiano de trabalho. De acordo com uma participante: *“Não somos militares, mas trabalhamos nas*

*regras militares*” (Participante 02). Em um dos Hospitais da Brigada Militar o diálogo com a equipe médica é um pouco mais difícil, não havendo espaços de discussão de casos, somente através de ações informais como um diálogo no corredor. Em outras polícias, da mesma forma, ocorrem importantes entraves devido às burocracias institucionais. Um exemplo disso é quando há a necessidade de fazer alguma atividade/visita externa que requer justificativa e autorização de um conjunto de atores para receber liberação e, posteriormente, é preciso escrever relatórios.

Nos projetos do PRONASCI existe a indicação de realização de um trabalho sem fronteiras disciplinares, na qual a especificidade não se dá na divisão de atividades, mas nos diferentes olhares sobre as questões enfrentadas. As(os) Psicólogas(os) podem fazer uso de intervenções que partem do âmbito da educação social, do teatro, da música, da inclusão digital, entre outras.

No trabalho pericial, o diálogo interdisciplinar é fundamental para as atividades de reconstituição dos crimes, pois é preciso que as(os) psicólogas(os) tenham informações de outros especialistas como engenheiros, físicos e químicos se é possível que determinada ação tenha acontecido de uma forma e não de outra, para o entendimento das situações analisadas.

## 6. Intersetorialidade

Nos serviços evidencia-se a realização de parcerias com Clínicas Escola nas Universidades, CAPS e com profissionais autônomos (fonoaudiólogos). Essas parcerias são realizadas frente à necessidade de encaminhamentos de alguns casos em que se identifica a demanda de outros atendimentos para além daqueles que são ofertados no interior das instituições.

Destacou-se a necessidade de estabelecimento de interlocuções com o Judiciário em função das demandas de produção de laudos e pareceres tanto nas instituições policiais, militares, quanto nos serviços de perícia criminal.

Além disso, as(os) psicólogas(os) afirmam que percebem a existência de uma demanda importante de sensibilização dos policiais que estão na ponta realizando as ocorrências dos casos de violência, que poderiam reconhecer algumas situações mais graves que necessitam de atendimento em saúde mental. A partir desse reconhecimento, construir pontes com os serviços de saúde para encaminhamento. Essa é indicada como uma ação que poderia ter efeito na prevenção de diversas situações de violência ou de seus agravos. Por outro lado, as(os) psicólogas(os) que atuam diretamente na formação dos policiais afirmam que eles vêm sendo capacitados para reconhecer esses casos e buscar os encaminhamentos. No entanto, há falta de locais na rede

para atendimento, o que acaba gerando uma nova demanda para o policial que se dispõe a fazer uma escuta do sofrimento desse sujeito, mas depois não tem como dar conta das demandas identificadas, produzindo uma sensação de impotência também neste servidor.

“É que aqui tem várias questões: primeiro tem a questão da política pública, porque este tipo de atendimento não está contemplado nas descrições das suas atividades nas resoluções, mas essa demanda vem sendo acrescida a partir dos direitos da criança, do adolescente, da mulher, do idoso, os direitos humanos, isso tudo vem sendo agregado na formação desses policiais. Diretamente até nessa interdisciplinaridade, as outras áreas afins, mas isso é um processo, e é um processo lento, no qual as pessoas que encaram isso como uma necessidade; precisam lutar um pouco, lutar no sentido de conquistar esses espaços, que é um espaço contrário a grande parte das autoridades. Bom nosso trabalho é este [dos policiais], se sobrar tempo nós fazemos aquilo, mas nunca sobra tempo, porque é um servidor para cada delegacia de policia, tem delegacias de policia que eles trabalham 24h sem parar, de tanto movimento de ocorrências e registros, então assim, se houvesse um tempo disponível, não é nem só na questão da boa vontade. Agora nesse próximo curso de formação, eles vão ser preparados dentro do que é possível para esses encaminhamentos, para construir essas redes.” (Participante 03)

Ainda, identificou-se a demanda de investimento na articulação de redes de cuidado e proteção junto aos territórios da paz dos municípios com projetos do PRONASCI, entendida como uma das ações mais

importantes a serem executadas pelo programa.

No trabalho pericial, avalia-se que este depende da relação com outras instituições, principalmente no que se refere ao judiciário que dá condições de acesso a instituições necessárias para obter informações complementares à perícia criminal. Em diversas situações esse contato não pode se dar direto entre o Departamento de Criminalística e outros órgãos sem passar primeiro pelo intermédio dos delegados de polícia ou juízes vinculados aos casos.

As(os) profissionais, de maneira geral, relatam que a construção de redes de referência se dá de maneira informal, isto implica na disposição das(os) profissionais a esse contato intersetorial. Nesse sentido as(os) profissionais avaliam a importância de construção de uma relação mais institucional que independa da boa vontade das pessoas individualmente de construir parcerias e que permaneça frente às trocas de gestão ou de pessoal.

“(…) Então as coisas vêm acontecendo no sentido de formalizar e institucionalizar, pois eu saio, muda outra pessoa lá, outro gestor, tudo se perde, nós estamos trabalhando em um protocolo de intenção, em que várias instituições estarão envolvidas para dar uma garantia, um respaldo institucional, porque pensar em rede tem que pensar em pessoas. Claro assim, também a gente vai constituindo a política pública, a gente vai mostrando e fazendo acompanhamento quantitativo das reincidências, para deixar bem documentado, porque a gente aposta que esse é um caminho que pode dar certo.”  
(Participante 10)

## **7. Considerações das(os) psicólogas(os) sobre a política pública abordada**

As(os) profissionais apontam a necessidade de construção de uma perspectiva, no interior das políticas de segurança pública, de que investir em prevenção e promoção de saúde é uma ação que de fato produz segurança, tanto no campo social, quanto dentro das instituições policiais.

As(os) psicólogas(os) destacaram a importância de dialogar sobre a atuação da Psicologia na Política de Segurança Pública, podendo visualizar os efeitos que as práticas profissionais, mesmo aquelas voltadas ao atendimento clínico individual produzem na política pública como um todo. A partir disso, é possível formular coletivamente sobre o papel da Psicologia dentro desta política pública e quais práticas queremos desenvolver nesse campo.

“É isso que a gente tem que desmistificar de que Psicologia é só terapia individual, e poder também decodificar junto com os nossos gestores, porque eles não entendem a gente, porque a gente tem que saber que eles não entendem a nossa linguagem, e não é por culpa deles é por que a gente não consegue ser transparente objetivo, direto na fala com eles, acho que trazer um pouco mais para isso...” (Participante 07)

Uma função que tem sido considerada importante

pelos(os) psicólogas(os) é a de construir espaços de abertura e flexibilização no interior das instituições de segurança pública no sentido de romper com uma tradição de rigidez que aos poucos vem permitindo algumas rupturas institucionais. Nesse sentido destacam a importância das(os) psicólogas(os) analisarem criticamente sua prática profissional, objetivando a não reprodução das mesmas dificuldades presentes nas relações institucionais.

“É uma experiência nossa (da Psicologia) de tantos anos. Tu tens que passar pelo olhar institucional, porque a instituição provoca muitas doenças. Não adianta só trabalhar a parte individual, e dizer a tá ele (o policial) não agüentou isso, mas a instituição também leva a produzir isso, com os enrijecimentos. E se nós não nos cuidarmos como psicólogos a gente produz a mesma coisa, a mesma doença institucional, a gente vai pegando, pegando, quanto tu vê, tu está na mesma sintonia, tu está bem mais afinado com a instituição, funcionando e reproduzindo igualzinho.” (Participante 20)

Por outro lado, essa não é uma tarefa fácil e as(os) psicólogas(os), muitas vezes, a enfrentam solitariamente, destacando a fragilidade da posição das(os) profissionais e de sua capacidade de diálogo e de enfrentamento dentro dessas instituições.

“Como é que vou fazer uma Psicologia institucional? Se eu tenho lá um coronel que diz: olha aqui quem manda aqui sou eu, e está acabado.” (Participante 08)

## **8. Outras práticas e inovações**

As(os) profissionais indicaram as ações do PRONASCI como inovadoras, pois trabalha-se em articulação com as instituições policiais e de cumprimento de medidas sócio-educativas.

As(os) psicólogas(os) vinculadas(os) às instituições policiais indicaram que uma prática inovadora que poderia ser protagonizada pelo Sistema Conselhos de Psicologia é a criação de regulamentações para os concursos públicos. As(os) profissionais relatam que muitas vezes são contratadas equipes terceirizadas de psicólogas(os) que promovem processos seletivos com uma qualidade técnica bastante questionável. Exemplificam com um processo seletivo que ocorreu há pouco tempo, para 4 mil pessoas, que durou cerca de um mês, e acabou gerando diversas complicações, inclusive com policiais que tiveram crises e surtos psicológicos durante o período de formação. Nesse sentido destacam a necessidade do acompanhamento mais próximo do Sistema Conselhos dessas atividades.

## **9. Implicações éticas**

As instituições policiais exigem urgência na satisfação das demandas, essa urgência é percebida pelas(os) profissionais como algo que entra em conflito com a possibilidade de realização de um trabalho com

qualidade técnica. As(os) psicólogas(os) sentem a presença de um conflito ético quando da necessidade de abrir mão da realização de uma ação tecnicamente responsável para poder dar conta das exigências institucionais.

As(os) psicólogas(os) sentem-se pressionadas(os) pelo Judiciário ou por profissionais de mais alto escalão das instituições policiais para terem acesso a informações sigilosas dos atendimentos realizados. Algumas(ns) relatam que sofrem coação e assédio moral por parte desses atores que não reconhecem a legitimidade das posturas éticas exigidas pelo Sistema Conselhos. Um dos exemplos foi o pedido da corregedoria de gravar as sessões de atendimento. Uma(um) das(os) psicólogas(os) esclarece que alguns juízes marcam uma diferença entre os limites de um código de ética e das imposições legais, entendendo que estas últimas seriam imperativas frente ao primeiro. Em outros casos, as instituições policiais formulam deliberações internas que contradizem resoluções do Conselho Federal de Psicologia não reconhecendo a legitimidade das resoluções emitidas por este último. As(os) profissionais, ao longo dos anos, foram conseguindo construir alguns posicionamentos técnicos para fundamentar sua atuação. No entanto, afirmam que essa tem sido uma caminhada solitária, e que sentem a ausência de uma retaguarda mais significativa do próprio Sistema Conselhos de Psicologia.

“(…) Quando vai pro choque entre o que é ético e o que é legal, nós precisamos que o Conselho de

Psicologia se certifique e conheça também o que é legal dentro do nosso trabalho, porque é muito bacana discutir, ficar repetindo, mais quanto vale no papel, quem assina e quem carimba? Nós respondemos ao Conselho Superior de Polícia, e respondendo como uma profissional, que possui por trás um Conselho de Psicologia, Regional, Federal, mas quando chega na hora de por os carimbos nenhum põe. Ai ficamos nós ali com cara de bobo e ninguém da o respaldo, nem ético, nem legal, nem moral. Ai nós ficamos perdidas. Então como discutir isso? Tem que ser corajoso, eu não me envergonho de colocar nosso profissionalismo no papel e perguntar: “quem é que vai nos ajudar? Quem é a autoridade que vai carimbar no final? (...) Dentro do nosso Regimento Interno diz que ao Gabinete Psicológico, compete: selecionar e acompanhar todos os egressos até o final do seu estágio probatório. Dentro dessas pequenas linhas tem uma imensidão de coisas, e é aí onde nós não temos ninguém nos ajudando.” (Participante 03)

Muitas(os) psicólogas(os) sentem necessidade de assessoramento jurídico para a produção dos pareceres e laudos emitidos para dentro e fora da instituição em que atuam. Em alguns locais é disponibilizado esse assessoramento, em outros as(os) profissionais buscam o próprio Conselho de Psicologia, através da Área Técnica e da Comissão de Ética, tendo sido referida como bem resolutive. Outras(os) profissionais desconhecem recursos que possam ser buscados para sanar dúvidas quanto à escrita dos documentos e acabam produzindo de forma coletiva no intuito de ter suporte da(o) colega psicóloga(o).

Nas ações periciais as(os) psicólogas(os) relatam uma dificuldade importante quanto às dúvidas cotidianas frente às informações que podem ou não, devem ou não, constar nos laudos periciais e quais os efeitos que estas terão no desenrolar dos casos e as implicações éticas futuras que podem advir desses laudos.

Outras implicações éticas dizem respeito aos pareceres psicológicos e os efeitos desses no cotidiano de vida e de trabalho das(os) profissionais. Por um lado, algumas vezes esses pareceres auxiliam a flexibilizar algumas regras institucionais, como o uso da farda, por outro lado, em outras vezes existem questões sociais, como o risco que o policial corre ao voltar para a casa fardado. Esse é um dos exemplos de situações em que um parecer psicossocial pode ter um efeito importante para o Servidor Público. Em outros casos, as(os) psicólogas(os) refletem o quanto alguns pareceres indicativos de situações que incapacitam para o trabalho, embora sejam questões situacionais, podem complicar a vida do trabalhador, em função do preconceito entre os colegas. Produz-se um estigma que permanece, muitas vezes, mais tempo do que as situações concretas de adoecimento.

## **Ciclo 2**

### **Atuação das(os) Psicólogas(os) na Política Nacional do Idoso (PNI)**

## RELATÓRIO FINAL DA PESQUISA

### 1. Dados CREPOP

CREPOP/CRP: 07

Conselheira de Referência: Vera Lucia Pasini

Assessoras Técnicas de Políticas Públicas: Silvia Giugliani e Carolina dos Reis

Estagiárias curriculares: Márcia Ferreira (UFRGS) e Samantha Torres (PUCRS)

Relatoria: Carolina dos Reis e Silvia Giugliani

Data do encontro presencial: 28/11/2011

Local da reunião: Sede do CRPRS (Porto Alegre)

Duração da Reunião: 3h

Número de participantes: 11 profissionais

### 2. Caracterização sociodemográfica dos participantes

As(os) participantes eram trabalhadoras(es) de sete municípios do Rio Grande do Sul: Porto Alegre, São Leopoldo, Canoas, Novo Hamburgo, Pelotas, Gravataí e Sapucaia do Sul. Do total de 11 profissionais presentes, 10 delas(es) atuam na Assistência Social (dessas(es), 08 trabalham em Centros de Referência de Assistência Social – CRAS, 01 em Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS e 01 em um Abrigo

Institucional) e 01 profissional da área da saúde (que trabalha em um CAPS Idoso). Quanto à distribuição por sexo, compuseram o grupo 09 mulheres e 02 homens. A metade das(os) profissionais trabalha 40h, somente 02 profissionais trabalham 30h e 03 profissionais trabalham 20h. A média salarial é de R\$2.200 para 30h semanais. Dentre as(os) psicólogas(os), 07 profissionais possuem regime de trabalho estatutário, 03 possuem contratos através de empresas terceirizadas e 01 deles possui contrato temporário de trabalho.

### 3. Caracterização do campo

A pesquisa, que teve como foco a atuação das(os) psicólogas(os) na *Política Nacional do Idoso (PNI)* foi trabalhada de forma transversal, buscando conhecer as práticas profissionais voltadas para o atendimento da população idosa, em consonância com os preceitos da PNI nos campos da Educação, Saúde e Assistência Social. De maneira geral, foi identificada uma maior expressão de ações e compromisso profissional no campo da Assistência Social. Na Política de Proteção Social Básica, através dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), identificamos ações voltadas à promoção da autonomia e do envelhecimento saudável, através de grupos de convivência para Idosos. Além disso, ainda no âmbito do CRAS, algumas(ns) profissionais trabalham com os idosos a partir das famílias, enfocando questões

relacionadas aos processos de envelhecimento e de cuidado ao cuidador. Já no âmbito da Proteção Social Especial, foi identificado, junto aos Centros Especializados de Assistência Social (CREAS), ações voltadas para idosos vítimas de violência doméstica, abuso sexual, negligência e abandono. Em geral, essas ações destinam-se a prevenir a reincidência dessas situações, no intuito de evitar a institucionalização de idosos. Em alguns municípios do estado foram encontradas instituições que operam como Centros Dia para essa população. O CREPOP, no desenvolvimento da pesquisa, teve a oportunidade de visitar uma dessas instituições em um dos municípios em que o CRPRS possui subsele. Nesses espaços são oferecidas atividades variadas para a população idosa durante o dia. Os idosos aderem às atividades a partir de um plano individual, podendo variar a frequência semanal. Outra ação mapeada na pesquisa, presente neste mesmo município, é o atendimento domiciliar às famílias que possuem denúncias de violações de direitos vinculadas à população idosa. Essas situações são encaminhadas para o serviço diretamente pelo Ministério Público; a ação objetiva prevenir institucionalização dos idosos. Por fim, na Alta Complexidade, encontramos os abrigos institucionais para acolhimento de idosos. Nos grandes abrigos institucionais da capital do estado não foi identificada a presença de psicólogas(os).

Na área da saúde existem ações realizadas a partir das Coordenadorias de Saúde do Idoso (CSI), que

desenvolvem ações previstas na Política Nacional de Idoso. Recentemente está sendo implantada a Caderneta de Saúde do Idoso que, embora seja uma ação embrionária, é um dispositivo valorizado pela rede de saúde nos espaços em que já foi implantado, pela possibilidade do idoso ter consigo um registro das ações em saúde de que é destinatário e poder circular com essas informações pelos diferentes serviços da rede. Em geral as CSI não contam com a presença de psicólogas(os). As(os) psicólogas(os) que dariam suporte as ações voltadas para a população idosa no âmbito da saúde estão localizadas(os) nas equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, entretanto, as(os) profissionais contatadas(os) afirmaram que ainda não tem presentes no cotidiano de trabalho ações formuladas a partir da Política Nacional de Idoso. Apesar das ações serem ainda iniciais, o gestor estadual afirma estar trabalhando para qualificar a oferta de atendimento neste campo.

Já no âmbito da Educação as ações voltadas para a população idosa estão vinculadas ao Programa Brasil Alfabetizado, que é um programa de alfabetização desenvolvido junto aos bairros em que há demanda para tal. São formados grupos de idosos de 15 pessoas que não estão alfabetizados, ou que estudaram até a 3ª série. São 8 meses de curso. Após esse período os idosos ingressam nas turmas regulares de Educação de Jovens e Adultos – EJA. Em geral os idosos acabam não permanecendo nas turmas de EJA inviabilizando seu avanço no processo de

instrumentalização da aprendizagem formal. As educadoras do Brasil Alfabetizado possuem ensino médio completo ou magistério e passam por um curso preparatório para participar da ação. Não há psicólogas(os) vinculadas(os) a esse Programa.

Outra ação interessante nesse campo são as Universidades para a Terceira Idade, no desenvolvimento da pesquisa, mapeamos seis instituições que realizam essa ação, localizadas na região metropolitana de Porto Alegre e em grandes municípios do interior do estado.

#### **4. Processo de Mobilização**

O processo de mobilização consistiu na localização e contato com os gestores estaduais de cada política dos três campos investigados (Secretaria Estadual da Saúde/Coordenação da Política do Idoso, Secretaria Estadual de Educação/Departamento Pedagógico e Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social/Departamento de Assistência Social), bem como os gestores municipais de Porto Alegre e dos três municípios em que o CRPRS possui sedes: Caxias do Sul, Pelotas e Santa Maria. Foram efetivadas agendas para apresentação do trabalho do CREPOP e da pesquisa em desenvolvimento, para o diálogo sobre a implementação da política pública nesse campo e do entendimento do gestor sobre as possibilidades de contribuição da Psicologia para a política em foco. Após este processo

inicial, realizamos o mapeamento das ações voltadas para a população idosa e da presença de psicólogas(os) vinculadas(os) as práticas nas cidades acima de 100 mil habitantes, estabelecendo um universo de 18 cidades (totalizando o contato com 54 secretarias municipais e com os serviços vinculados a essas que desenvolvem ações voltadas para a população idosa) além das estruturas estaduais. Nesses municípios foram localizados e contatados 104 psicólogas(os) trabalhando em ações diretas voltadas para essa população. Ainda, contatamos com as Universidades que oferecem serviços à população idosa. Por fim, realizamos contato com Conselho Estadual do Idoso que nos forneceu a listagem dos Conselhos Municipais que foram, dentro do possível, em função da frágil estrutura de comunicação destes, contatados.

Além dos contatos diretos com gestores e profissionais, utilizamos como recursos de divulgação da pesquisa – tanto no que se refere ao questionário online, quanto do encontro presencial – o *site* e a *newsletter* do CRPRS, a distribuição de cartazes e *folders* nos municípios que possuem mais de 100mil habitantes, nas principais Universidades que possuem cursos de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre e cidades pólo. Ainda, enviamos *e-mails* com informações sobre a pesquisa e o CREPOP para as instituições de Saúde, Assistência Social e Educação, para as(os) psicólogas(os) contatadas(os) e para as listas de contatos do CREPOP/RS.

## 5. Dinâmica da Reunião

Iniciamos a reunião com a acolhida as(aos) participantes realizada pelas assessoras técnicas, seguida por uma rodada de apresentações. Dando seguimento a atividade, contextualizamos o processo de pesquisa, as estratégias de localização e aproximação das(os) profissionais. As(os) participantes elogiaram a iniciativa do CRP em construir referências técnicas e ressaltaram a importância de as(os) profissionais refletirem e compartilharem suas práticas com outras(os) colegas. Esta troca propicia o exercício da reflexão sobre determinadas temáticas ou situações que ocorrem nos cotidianos de trabalho, exercício que auxilia na compreensão das situações, seus contextos e estratégias de ação.

Esclarecemos as(aos) participantes o fato do encontro ser gravado, visando garantir o registro de forma qualificada expressa no relatório de pesquisa. Falamos sobre o sigilo das informações, além de mencionar que as(os) participantes não estariam expostas(os) a nenhum risco ou dano. Para tanto, pedimos que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido fosse lido e assinado caso concordassem em participar do estudo. Após essas informações, as pessoas demonstraram disponibilidade e interesse em falar sobre sua prática.

## 6. Conteúdo da reunião

### 6.1 Descrição e análise da atuação

#### 6.1.1 Atividades específicas das(os) psicólogas(os)

No campo da Assistência Social, no que se refere aos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e aos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), de maneira geral, a organização do trabalho dos técnicos se dá por meio da distribuição de referências entre eles para diferentes programas e/ou populações. Na grande maioria dos serviços contatados, a referência para o atendimento da população idosa eram assistentes sociais. Foi bastante reforçado pelos serviços que a presença massiva do trabalho das(os) psicólogas(os) ainda está voltada muito mais para o atendimento de crianças e adolescentes do que de idosos.

##### 6.1.1.1 Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)

- Atendimento a idosos no âmbito da família, famílias com idosos que possuem BPC (Benefício de Prestação Continuada), que possuem idosos acamados ou que necessitam de cuidados especializados;

- Ações vinculadas ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, através dos Grupos de Convivência de Idosos. Esses grupos possuem características diferentes por região. Na grande maioria

dos locais, os grupos pré existiam à implementação dos CRAS. O grupo acontecia em diferentes locais do território como centros comunitários, igrejas, associações de moradores, entre outros. Nesses casos os grupos foram incorporados aos CRAS. Em alguns locais essa incorporação ocorreu no formato de uma assessoria ao grupo, mantendo a independência deste. Em outros, os grupos foram sendo absorvidos pelos CRAS de forma orgânica desde a transferência do grupo para a estrutura física do CRAS, até a assunção dos técnicos do CRAS da função de coordenação das atividades do grupo. Outros casos em que não existiam grupos previamente ou que se entendeu que havia demanda de criação de novos grupos, os grupos foram criados pelo próprio serviço atendendo às demandas identificadas pelos técnicos, quais sejam idosos em situação de vulnerabilidade social, beneficiários do BPC (Benefício de Prestação Continuada) e idosos que moram sozinhos. Algumas situações problemáticas em relação ao primeiro modelo é que muitos dos grupos não eram compostos pelo público característico da Assistência Social. Esses grupos incluíam pessoas com maior poder aquisitivo, mas recebiam recursos da Assistência Social para a realização de atividades. Essa é uma questão que vem sendo bastante debatida e amadurecida pelas equipes, mas que ainda se mantém ocorrendo. Além disso, outra dificuldade presente nos casos em que os grupos pré existiam à criação dos CRAS é que muitos deles possuem regras

próprias e são resistentes às mudanças propostas pela equipe do serviço e à entrada de novos membros;

- Junto aos Grupos de Convivência de Idosos são desenvolvidas atividades como: oficinas, passeios, viagens, atividade física, comemoração de aniversários, palestras sobre diabetes, pressão alta, nutrição, etc.;

- Embora sejam poucos, há a presença de psicólogas(os) como técnicas(os) de referência para as questões vinculadas ao 'Idosos na Proteção Social Básica' dos municípios ou regiões;

- Construção e articulação de uma rede intersetorial de apoio relacionada ao cuidado de idosos nos municípios;

- Alguns locais possuem ações ainda bastantes embrionárias voltadas para o público em questão, sendo a concessão de passe livre no transporte coletivo; citada como uma das poucas ações que vem sendo protagonizada pela Proteção Social Básica para idosos;

- Visitas domiciliares;

- Encaminhamento para BPC (Benefício de Prestação Continuada<sup>23</sup>).

---

<sup>23</sup> Benefício individual, não vitalício e intransferível, que assegura a transferência mensal de 01 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Em ambos os casos, devem comprovar não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família. A renda mensal familiar *per capita* deve ser inferior a  $\frac{1}{4}$  (um quarto) do salário mínimo vigente. (Disponível em:

### 6.1.1.2 Centros de Referência Especializados em Assistência Social (CREAS)

- Desenvolvimento de Ações vinculadas ao Programa de Complementação ao Atendimento Educacional Especializado às Pessoas Portadoras de Deficiência (PAED);

- Recebem denúncias de violações de direitos, situações de abuso/violência física e sexual, negligência, abandono de idosos. Investigam e intervêm nessas situações buscando a prevenção à reincidência e o acolhimento institucional;

- Mediação de conflitos familiares como prevenção de agravos em situações de violações de direitos acima descritos;

- Acolhimento de novos casos, que pode ocorrer de forma presencial e/ou por telefone, se a situação assim demandar;

- Intervenções em situações de urgência, quando há situações de violência eminente: nesse sentido destaca-se a importância de recursos para deslocamento dos técnicos até os locais de moradia dos idosos;

- Acompanhamento dos familiares e cuidadores;

- Visitas domiciliares a idosos dependentes;

- Em situações extremas, quando inevitável, realiza-se encaminhamento para acolhimento institucional;

---

<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc>).

- Produção de pareceres e outros documentos para o Judiciário e demais atores da rede pública de assistência;

- Outras ações vinculadas ao PAED: academia para idosos ao ar livre, vinculadas às atividades dos Grupos de Convivência de Idosos, que também ocorrem em alguns CREAS ao formato daqueles desenvolvidos nos CRAS. Ainda, capacitação de técnicos do município das instituições de acolhimento subsidiadas pela prefeitura municipal.

#### 6.1.1.3 Proteção Social Especial – Alta Complexidade (Acolhimento Institucional)

- Atendimento a idosos com vínculos familiares rompidos ou sem vínculos que não possuem condições de se manter em uma instituição privada de acolhimento (renda de até 01 e ½ salário mínimo);

- As(os) psicólogas(os) desenvolvem atividade de acolhida aos novos idosos residentes, acompanhamento de idosos quando necessitam realizar atividades fora da instituição, buscando trabalhar questões relacionadas à autonomia. Ainda, realizam atendimento individual de casos específicos, principalmente em casos em que ocorreram conflitos dentro da instituição. De acordo com as(os) psicólogas(os) há, nesses casos, uma demanda institucional de intervenção “corretiva” junto àqueles com comportamento considerado inadequado;

- Grupos de idosos menos dependentes para

realização de saídas da instituição. Essa ação é vista como positiva, pois ocorre a partir de uma iniciativa das(os) psicólogas(os) de mobilizar parceiros para possibilitar algumas saídas dos idosos da instituição. Entretanto, por outro lado, considera-se que essa ação também pode ter como efeito a demarcação dentre os idosos daqueles que possuem melhores condições, os “mais inteiros”, em detrimento de outros mais dependentes e, com isso, pode promover uma dupla segregação destes últimos;

- Reunião Semanal em formato de assembleia com os moradores. O objetivo da atividade é o de que os idosos se coloquem, que se façam presentes nas decisões da equipe em relação à instituição;

- Outras atividades realizadas: chá de senhoras, oficinas de artesanato, atividades religiosas.

#### 6.1.1.4 Centros de Atenção Psicossocial - CAPS Idoso

- Atendimento a idosos com Depressão, Demência, Mal de Alzheimer e Mal de Parkinson;

- Realização de grupos terapêuticos com idosos depressivos: reconhecimento da importância desse grupo como um espaço preventivo em relação ao desenvolvimento de um quadro de Alzheimer;

- Atendimento a familiares e grupos de cuidadores: entendendo a importância que essa ação tem na continuidade dos cuidados com idosos no ambiente doméstico;

- Testagem Neuropsicológica;
- Avaliação e Entrevista Psicológica;
- Diagnóstico Diferencial;
- Oficina de criatividade: tem por objetivo trabalhar a autoestima dos idosos. Ocorre através de trocas de saberes entre eles, sendo coordenadas(os) pelas(os) psicólogas(os). Segundo relato:

“E as oficinas de criatividade, a gente trabalha com a família, porque essa família vai continuar em casa desenvolvendo tarefas, eles fazem trabalho de artesanato, eles levam para casa, fazem com neto, nós temos até uma bisneta que participa do grupo. Esse caso merece ser colocado, ela tem 88 anos, tem Parkinson e escreve poesia, e tudo que é evento que ela participa, ela faz um relato e nós estamos juntando agora para fazer o livro dela, esse livro será em parceria com a Coordenação de Saúde Mental do município. Queremos fazer alguma coisa que continue motivando elas a escrever. Isso tudo começa aqui, é uma coisa completamente nova para nós, lidar com essas questões.” (Psicóloga(o) no CAPS Idoso)

- Oficinas cognitivas com usuários com Mal de Alzheimer em estágio inicial e médio, para estimulação das funções cognitivas;
- Promoção de eventos e passeios;
- Grupos de Idosos Masculinos de Apoio às Perdas: inclui usuários que estão passando por situações de luto e aposentadoria.

## 6.2 Planejamento das atividades

Em todos os serviços, as(os) psicólogas(os) relataram que o planejamento ocorre em equipes multiprofissionais com grande reconhecimento da contribuição da Psicologia no desenvolvimento do trabalho com a população idosa. Em alguns serviços, relataram ações de planejamento que ocorrem ainda em parceria com os próprios usuários. São exemplos disso as assembleias realizadas no abrigo institucional e as atividades dos grupos de convivências dos CRAS.

## 6.3 Autonomia das(os) psicólogas(os) no programa

Todas(os) as(os) profissionais relataram que tem autonomia para propor novas ações e projetos, além de organizar as atividades específicas da Psicologia. De acordo com o grupo, há bastante reconhecimento dentro das equipes do saber técnico das(os) profissionais psicólogas(os). Além disso, no grupo que participou da pesquisa, havia uma psicóloga que era a responsável pela equipe técnica do serviço evidenciando os espaços de gestão que as(os) psicólogas(os) têm assumido dentro do campo da Assistência Social.

#### 6.4 Recursos técnicos, teorias e conceitos mais utilizados

- Entrevista Psicológica;
- Dinâmica de Grupo;
- Grupos Operativos;
- Conhecimentos em psicofisiologia, neurologia, endocrinologia e farmacologia relacionada às questões do envelhecimento e patologias mais comuns nessa faixa etária;
- Psicologia Comunitária;
- Psicologia Sistêmica;
- Psicologia Humanista Existencial;
- Psicanálise;
- Terapia Cognitivo Comportamental.

#### 6.5 Principais problemas vividos na prática profissional neste campo de atuação

- Precarização das condições de trabalho: bastante presente as situações de precarização das condições de trabalho e das formas de contrato dos trabalhadores. Por consequência, há uma alta rotatividade de profissionais, implicando dificuldades na estruturação das equipes.

“Chegou uma assistente social ficou um tempo depois saiu, agora tem outro que está chegando. Tem todo um recomeço para poder engrenar. Eu estou desde o início, e fica ruim essas entradas e saídas e isso de certa forma dificulta e muito a estruturar o trabalho.” (Psicóloga(o) que atua em

CREAS)

- Outra dificuldade citada pelas(os) profissionais na efetivação da política pública é o reconhecimento dos limites nas ações desenvolvidas pela equipe em função da sobrecarga de trabalho.

“O meu trabalho o que é? É acionar a rede de atores. É o que eu tenho feito aqui, que é um trabalho de planejamento, e daí se mantinha todo final de documento “o PAEFI<sup>24</sup> permanece acompanhando”. Só que não permanecia acompanhando, 93% dos acompanhamentos só se faz visitas quando o Ministério Público pede novamente: ‘PAEFI’.” (Psicóloga(o) no CREAS)

- Equipes incompletas e uma dificuldade de reconhecimento do papel da Psicologia na Assistência Social. Essa dificuldade é protagonizada por outros atores da rede que fazem encaminhamentos equivocados, mas também por algumas(ns) psicólogas(os) que ainda permanecem vinculadas(os) ao lugar do fazer clínico psicoterápico;

“Porque além de eu ser o único psicólogo do CRAS eu sou o único psicólogo que trabalha com a Assistência Social na região. Eu entrei agora com o novo convênio, com as conveniadas que tem o psicólogo no seu quadro pra trabalhar na parte da Assistência Social. Sou psicólogo com apenas 2 anos de formado. Eu fico ilhado dando conta dessas demandas. Eu não me inseri tanto nessas questões de trabalho com idosos, mas eu fui convidado para

---

<sup>24</sup> Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos.

conversar, por eles mesmos, para falar sobre Demência, Mal de Alzheimer, Depressão, Bipolaridade, lá no grupo de idosos. Eu fui lá e fiz um bate papo com eles, mas mais do que responder a essa demanda deles eu queria entender qual eram as dúvidas, as angústias, os casos mais violentos, etc. (...) E como lá a Avaliação é muito presente, o que tem sido demandado de mim é que eu faça Avaliação Psicológica. Quando o posto de saúde tem dificuldade com uma pessoa que eles suspeitam que ela tenha alguma doença mental ou caso de senilidade, eles mandam para Assistência Social para atendimento. Normalmente para buscar internação, seja adulto ou jovens por questão de uso de drogas, doença mental, depressão. Quando são pessoas idosas, eles mandam para a Assistência Social, para conversar comigo, para que eu faça a ponte. Então isso ainda está um pouco torto.” (Psicóloga(o) no CRAS)

“Eu tenho autonomia para determinar se eu devo ver a pessoa semanalmente por algum tempo ou se pode ser de 15 em 15 dias. Para ver como é a situação, isso é um acompanhamento? É um atendimento, mas não é saúde? Eu particularmente acho que já que a gente é psicólogo e não tem como a gente se desvencilhar, o que nós fazemos é atendimento clínico, não tem como.” (Psicóloga(o) no CRAS)

- Ausência de Recursos Materiais: embora alguns serviços possuam dificuldades na constituição das equipes, como no caso exemplificado, já conseguiram avançar no reconhecimento da necessidade de recursos materiais como a disponibilização de carro diariamente para a equipe atender situações de urgência em que há

denúncias de violência ou outras violações de direitos que colocam em risco a vida de idosos e outras pessoas na comunidade. Entretanto as(os) profissionais dos demais serviços apontaram que essa é uma exceção a regra, pois é um tensionamento comum nos serviços a ausência de recursos materiais, principalmente em relação ao deslocamento das equipes para as visitas domiciliares.

“O CREAS do nosso município é diferente nessa questão do carro, eles não têm carro todo dia. Inclusive, há pouco tempo houve uma situação que teve uma denuncia e demorou mais de uma semana para terem disponível o carro. Quando eles foram atender, a pessoa já havia falecido.” (Psicóloga(o) no CRAS relatando sobre situação vivida pelo CREAS de seu município)

“O CRAS que eu estou trabalhando atende uma área muito extensa, é no centro, mas atende centro sul e sudeste. Talvez devesse ter mais um local para atender sul e sudeste, dois seria o ideal. E na verdade tem 05 grupos de idosos que são conveniados com a Secretaria de Assistência Social e agora na verdade entrou mais outro grupo, são 6 grupos no total que são acompanhados pelo nosso CRAS.” (Psicóloga(o) no CRAS)

“No CRAS nós temos uma sala bem equipada, ela é um pouco maior que essa, com DVD, som, computador, mas faltam horários na nossa sala.” (Psicóloga(o) no CRAS)

- Adequação de Grupos de Idosos que não são público característico da Assistência Social, mas que foram incorporados às ações da política pública: de acordo com as(os) psicólogas(os), para os grupos de

idosos essa vinculação é interessante, pois passam a receber recursos da prefeitura para o desenvolvimento de suas ações e para a gestão também há o interesse de que essa ação possa ser incorporada aos dados relativos ao número de pessoas que estão sendo atendidas pela política pública e às ações implementadas. Entretanto, em muitos locais, profissionais e gestores cientes da importância de direcionar os recursos para os grupos que são o foco da Assistência Social se deparam com esses impasses.

“Têm alguns grupos de idosos que não são público da Assistência. São grupos que estão bem mais interessados na questão das viagens e dos recursos que vem da Secretaria. Têm 3 ou 4 grupos que sim, que necessitaria de uma intervenção maior da Secretaria. Só que quando eu entrei para conhecer o grupo já estava formado, tinha educação física, tinha outras atividades e a demanda do grupo é de palestras sobre diabetes, pressão alta, nutrição (...). De certa forma, assim, chega um idoso lá no CRAS ou familiar do idoso, a gente encaminha para esses grupos, mas o que acontece é que o grupo às vezes possui atividades bem fechadas, às vezes eles incluem uma pessoa nova no grupo, mas às vezes não incluem tão bem.” (Psicóloga(o) no CRAS)

## 7. Interdisciplinaridade

Nos CRAS e CREAS as equipes são compostas de forma multiprofissional, buscando o desenvolvimento de um trabalho integrado. Algumas categorias profissionais citadas dentre aquelas que compõem as equipes:

Assistência Social, Pedagogia, Psicologia, Direito e Educação Social. De maneira geral, as(os) psicólogas(os) relatam que desenvolvem várias atividades em conjunto com outros profissionais, principalmente, com assistentes sociais, tendo poucas atividades que seriam específicas suas. O entendimento é o de que as diferentes disciplinas proporcionam olhares diversificados e complementares para o desenvolvimento de ações de cuidado junto à população.

“A única atividade que é exclusiva do psicólogo é quando temos que fazer pareceres para o Judiciário ou Ministério Público. (...) Todas as outras a gente procura fazer em conjunto sempre: visita domiciliar, acolhimento e atendimento, que sempre que possível é em dupla com a assistente social. (...) A gente estuda os casos com a colega. Mais para compartilhar e buscar estratégias, pois todos os casos são muito complexos. Quanto ao planejamento, eu sou considerada responsável pelo serviço, então tudo que é planejamento e relatórios, tudo isso passa por mim, mas também é compartilhado, não há nada que eu faça sozinha.” (Psicóloga(o) no CREAS)

“Eu acho que quando fazemos uma discussão, faz uma visita, faz uma escuta, fica muito claro o papel de uns e de outros. Os olhares são diferentes, a formação é outra. Em uma visita que a gente faz com uma assistente social, a grande maioria daqui de nós faz. Inevitavelmente, quando a gente sentar para discutir o caso, elas logo vão colocar algo que para nós passou despercebido ou não pareceu relevante, e nós vamos trazer algo que para elas vai trazer muitas surpresas também.” (Psicóloga(o) no CRAS)

Essa situação não é homogênea em todos os serviços. Vários locais encontram dificuldades nas relações de trabalho que atravessam as questões disciplinares e setoriais.

“No abrigo não tem reunião de equipe, temos profissionais das Secretarias de Assistência Social e da Saúde lá dentro. Temos técnicos de Enfermagem e enfermeiros que são cedidos pela saúde e temos uma parceria com o hospital centenário que é do lado, então o nosso médico é cedido pelo hospital centenário.” (Psicólogo(a) no Abrigo Institucional)

Observa-se que no âmbito da saúde essa prática de trabalho integrado é mais distante do cotidiano. No CAPS Idoso, a equipe é composta por diferentes categorias profissionais, dentre elas: Pedagogia, Serviço Social, Psicologia, Medicina e Enfermagem. A equipe realiza discussões de caso em conjunto e utiliza-se do prontuário como dispositivo de comunicação entre os técnicos. Realizam, ainda, outra atividade em conjunto: o acolhimento. Apesar destas ações, existe uma demarcação clara das fronteiras identitárias entre os trabalhadores, o que reflete diretamente na diferenciação das atividades realizadas pelos profissionais.

“O máximo que tem é no grupo de cuidadores, que em algumas situações entra a nossa coordenadora lá e faz uma conversa com eles ou agora que nós temos uma enfermeira na equipe, ela vai lá tratar de algum assunto técnico que está dentro da área dela, mas são intervenções bem pontuais. A coordenação do grupo é com a Psicologia. Lá é bem delimitado.” (Psicólogo(a) no CAPS Idoso)

## 8. Intersetorialidade

É preciso considerar que a oferta de atendimento para idosos deveria ocorrer de maneira transversal nas diversas áreas das políticas públicas. Entretanto, o que se percebe no contato direto com os serviços é que as especificidades relacionadas ao cuidado com idosos e os processos de envelhecimento não são objeto de atenção dos profissionais em geral, principalmente, no que se refere à atuação de psicólogos(os). Nesse sentido a sensibilização dos profissionais para esse olhar sobre a população idosa ainda é bastante embrionária em alguns serviços. Entretanto tem algumas ações em rede que podem ser destacadas como as interfaces entre saúde e assistência social. Os CRAS e CREAS já são reconhecidos pela rede de saúde como importantes parceiros para compartilhar atendimentos. Outras questões também se destacam, como aquelas relacionadas ao transporte e circulação de idosos.

“A gente conseguiu a interface com a empresa municipal de transporte público para vir um profissional conversar com os idosos, havia muita demanda frente ao desrespeito as leis do trânsito que oferecem proteção aos idosos, enfim.”  
(Psicóloga(o) no CRAS)

“Devido a um evento que teve no município nós conseguimos um ônibus adaptado pela empresa de transporte urbano para alguns cadeirantes.”  
(Psicóloga(o) no Abrigo Institucional)

As instituições de justiça e segurança pública também são identificadas como importantes interlocutores, principalmente, no que se refere às situações de violência, negligência e abandono. Esses casos são tanto encaminhados aos serviços da Assistência Social pela Justiça, quanto o contrário também ocorre, quando há casos identificados pela Assistência Social de violações de direitos os serviços orientam os usuários a buscar os serviços de justiça.

“Nós encaminhamos para o Ministério Público dizendo que tem que acontecer alguma ação que seja do Judiciário. Nós até podemos fazer um acompanhamento do idoso, porque ele está em violação de direitos, mas primeiro temos que garantir legalmente que ele não permaneça em violação de direitos humanos. E depois sim, se achar necessário a gente pode voltar para fazer um acompanhamento. Porque acaba utilizando o serviço para tomar medidas judiciais.” (Psicóloga(o) no CREAS)

Além disso, a instalação de uma delegacia do idoso em uma região de um município foi destacada pelas(os) psicólogas(os) como uma parceria importante na rede de cuidado.

Já no que se refere à rede intrasetorial da assistência social, ou seja, a rede formada pelos serviços que compõem a mesma política em diferentes níveis de complexidade, as(os) profissionais relatam que tem buscado a construção de espaços de reunião dessa rede para articulação de ações, incluindo aquelas voltadas para

o atendimento de idosos, além da possibilidade de construir coletivamente os processos de trabalho nesse campo da assistência social.

“Outra questão que eu acho importante é que nós temos 02 grandes espaços para discussão do idoso no município. Uma que é o Fórum do Idoso, que acontece uma vez por mês no Mercado Público, onde todos os grupos de idosos da cidade estão convidados a participar, quem coordena esse encontro é a Assistência Social do município. Toda programação dentro do mês do idoso, nós temos a Semana do Idoso que tem uma coordenação. Nós temos essa responsabilidade durante uma semana, de estarmos organizando para toda a cidade o evento. Outra questão que também a Assistência Social enquanto tal tem permissão, nós temos reuniões quinzenais de referências na cidade, então todos os CRAS que são referência para idoso realizam uma reunião quinzenal para discussão e encaminhamentos.” (Psicóloga(o) no CRAS)

“Nós temos feito reuniões mensais e para mim foi fundamental para entender o trabalho. E fico pensando que dá para fazer uma analogia com o que está acontecendo nessas novas reuniões. No início, como tem cinco psicólogos do CRAS e só eu da Alta Complexidade, o assunto ficava somente em torno dos CRAS. Eu passei a perceber que essa coisa do idoso institucionalizado fica escondida, fica quietinha, como eu ficava quietinha naquelas reuniões, e o quanto eu depois consegui falar dos idosos. Da mesma forma os meus idosos conseguiram falar e passear também, sair em foto e entrar no mural.” (Psicóloga(o) no Abrigo Institucional)

## **9. Considerações das(os) psicólogas(os) sobre a política pública abordada**

A Assistência Social, no cotidiano de desenvolvimento das ações frente à nova perspectiva de promoção de direitos e de ruptura com a lógica assistencialista e policialesca, ainda enfrenta, de acordo com as(os) profissionais, algumas heranças dessa lógica. Uma dessas heranças pode ser expressa pela fala de uma(um) das(os) profissionais que traz as dificuldades de modificação na perspectiva de trabalho que não recaia sobre a vigilância dos indivíduos e que consiga ampliar essa visão para pensar o conjunto do território.

*“A equipe não sabe trabalhar com grupos e isso está atrapalhando muito, também porque assim elas estavam acostumadas a trabalhar com um trabalho que eu falo de detetive, que é no caso por caso, que é um trabalho clínico de assistente social, e agora no SUAS é o pensamento em grupo, e aí a gente está com muita dificuldade de deixar um pouco de atender só o incêndio.” (Psicóloga(o) no CRAS)*

Outro ponto referenciado pelas(os) profissionais como fator importante para o desenvolvimento da política pública que precisa ser ampliado e fortalecido é o controle social, através dos Conselhos do Idoso. Em muitos locais esse espaço ainda é constituído unicamente por usuários, não sendo um espaço que ocupa uma função democrática e deliberativa de fato. Com a necessidade de administração e implementação do fundo

do idoso, as(os) profissionais têm se voltado para a mobilização e efetivação dos Conselhos.

## **10. Implicações éticas**

Foram apresentadas preocupações que pontuamos a seguir:

- Cuidado no compartilhamento e divulgação das informações sobre os casos para os outros serviços da rede;
- Questão do sigilo se intensifica em cidades do interior do estado em que muitas pessoas se conhecem e as informações circulam com mais facilidade;
- Afirmação de práticas comprometidas com a promoção das condições de vida;
- Desenvolvimento do cuidado e da atenção em saúde orientados pela integralidade.

## **11. Apreciações da Equipe do CREPOP**

Podemos sinalizar que a Política Nacional do Idoso ainda está em fase inicial de desenvolvimento no sentido de ser compreendida enquanto parte das ações que devem estar garantidas e oferecidas pelas estruturas de atendimento nos diferentes campos das políticas públicas. Importante registrar os avanços identificados especialmente a partir da circulação, conhecimento e

cumprimento do Estatuto do Idoso (Lei 10.741). Esse momento embrionário da política pública em foco interagiu de forma diferenciada considerando as questões apontadas pelo CREPOP no processo de desenvolvimento da pesquisa. Na grande maioria dos contatos realizados, as gestões não conseguiam identificar atividades específicas voltadas para a população idosa, indicando em geral atividades que atendem a família ou as comunidades, incluindo o idoso. Aos poucos foi possível avançar nos contatos e identificar ações que explicitavam compreensão e compromisso com a política trabalhada.

Valorizamos o entendimento que o grupo demonstrou sobre a compreensão de que esse é um campo de trabalho que possui interfaces com outras áreas incidindo na compreensão e desenvolvimento de ações intersetoriais.

## **Pesquisas realizadas em 2012**

# **Ciclo 1**

## **Atuação das(os) psicólogas(os) na Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua**

## RELATÓRIO DOS GRUPOS MULTIPROFISSIONAIS

### 1. Dados CREPOP

CREPOP/CRP: 07

Conselheira de Referência: Vera Lucia Pasini

Assessoras Técnicas de Políticas Públicas: Carolina dos Reis e Silvia Giugliani<sup>25</sup>

Estagiárias: Tatirrê Paz (PUCRS) e Cristina Estima (UNISINOS)

Relatoria: Equipe CREPOP<sup>26</sup>

Datas dos encontros: 28.06.2012 e 09.09.2012

Local dos encontros: Sede do CRPRS - Porto Alegre

Duração dos grupos: 3h

Número de participantes: 68 no primeiro grupo e 08 no segundo

### 2. Dinâmica dos grupos multiprofissionais

Foram realizados dois encontros multiprofissionais. O primeiro deles se caracterizou como um movimento de mobilização dos profissionais para implicação no processo de pesquisa do CREPOP,

---

<sup>25</sup> Compôs a equipe do CREPOP até outubro de 2012, participou das fases de construção das diretrizes da pesquisa, do mapeamento e da realização do primeiro encontro multiprofissional realizado em junho/2012.

<sup>26</sup> Os encontros foram gravados em áudio e transcritos para produção do relatório. O relatório da pesquisa foi construído em conjunto pela Assessora Técnica, Carolina dos Reis e pelas estagiárias curriculares Tatirrê Paz e Cristina Estima.

apresentação dos objetivos e sensibilização dos coletivos para a pauta da *Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua*. Este primeiro encontro contou com a participação de 68 profissionais de diferentes áreas, como: psicólogas(os), educadores sociais, assistentes sociais, técnicos de Enfermagem, músicos, educadores físicos, oficinairos, monitores de serviços de alta complexidade, cuidadores, pedagogos, redutores de danos, auxiliares administrativos, sociólogos, além de pessoas em situação de rua. Os participantes eram oriundos de 12 municípios do estado do RS e de 1 município de Santa Catarina<sup>27</sup>, de serviços da Assistência Social e da Saúde, dentre estes estiveram representados: Serviço de Abordagem Social de Rua de Crianças, Adolescentes e Adultos, CAPS I, CAPS II, CAPS ad, UBS, Consultório na Rua, CRAS, CREAS, Centro Pop, Casas de Passagem, Abrigos, Albergues, Pronto Atendimento, Pesquisadores de Pós-Graduação em Psicologia, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, Programa Socioeducativo (Egressos da FASE) e os Movimentos Sociais: Movimento Aquarela (Movimento Aquarela da População em Situação de Rua) e o Jornal Boca de Rua – jornal fomentado pela ONG ALICE (Agência Livre para Informação, Cidadania e Educação) e inteiramente produzido pela população em situação de rua. Esse primeiro encontro oportunizou que os diferentes serviços

---

<sup>27</sup> Foram repassados os contatos do CREPOP do CRP12 para participação desses profissionais na pesquisa realizada no estado de Santa Catarina.

da rede de atenção à população em situação de rua pudessem se (re)conhecer, trocar experiências e pontuar as principais dificuldades presentes hoje para a efetivação da política de atenção à população em situação de rua em seus municípios. Os representantes da população em situação de rua, por sua vez, devolveram aos profissionais suas análises sobre os principais impasses vividos por eles no acesso às políticas públicas.

O segundo encontro foi realizado dentro do formato da metodologia da Rede CREPOP, sendo, portanto, as discussões deste segundo grupo as que serviram de base para a produção deste relatório. O segundo grupo contou com a presença de 08 participantes, sendo 02 psicólogas(os), 02 assistentes sociais, 01 pedagogo(a), 02 cientistas sociais e 01 educador(a) social. Esses profissionais eram majoritariamente da capital do estado, somente um profissional era de um município da região metropolitana. Os oito profissionais eram de serviços da Assistência Social, dentre eles: CRAS, CREAS, Abordagem Social de Rua e Centro Pop. Os profissionais se implicaram na discussão das questões propostas pela coordenação do grupo a partir do roteiro indicativo. A discussão das temáticas foi bastante fluida e o encontro foi avaliado de forma bastante positiva pelos participantes, indicando a importância do desenvolvimento da pesquisa e das escolhas metodológicas adotadas. Foi ressaltada a necessidade de a Rede CREPOP chamar os próprios

usuários para falar sobre as redes de atenção.

A caracterização do campo e o processo de mobilização da pesquisa já estão delineados no relatório dos grupos com psicólogos. As ações desenvolvidas para mobilização para os grupos multiprofissionais foram realizadas em conjunto com o restante das ações descritas para os grupos com psicólogos.

### **3. Conteúdo da reunião**

#### **3.1 Descrição e análise da atuação**

##### **3.1.1 Composição das equipes**

Todos os serviços são compostos por equipes multiprofissionais e em todas elas havia a presença de psicólogas(os), sendo esta(e) considerada(o) uma(um) peça importante para a composição das equipes. Essa avaliação relaciona-se a possibilidade de contribuição da Psicologia junto ao atendimento dos usuários de forma mais diretamente vinculada às questões de saúde mental (devido a grande incidência de pessoas em situação de rua com alguma doença psíquica) e no entendimento dinâmico dos casos, atentando para as questões relacionadas a produção de subjetividade e a possibilidade de compreensão dos modos singulares dos sujeitos se organizarem na rua. Além disso, a importância da presença da Psicologia é ressaltada também no cuidado com a saúde da própria equipe e na construção

dos processos de trabalho. Os serviços da Assistência Social, de maneira geral, contam, majoritariamente, com a presença de assistentes sociais, seguido de psicólogas(os), cientistas sociais, pedagogos e terapeutas ocupacionais. Dentre os profissionais com formação de nível médio, destaca-se a grande presença de educadores sociais e monitores que, embora tenham contratos com formação de nível médio, possuem curso superior. Esse fato tem provocado discussões dentro das equipes sobre os limites da atuação dos profissionais de nível médio, principalmente, tendo em vista que muitos deles têm a mesma capacitação que os técnicos para desenvolver o conjunto das ações dos serviços e acabam assumindo essas funções em situações diversas.

### 3.1.2 Atividades desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais

#### 3.1.2.1 Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Centro Pop e demais programas de Abordagem Social de Rua

Atividades comuns a todos os profissionais das equipes dos serviços especializados: abordagem social de rua, articulação das redes de atenção intra e intersetoriais, acompanhamentos dos usuários aos atendimentos na rede de atenção, discussão dos casos acompanhados e realização de assembleias/reuniões com a população em situação de rua.

No que se refere à abordagem social, percebe-se que, algumas vezes, esta se resume a ação de busca ativa. Isto é, busca de usuários já abordados em momentos anteriores que não têm comparecido aos atendimentos nos serviços ou a busca de pessoas em situação de rua para inclusão no cadastro único. Os participantes afirmam que, em função da grande demanda de trabalho, alguns serviços não têm conseguindo dar conta de identificar e mobilizar ações junto aos territórios com maior incidência de trabalho infantil, exploração sexual e situação de rua, tampouco têm conseguido realizar o acompanhamento sistemático das pessoas já abordadas pelos serviços que permanecem em situação de rua.

Por outro lado, no município de Porto Alegre, por exemplo, as equipes de abordagem social de rua desenvolvem projetos específicos vinculados às características dos territórios em foco. Uma dessas atividades é o “Brincando na Praça”: encontro recreativo que tem por objetivo a ocupação das praças pelas crianças para atividades lúdicas. A ação destina-se ao enfrentamento da exploração do trabalho infantil e a ressignificação dos espaços das praças nas comunidades e de outros modos das crianças habitarem os espaços das ruas. Outro projeto que está sendo criado pelas equipes, ainda não nomeado, tem por objetivo *“resgatar a função protetiva da mulher”* (Pedagogo(a) – Abordagem Social). Essa ação foi problematizada pelo grupo, indicando o efeito de naturalização e essencialização desse lugar da

mulher-mãe-protetora. Os(as) profissionais explicaram que o projeto fundamenta-se na ideia de que muitas mulheres nunca conheceram essa função protetiva, nesse sentido, seria mais uma ação de sensibilização e de troca de informação entre as próprias mulheres. Além desses projetos, as equipes também desenvolvem oficinas de verão que tem a proposta de “ocupar as férias das crianças com atividades lúdicas, como prevenção à exploração do trabalho infantil e situação de rua” (Educadora Social – Abordagem Social). Entretanto, os profissionais indicam que essas ações são criticadas pelos demais serviços da rede de atenção à população em situação de rua, por estes não entenderem a importância das ações preventivas.

“Mas aí a primeira vez que a gente fez foi muito questionado. Porque o Ação Rua é para abordar, não é para fazer esse tipo de coisa. Então a gente teve que justificar muito para depois num outro momento ser muito elogiado. Então aí uma vez a gente foi apresentar essas propostas nesse seminário do Inter-ruas. Aí uma pessoa falou: 'por isso que não tem tanta abordagem então. Reduziu o número de abordagens. Porque vocês ficam fazendo essas coisas'. Então assim: espaço tem, mas tem que ter todo um trabalho de convencimento e de justificativa para se garantir essas novas ações.”  
(Psicóloga(o) – Abordagem Social)

### 3.1.2.2 Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)

De acordo com os profissionais, as equipes dos

CRAS ficariam responsáveis pelas ações vinculadas ao fortalecimento dos vínculos familiares das pessoas em situação de rua, tanto em caráter preventivo, quanto da busca por estratégias de aproximação quando do vínculo já rompido. O grupo discutiu essa ação, indicando que não é possível naturalizar essa demanda de reaproximação das pessoas em situação de rua com a família biológica. Afirmam que muitas pessoas estão na rua em um movimento de se afastar das famílias de origem, que já constituíram outros laços familiares na rua e não tem interesse em se reaproximar da família biológica. Por outro lado, no caso de crianças e adolescentes, o grupo entende que o trabalho junto às famílias deva ser priorizado. Além disso, através dos CRAS a população em situação de rua pode ter acesso aos benefícios e as oficinas, grupos e demais ações de caráter sócio assistencial. Entretanto, as profissionais afirmam que essa interface entre os serviços de atenção raramente é efetiva no caso do atendimento a população em situação de rua, de forma que esse público acaba não se constituindo como demanda de trabalho para os CRAS.

“Teoricamente, nosso atendimento a essa população se daria de maneira indireta, de forma mais preventiva. Diz preventivo, mas não é na verdade. Em geral, os casos que atendemos já estão instauradas situações bem difíceis, mas os casos de atenção à população em situação de rua não chegam até aqui, a rede não funciona, ainda é muito frágil, a gente deveria ter alguma interface com o Ação Rua, mas isso não contempla muito

assim o nosso atendimento.” (Assistente Social – CRAS)

### 3.1.3 Exercício da Multidisciplinaridade

Em relação ao exercício da multidisciplinaridade, todas as equipes indicaram que realizam movimentos no sentido de constituição de um trabalho integrado entre os diferentes profissionais. Entretanto, percebe-se que essa relação ocorre de maneiras bastante diferenciadas de acordo com cada equipe. Na equipe do Centro Pop, os profissionais referiram que quando realizavam ações de abordagem não havia diferença entre o trabalho dos monitores e dos técnicos, todos realizavam as mesmas atividades, só havia diferença na realização de algumas ações bem pontuais, como, por exemplo, casos de famílias em situação de rua que eram acompanhados pela Assistente Social, no restante, todas as atividades eram realizadas em corresponsabilidade pela equipe. Essa equipe entende que seu processo de trabalho configurava-se em um formato mais próximo da transdisciplinaridade. Entretanto, os profissionais indicaram que, em alguns momentos, as diferenças disciplinares eram utilizadas pelos técnicos e monitores em um movimento defensivo, quando havia casos de maior complexidade, frente aos quais se impunha uma sensação de impotência no desenvolvimento dos atendimentos. Embora se reconheça que esta sensação é decorrente de uma série de fatores, que estão para além do trabalho da equipe, como a própria precarização das

políticas públicas, os profissionais acabavam buscando esse recurso como uma justificativa para não assumir determinados casos.

“É. Mas tu entende que era defensivo. Não era intenção. Não. Era uma coisa: bom, já que a gente não tem tanta gente para dar conta dessas questões, então vamos mandar para quem a gente acredita que mais saiba dar conta disso como... Os homens eram quem enquadravam os mais agressivos. Então também tinha isso. E aí as brigas vinham por aí. As grandes discussões eram enfim, em meio à precarização, como a gente vai lidar para que a gente não acabe pedalando para outra pessoa, por entender que essa pessoa tenha mais capacidade para lidar com determinada situação. Então também existia dentro da equipe uma coisa de cuidado entre eles. (...) Que também vinha muito em função dos monitores não se sentirem preparados para dar conta de certas coisas. De achar que o assistente social tinha que dar conta ou que o psicólogo tinha que dar conta.” (Psicóloga(o) – Centro Pop)

Nas equipes de abordagem social de rua de crianças e adolescentes, os profissionais referem trabalhar de forma integrada, mas apontam alguns obstáculos que tem se imposto a essa relação. Um dos pontos que têm sido debatidos é quanto à realização de visitas domiciliares (VD). Discute-se se essa função deve ser exclusiva dos técnicos ou se deve ser compartilhada com os educadores sociais? Alguns profissionais entendem que existe uma capacitação específica para a realização das VD e que essa seria uma ação técnica, cuja

responsabilidade deve ser somente dos técnicos.

“Isso é um termo que se discute na academia. Que a responsabilidade pela visita é do técnico. E o técnico então na carteira de trabalho tem um salário diferenciado também em função dessas responsabilizações que ele tem a mais. Então ele que seria o responsável de fazer esse acompanhamento, e sei lá, monitoramento dessas famílias que a gente já trabalha.” (Pedagoga(o) – Abordagem Social)

Por outro lado, outras equipes trabalham com um enfoque bastante diferenciado, entendendo que a visita domiciliar é um instrumento de trabalho que pode ser utilizado por todos os profissionais das equipes.

“A nossa coordenação, ela sempre traz ali com a nossa equipe internamente, que VD é um instrumento. É uma metodologia de trabalho. Isso todo mundo pode estar fazendo. O que difere ali, o que teve uma polêmica. Que teve e vai ter ainda essa polêmica. Já de bastante tempo... Independente de estar como técnico ou estar como educador todos tem qualificação para estar fazendo esse tipo de trabalho. Então por isso essa polêmica está tão grande nas nossas equipes. Porque todos são qualificados. Já aconteceu na nossa equipe de educadores fazer VD sozinhos.” (Psicóloga(o) – Abordagem Social)

Outro ponto polêmico nas equipes está relacionado à produção dos relatórios de atendimento que são enviados para outros órgãos das redes de atenção, em especial, aqueles direcionados ao sistema de

justiça. Algumas equipes entendem que os relatórios só podem ser assinados pelos técnicos. Entretanto, o conteúdo do relatório é construído coletivamente pelas equipes. Para alguns profissionais, essa acaba sendo uma atitude contraditória, pois se entende que os educadores podem: participar de todo acompanhamento do caso, participar da discussão para a construção do documento, da redação deste material, mas não podem assiná-lo em conjunto com os demais membros da equipe, não tendo um reconhecimento de sua autoria na produção dos relatórios.

“Só que daí tem a questão de como fazer, o modo de trabalho mesmo. Porque muitas vezes tinha educador que fazia o relatório inteiro e a gente não podia assinar. Daí quem assinava era realmente o técnico e tal para poder... Só que é a questão de responsabilização com relação a isso. Tu pode estar respondendo isso... Por algo que tu não produziu...”  
(Educadora Social – Abordagem Social)

Em algumas equipes os relatórios são assinados por toda a equipe, em outras, ainda, quem assina é sempre a coordenação do serviço. Essas alternativas são indicadas como opções que permitem referenciar a produção do trabalho de forma coletiva pela equipe e oferece uma maior proteção dos membros da equipe quanto ao conteúdo dos relatórios, principalmente, nos que envolvem questões judiciais ou de enfrentamento a violências institucionais produzidas pela própria rede de atenção.

“A assinatura pela coordenação implica em uma mudança de paradigma. Que sai da ideia da autoria do profissional e sim de uma discussão de equipe.”  
(Sociólogo – CREAS)

Algumas diferenciações estabelecidas pelas equipes entre o trabalho que é de responsabilidade dos técnicos e dos educadores dizem respeito, ainda, às ações de abordagem, que, na grande maioria das equipes, fica a cargo dos educadores sociais, enquanto que os contatos com a rede de serviços, estudo de casos, realização de atendimentos específicos junto às famílias e reuniões de equipe técnica ficam sob a responsabilidade dos técnicos. Em algumas equipes, os profissionais apontaram que tem ocorrido um processo inverso de discussão e construção do reconhecimento das especificidades dos núcleos disciplinares. Isto porque são equipes que trabalham de forma integrada, sem definições de atividades por formação profissional, que, a partir das discussões da rede sobre os limites da atuação dos educadores, passou a fazer o exercício de buscar reconhecer as diferenças na possibilidade de contribuição dos profissionais a partir do seu núcleo de saber. As equipes têm avaliado este como sendo um movimento importante, pois não tem se constituído como um movimento de construção de fronteiras identitárias entre os profissionais, mas de reconhecer que existe uma possibilidade de contribuição diferenciada.

“Surgiu então uma discussão na nossa equipe, que

eu acho que recém começou: de papéis. Bom, tudo bem, todo mundo faz tudo. Mas que diferença então tem ter um psicólogo, ter um assistente social, ter um educador? Então começou uma discussão que eu acho que pode ser bem interessante.” (Psicóloga(o) – Abordagem Social)

“Também isso é importante para a gente ver como não dá para a gente generalizar também essas questões. De como que a gente às vezes quer avançar nisso e colocar: não, então todo mundo tem que fazer assim ou todo mundo tem que fazer assado. E isso acaba sendo ruim porque pode engessar ao defender uma coisa ou outra, porque nos diferentes lugares, diferentes equipes, de acordo com a posição, isso vai acontecer de uma forma completamente única.” (Psicóloga(o) – Centro Pop)

As equipes, de maneira geral, trabalham com a construção de profissionais de referência para cada caso. Esses profissionais podem tanto ser técnicos, quanto educadores sociais. Segundo os profissionais, a escolha das referências não tem relação, necessariamente, com a área de formação, mas está bastante vinculada ao que denominam como o “perfil de cada técnico”. De acordo com os profissionais, a construção dos vínculos com os usuários se constitui por fatores que estão para além da formação disciplinar, como: identificação dos profissionais das equipes com determinados casos em detrimento de outros, reconhecimento pelos usuários de certos profissionais como aqueles com quem eles estabeleceram relações de confiança, questões de gênero e outras

características pessoais.

“Eu vou dizer que eu acho que tem as duas coisas, às vezes – talvez a minha impressão – às vezes, pela especificidade, uma psicóloga, outra assistente social, tal questão. E acho que, algumas vezes, pela pessoa também, pelo perfil da pessoa. Não, nesse caso era legal ir uma mulher. Nesse momento era legal ir um homem, enfim. A gente tem isso de discutir na equipe, de quem é referência, de quem já conhece a família/o caso.” (Psicóloga(o) – Abordagem Social)

“Têm atribuições de gênero também. E até de identificação com as famílias. É incrível assim: quando a gente pára para olhar as listagens das famílias, eles são muito parecidos com a gente. Uma coisa que tu escolhe sabe? As pessoas olham: essas pessoas são da Fulana. É perfil. As minhas famílias são extremamente problemáticas, extremamente agitadas, falantes.” (Pedagoga – Abordagem Social)

“E para a população... Eles não fazem essa diferença. É quem ajuda eles. É uma coisa nossa isso do cargo que se está. Para as famílias é aquela pessoa que ele se vinculou e pronto. É como se todo mundo fosse assistente social, na verdade.” (Assistente Social – CRAS)

Outra questão indicada pelos profissionais é de que a formalização dos profissionais de referência para os casos não pode implicar em uma burocratização no atendimento. Alguns profissionais indicam que isto acaba sendo usado como uma justificativa para o não atendimento da família pelos demais membros das equipes quando da ausência daqueles de referência.

A Educação Permanente foi apontada pelos profissionais como um fator importante para a composição de um trabalho interdisciplinar. Esses espaços permitem a troca de conhecimentos entre a equipe, bem como, qualifica aqueles que entraram recentemente para a os serviços especializados e não tem identificação ou experiência de trabalho junto a essa população. Essas ações são potencializadoras de movimentos de sensibilização para o cuidado à população atendida e para a construção de diretrizes comuns de trabalho entre os profissionais.

“Por isso, de saber também que tem que ter educação permanente para aquelas pessoas que entram, também conhecerem a lógica. Porque é diferente ser pedagogo num trabalho da assistência e ser pedagogo numa escola. E mais ainda quando não só a questão da profissão em si, mas com o público que tu atende. Que daí é mais específico ainda. Então é diferente também ser assistente social dentro do abrigo e ser assistente social no CRAS. É diferente. Não é: ah, é tudo criança e adolescente. Não. É diferente. E para trabalhar com população de rua também. É diferente tu trabalhar com a violência e abuso sexual e tu trabalhar com população de rua, na rua. Então às vezes é necessário ter uma capacitação específica da educação permanente na equipe para trabalhar com aquele público. Que daí não tem a ver tanto com a tua formação, tal. Mas tem a ver com o tipo de atendimento que tu faz. Que de fato é muito isso. Não é só: assistente social está preparado para isso porque trabalha com pobreza e tal. Também não é um pré-requisito. Só no trabalho tu vai conseguir, atuando na prática, mas tendo formação

depois, durante o trabalho é melhor.” (Sociólogo – CREAS)

Um último ponto que foi indicado pelos participantes como algo que tem produzido tensionamentos entre os profissionais nas equipes é a questão da carga horária máxima de trinta horas conquistada pelas assistentes sociais. Como os serviços operam por 40 horas e, de maneira geral, só há uma assistente social por serviço, nas 10 horas em que o serviço fica sem esse profissional, outros membros acabam desempenhando as atividades que entendem ter condições de fazer, no intuito de não deixar a população sem atendimento. Entretanto, os participantes indicam que isto tem gerado uma sobrecarga de trabalho aos demais profissionais.

### 3.2 Intersetorialidade

No município de Porto Alegre, há muitos anos, existe uma reunião sistemática da rede de atenção a crianças e adolescentes em situação de rua, denominada de Inter-ruas. Entretanto, ainda se observam impasses para a efetivação de um trabalho em rede intersetorial, algumas dessas dificuldades estão relacionadas ao fato de as demais políticas públicas direcionarem o atendimento à população em situação de rua exclusivamente para a Assistência Social, não entendendo que esta população tem direito de acesso aos demais serviços da rede. Em

alguns municípios, dentro da própria assistência social há um direcionamento dessa demanda exclusivamente para os albergues/casas de passagem ou para os CREAS.

“Quando tu entra no estereótipo, tanto profissional quanto o próprio público atendido. A gente pensa: a população de rua quem atende é a assistência. Até vir um pessoal da Secretaria de Meio Ambiente, da Limpeza Urbana, iam tirar o lixo que estava debaixo da ponte e daí eles ligavam para o assistente social e diziam: não, vocês cuidam do social, a gente cuida do lixo. Daí era assim. Só que o lixo incluía também o colchão, o cobertor, as latinhas que eles juntavam. Daí as pessoas iam para um abrigo e perdiam tudo que tinham. Claro, a lógica deles era essa. Então também né? As outras... Daí apenas a assistência cuida da população de rua. Não é assim. Ou não deveria ser.” (Sociólogo – CREAS)

Outra questão apontada é quanto à falta de serviços de albergagem nos diversos municípios. Alguns profissionais indicaram que nos municípios do interior do estado, quando não há albergue a diretriz indicada pela gestão é da compra de passagem intermunicipal e envio dessas pessoas para a capital do estado. Além disso, os profissionais relataram que a população em situação de rua denuncia situações de agressão/abuso/violência dentro dos abrigos e albergues. Por outro lado, essa população também indica que é importante não pensar apenas em espaços de moradia temporária, mas também de moradia permanente, convocando as gestões para a construção de políticas habitacionais.

A política de educação foi indicada como um ponto crítico da rede pela ausência de escolas que consigam trabalhar de forma acolhedora com esse público. Em Porto Alegre, existe a Escola Porto Alegre (EPA) que é uma escola que começou sua história fazendo abordagem social de rua e realizando atividades de alfabetização na rua, nos diferentes espaços da cidade. Posteriormente, passou a ter uma sede próxima ao centro da cidade, mas não deixou de trabalhar a partir da lógica do acolhimento dos sujeitos de acordo com as suas singularidades. Entendem que não é o estudante que deve se adaptar a instituição, mas este é parte da escola e pensa junto os modos de organização desta. Os planos de aprendizagem são organizados de acordo com as possibilidades de cada estudante, buscando a construção de pactuações possíveis. Além da população em situação de rua, a EPA acolhe também estudantes da comunidade em geral, egressos da FASE, pessoas portadoras de necessidades especiais e estudantes que foram expulsos das demais escolas por “problemas de comportamento”. O trabalho desenvolvido, bem como a própria presença da EPA evidencia para a rede de educação que é possível construir uma escola menos excludente. Entretanto, a EPA é a única escola com essas características no município e como os serviços já têm a EPA como referência, estes acabam não realizando um movimento de buscar responsabilizar outras escolas.

“A gente até faz a procura por outras escolas. Mas

tu acaba tendo que transferir por que... Eu tive uma situação de uma menina que eu fiz a matrícula. Antes de ela sair da FASE ela já estava matriculada, inscrita. Aí quem foi fazer a matrícula dela fui eu e o responsável. E aí quando ela chegou na sala de aula – eu acho que foi feita uma reunião com os professores – no primeiro dia dela de aula, ela entrou. Chegou atrasada, para variar, primeiro de tudo, uma rotina diferente. Ela chegou atrasada e a professora olhou e falou para ela – com 30 alunos na sala – ah, tu que é a Fulana que veio da FEBEM? No primeiro dia de aula!! Então ela já virou “a Fulana que veio da FEBEM”!! Então tipo assim: a Fulana, ela era a FEBEM dentro do espaço. De darem dinheiro para ela dar em alguém. De fazer mil coisas. Tudo que era de ruim ela tinha que fazer. Então tipo assim: ela já foi convidada a isso fora da FASE, dentro do ambiente escolar.” (Pedagoga – Abordagem Social)

“Às vezes a gente faz atividades em escola também, com uma turma ou com os professores. Em função de perceber que a escola é uma instituição excludente e também geradora da situação de rua. Então procurar trabalhar com a escola para acolher. E com a turma, para os estudantes acharem a escola um pouco mais atrativa ou ver deles o que pensam assim sobre a escola e como mudaria então essa escola.” (Assistente Social – Abordagem Social)

Além disso, as equipes indicaram que durante o período da Copa de 2014, as escolas ficarão paralisadas por um mês. Os profissionais já demonstraram grande preocupação quanto ao fato de as crianças permanecem na rua nesses horários ou em situação de exploração do

trabalho infantil, entretanto, não houve flexibilidade por parte da gestão municipal em relação a isso.

Além da educação, a política de saúde também tem imposto importantes dificuldades no acesso da população em situação aos serviços da rede. Estas se referem, principalmente, a burocratização dos serviços que não são condizentes com a lógica de atendimento à população em situação de rua.

“Como eu posso explicar? Mas ainda há necessidade do entendimento do modo de vida de quem vive na rua. Porque a questão de tempo, agendamento... Documento...Tudo isso acaba influenciando no serviço exatamente por ter tanto a questão do vício já do serviço público, da burocratização do atendimento, quanto do próprio excesso de trabalho. Mas se você, tu não tem como agendar aquele horário que a pessoa vai estar ali presente para tu fazer o encaminhamento. Então isso fica evidente em vários outros serviços. Mesmo sendo para população de rua, ele não é adequado para a população de rua. Ele é só... É um nome só.” (Sociólogo – CREAS).

“A região Humaitá/Navegantes agora com a função da Arena – sempre foi uma região da prostituição de adultos e de adultas e exploração infantil – mas agora está mais latente isso, em função da Arena do Grêmio ali. Está dando bastante repercussão até esse assunto. E a gente não consegue abordar esses fatos ainda porque essas incidências elas ocorrem talvez – talvez não – mas com certeza no horário da noite. A gente não trabalha à noite. A gente trabalha até as cinco horas da tarde. Então estamos fazendo sistemáticas de observações. Mas a gente não consegue pelo horário – pelo nosso horário de

trabalho – a gente não conseguiu ainda fazer essa constatação. Mas a gente sabe que isso está acontecendo pela fala da comunidade e pela fala da Rede.” (Pedagoga – Abordagem Social)

“A unidade de saúde que eu trabalhei tinha isso... Cada vez que chegava um morador, uma pessoa em situação de rua chamava um assistente social para atender. Não importa se era um machucado do dedo, sei lá o que era. Ele ia direto para a assistente social. É isso: eles não sabem o que fazer com as pessoas. Que daí não tem cadastro, não tem endereço. Hoje em dia ainda tem a cultura de dar o endereço do Centro Pop. Mas aí não tem o cartão SUS. Para onde que tu manda? Como é que tu faz visita domiciliar para inserir a família? Toda a lógica de referenciamento é territorial, enfim, cadastro. Toda a lógica hoje está relacionada a uma residência. Também isso é o endurecimento da própria política pública. A gente cria as políticas e daqui a pouco vai se dando conta das falências dela.” (Assistente Social – CRAS)

Outro ponto indicado pelos profissionais em relação às dificuldades que se colocam frente à rede de saúde relaciona-se a presença um pensamento moralista e discriminatório por parte dos profissionais de saúde. Estes impõem que os usuários tomem banho para receber atendimento, criam obstáculos e critérios para o não acolhimento desta população nos serviços, deixam os profissionais e usuários aguardando durante horas por atendimento, entre outras estratégias.

“Quando conseguia atendimento chegava lá 20 dias a base de medicação, saia de lá, vai para a rua. Não tem receita médica. Receita é aquela mesma

novela. É muito complicado. E as experiências que eu tenho de CAPS AD, eu não sei sabe? Já fui até para grupo para assistir como funcionava lá nos casos, para poder entender. Porque os guris têm pavor de ir para CAPS AD. E aí? Eles têm pavor de ir para lá.” (Pedagoga – Abordagem Social)

Outra questão indicada é da ampliação das Fundações Estatais de Direito Privado, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público e outras formas de privatização do Sistema Único de Saúde que se alastram pelos municípios do estado. O efeito desse modelo de atenção tem sido a contratação de profissionais sem vínculo estatutário, impondo fragilidades às políticas públicas, pois gera o aumento na rotatividade dos profissionais, não permitindo a construção de vínculos com os usuários e de processos de formação permanente que gerem retorno efetivo aos serviços. Os profissionais indicaram, ainda, que existem dificuldades de diálogo entre as redes de saúde e assistência social. Isto porque não há o reconhecimento das avaliações realizadas pelas equipes dos diferentes serviços. A Rede de saúde mental, no âmbito da saúde, é indicada como o ponto mais problemático da rede pela ausência dos serviços especializados, principalmente, para o atendimento de crianças e adolescentes.

Os profissionais avaliam que, muitas vezes, a própria rede de atenção é quem produz as maiores violências e impõem um processo de vulnerabilização pela precarização das políticas públicas, pela incapacidade

de flexibilização dos serviços, pela dureza das próprias práticas dos campos de saber que fazem leituras patologizantes das questões sociais.

“Por exemplo, algo que falta são albergues também que acolham pais e filhos. No meu município não tem. É um exemplo que eu dou. Daí o que acontece? Acaba sendo os adultos que ficam no albergue e as crianças ficam na casa de acolhimento. Então tu separa família. Aí tu já começa dentro do próprio serviço a gerar um rompimento de vínculos...” (Assistente Social – CRAS)

“Da população adulta em situação de rua, tu pergunta para qualquer um: as principais demandas são? Albergue e a dificuldade sempre é segurança pública. É ser espancado, abuso de autoridade, tal. Daí de novas ações acaba sendo exatamente ter pelo menos um acolhimento adequado nos albergues. Muitas vezes tem gente que não entra, ou que é maltratado lá dentro. Ou que não tem nenhum acompanhamento também. Às vezes só entra, janta, toma banho, dorme e sai de manhã cedo.” (Sociólogo – CREAS)

Nesse sentido, os profissionais indicam que o melhor investimento em termos de qualificação da rede de atenção é em educação permanente, sensibilizando as equipes para as especificidades presentes no atendimento dessa população e na importância do reconhecimento destes como sujeitos de direitos. Indicam que não seria necessária a existência de uma rede de atenção específica a população em situação de rua, se todos os serviços reconhecessem que esta

população tem direito ao acesso como todos os demais cidadãos. Nesse sentido, não seriam necessários novos serviços, seria necessário qualificar a rede para atender a todos, inclusive a população em situação de rua.

“Eu acho que novas ações seriam mais nesse sentido: desestigmatizar, descriminalizar. Tentar ter um atendimento mais humanizado, com direitos humanos. Essas são as coisas principais que eu percebo. E daí é pensar na geração de renda de acordo com a dinâmica de quem vive na rua, que é muito na reciclagem, que é muito de guardar carro. Inclusive força física. Muitos trabalham em construção civil, muitos trabalham com relação a transporte, montagem de palco. Então teria que ter algumas coisas específicas para a população de rua com aquilo que eles têm de mais latente para esse tipo de encaminhamento. Não adianta tu idealizar o que eles vão ser e não conseguir ter formação profissional e de acordo com o que o jovem em situação de rua tem vontade de fazer.” (Educatória Social – Abordagem Social)

Outro importante ponto indicado pelos profissionais relaciona-se a interface com a política de segurança pública. Segundo os profissionais, por toda a cidade, têm sido reforçadas as ações de recolhimento compulsório, de violência policial, de expulsão da população em situação de rua das praças, de troca dos calçamentos embaixo dos viadutos para pedras pontiagudas, que impossibilitam a população de dormir nestes espaços. Isto é, existe todo um movimento de reorganização da arquitetura da cidade com ações “sutis”

– em relação à atenção da sociedade em geral – que se destinam a remoção da população em situação de rua de alguns espaços da cidade. Frente a isso, os profissionais indicam a importância da implantação dos Centros de Defesa de Direitos Humanos para População em Situação de Rua e Catadores de Materiais Recicláveis.

### 3.3 Considerações sobre a Política Pública Abordada

Os profissionais ao avaliarem a Política Nacional para Inclusão Social da População em Situação de Rua indicam a presença de um sentimento de impotência e frustração frente ao trabalho, por, muitas vezes, não sentirem que conseguem incidir na melhoria da qualidade dos serviços prestados à população. Relatam casos de crianças e adultos que já foram atendidos por muitos serviços da saúde e da assistência social, sem que nenhum desses conseguisse incidir na diminuição das condições de vulnerabilidade as quais esses sujeitos estão expostos.

“Eu vi uma amiga psicóloga que ela estava no CREAS e agora foi para o CRAS ela falou que agora estava só no furor de cadastramento do Bolsa Família. Que tem sempre de dois em dois anos, tem que renovar. E ela dizendo assim: parece que eu só empilho tijolo, mas eu não construo nada. Que é um pouco isso. Tu tá só cadastrando e acolhendo famílias. Só que o que acontece com essas famílias? Cada vez mais chegam demandas e mais e mais demandas. E mais e mais tu não tem o que fazer com aquilo. E o

problema é que até esse cadastro era um momento de tu conheceres aquela família. E tu não podes conhecer porque é tanta a urgência. O número é tão grande que tu tem que pá, pá, pá, vira a página e a coisa fica mecânica e..., não! Ao invés de aproveitar e ter um acolhimento ali e conhecer mais aquela família.” (Assistente Social – CRAS)

“Quando se fala aqui, eu pensando ali escutando as colegas. Política para população de rua. Quando a gente fala política para população de rua, se remete automaticamente à política da Assistência Social. E aí a gente vê assim quanto – que eu trabalhei no Ação Rua em 2007, quando surgiu o Ação Rua e aí fiquei afastada, fui para outros dentro da assistência e agora voltei para o Ação Rua – e aí indo esses dias em uma reunião de monitoramento eu fiquei apavorada com crianças que eu abordei lá na zona sul em 2007. Ainda continuam no monitoramento. Eu fiquei com vontade de chorar. As minhas primeiras abordagens, quando surgiu o Ação Rua. Eu digo: mas o quê? A criatura está ali ainda? Em situação de rua? Crônica?” (Pedagoga – Abordagem Social)

“Eu acho que a política da assistência não consegue mais dar conta, nem só da população de rua, mas nem da situação que não chega a ser rua. A situação de vulnerabilidade e risco. Eu acho que só a assistência não está mais conseguindo dar conta. Então é a política da saúde. Então eu avalio que as políticas que nós temos hoje geralmente são da assistência. Como a Renata estava dizendo: é só da assistência. E que é boa, que é efetiva, existe uma Rede sim. Só que não está conseguindo dar conta mais. Tu vai abordar um guri, ele fala para ti que ele já ficou abrigado, ele conhece todos os abrigos de Porto Alegre. Conhece todas as casas de acolhimento. Ele conhece tudo que é serviço que

tem para oferecer... E ele já te olha: ah, Ação Rua... Mais de uma vez já aconteceu isso, mas esse sabia os nomes todinhos. Sabe o nome de todas as equipes.” (Psicólogo(a) – Abordagem Social)

“Como largar um guri no abrigo XXXX-XXX que tu sabe que o guri vai sair dali, talvez pior. Então é bem complicado porque têm esses espaços para os guris que são egressos. Bom, os guris que são egressos vão ser egressos para o resto da vida porque eles prometeram lá que vão ser funcionários. Vão passar a vida toda trabalhando de egressa? A vida toda. A situação, tá eles tem... A situação de rua... Eles têm que ficar na situação de rua? Eles gostam? Será que uma criança gosta de viver na rua? Talvez adulto, eu não sei. Mas uma criança será que ela gosta ou é a opção que ela tem? Não vai ser oferecido outro espaço? Não vão ter... O DEHMAB, um serviço que possa? Eu acho que tá bem irritante já a discussão. Chega um momento que tu já não tem mais...” (Sociólogo – CREAS)

“Agora, é necessária uma intersetorialidade. Uma ação de vários serviços. Quer dizer isso a gente não... Quer dizer, o Ação Rua foi criado para ser um programa de travessia, que vem do SASE Travessia. Então fazer a travessia da criança da rua. Mas não acontece. Fica... Há cinco anos o Ação Rua atendendo. A gente não consegue encaminhar para lugar nenhum, porque não tem quem acolhe. Não tem. Às vezes não tem para onde encaminhar. Às vezes onde tem não acolhe. Então nesse sentido não contribui. A ideia do Ação Rua era acabar. Era tipo: faz a travessia, não tem mais criança em situação de rua, acaba esse programa. Mas não. Não se cria outras possibilidades de atendimento e aí ficamos nós aí cinco anos atendendo a mesma família.” (Educador social – Abordagem Social)

Outra discussão dos profissionais diz respeito à necessidade de existência ou não de uma política específica para população em situação de rua, por um lado, existe o indicativo de que essa população deve ser atendida em todos os serviços, entretanto, sabe-se que isto está longe de ser realidade, em função das práticas excludentes dos próprios serviços da rede de atenção. Nesse sentido, os movimentos sociais acabam reforçando o pedido de construção de políticas específicas, ainda que entendam que politicamente deveriam se posicionar não pela fragmentação, mas pela construção de políticas universais.

“A gente fala muito políticas para população de rua. Garantia de direitos para a população de rua. Principalmente nas outras políticas existem estatutos que garantem que sejam efetivados os direitos. O estatuto do idoso garante, tem punição para quem tem negligência ou algum asilo tem algum problema, vai lá e tem multa. Com a criança e o adolescente também, tem o ECA, têm serviços específicos. Tem política para mulher, tem população indígena, população negra. Mas até então não tinha uma política para população em situação de rua. Que era exatamente homens que não estavam ocupados, tem um percentual de mulheres, mas é bem menor. E que não tinha nenhum tipo de garantia de direitos. Estava exatamente num espaço, num buraco, num hiato, que não tinha nada. Na extrema exclusão. Mas por isso que eu acho necessário ter uma política específica. É, que até alguns do movimento falam na necessidade de ter um estatuto para a população de rua, que vive em situação de rua.” (Sociólogo –

CREAS)

“E até fico me perguntando com relação a isso, que não é necessário ampliar o número de serviços específicos, especializados, mas se buscar muito mais a garantia do acolhimento para as pessoas em situação de rua em qualquer serviço. Porque era o debate que alguns do Movimento Aquarela Atuação de Rua falavam: a gente não quer ter um posto [de saúde] para a população de rua, a gente quer poder ser atendido em qualquer posto.” (Educador Social – Abordagem Social)

Além disso, discutiu-se a importância das equipes se manterem em um movimento de buscar sensibilizar a sociedade como um todo para o cuidado a essa população, buscando produzir rupturas na lógica higienista hoje presente, que faz com que cada vez mais as pessoas demandem dos serviços ações de recolhimento compulsório, contrárias a garantia de direitos sociais. Da mesma forma, as equipes têm buscado trabalhar isso junto à gestão pública, em um movimento de não resposta a essa demanda e de construção de alternativas possíveis, que respeitem o direito das pessoas permanecerem no espaço da rua.

Por fim, outra questão bastante frisada nos grupos é da necessidade de fortalecimento dos movimentos da população em situação de rua, entendendo que essa população deve ser convocada a falar sobre como entende que deve ser acolhida pelos serviços, quais serviços devem ser implementados, isto é, ser um agente ativo no processo de construção das

políticas públicas. Os profissionais entendem que esses movimentos são expressões coletivas das demandas dos usuários junto aos serviços e que é preciso fomentar espaços como as assembleias em que se discute a condução dos processos de trabalho e pactuam-se as regras dos serviços.

“Acho que vindo o SUAS um pouco abafa o movimento social, que atendia o mesmo público. Porque daí agora teria um profissional para atender esse público e não mais a militância. Ali trabalho voluntário e tal e aí... E aí às vezes quando tu tem espaço de debate é no controle social, numa reunião do CRAS. Então tudo fica institucionalizado... Não tem uma identidade... Quem fazia o enfrentamento às ações do Estado? Era o movimento social. Se tu agora, enfim, fragiliza o movimento social, porque tudo vira política pública. E política pública é toda ela em função da verba do Estado, isso praticamente, tu acaba com qualquer oposição: a gente fica só ali respondendo aquilo que está colocado.” (Sociólogo – CREAS)

## Considerações Finais

Esse livro é parte de um movimento que tem sido realizado pelo CREPOP/RS no sentido de dar maior visibilidade ao trabalho de construção dos documentos de Referências Técnicas que se inicia com os processos de pesquisa desenvolvidos nos núcleos regionais do CREPOP, com ações que levam o Sistema Conselhos de Psicologia a se aproximar dos campos de trabalho das(os) psicólogas(os). A partir dessa aproximação os núcleos regionais têm acesso a uma diversidade de práticas e discussões protagonizadas pelas(os) profissionais nos diferentes estados do país que acabam se diluindo nos documentos finais. Nesse sentido, esperamos que os relatórios das pesquisas regionais aqui disponibilizados possam ser disparadores de outras pesquisas e reflexões sobre o exercício profissional nos vários campos das políticas públicas.

Por fim, agradecemos às(aos) profissionais, gestores e usuários que compuseram as pesquisas, compartilhando suas experiências e se implicando no exercício de reflexão sobre os efeitos do fazer psicológico nas políticas públicas e para a garantia de direitos. Ainda, agradecemos a equipe de funcionários do CRPRS e aos conselheiros das gestões Plural Psi (2007-2010) e Composição (2010-2013) pelo apoio que faz esse trabalho possível.

## ANEXOS

### **1. Referências Técnicas lançadas até setembro de 2013:**

1.1. Referências técnicas para atuação das(os) psicólogas(os) em CRAS/SUAS:

<http://CREPOP.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/referenciascras.pdf>

1.2 Saúde do trabalhador no âmbito da Saúde Pública: referências para a atuação do(a) psicólogo(a):

[http://CREPOP.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/saude\\_do\\_trabalhador\\_COMPLETO.pdf](http://CREPOP.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/saude_do_trabalhador_COMPLETO.pdf)

1.3 Referências técnicas para a prática do(a) psicólogo(a) nos programas de DST e AIDS:

[http://CREPOP.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/DST\\_AIDS.pdf](http://CREPOP.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/DST_AIDS.pdf)

1.4 Serviço de proteção social a crianças e adolescentes vítimas de violência, abuso e exploração sexual e suas famílias: referências para a atuação da(o) psicóloga(o):

[http://CREPOP.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/Livro\\_ServicoProtecao\\_11mar.pdf](http://CREPOP.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/Livro_ServicoProtecao_11mar.pdf)

1.5 Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) no âmbito das medidas socioeducativas em unidades de internação:

[http://CREPOP.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/Doc\\_Ref\\_MSE\\_UI.pdf](http://CREPOP.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2010/11/Doc_Ref_MSE_UI.pdf)

1.6 Referências técnicas para atuação de psicólogas(os) em programas de medidas socioeducativas em meio

aberto: <http://CREPOP.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2012/10/Atua%C3%A7%C3%A3o-das-os-Psic%C3%B3logas-os-em-Programas-de-Medidas-Socioeducativas-em-Meio-Aberto.pdf>

1.7 Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) em varas de família: <http://CREPOP.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2011/01/ReferenciaAtua%C3%A7%C3%A3oVarasFamilia.pdf>

1.8 Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): [http://CREPOP.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2013/07/MIOLO\\_TECNICAS\\_DE\\_ATUACA\\_O2.pdf](http://CREPOP.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2013/07/MIOLO_TECNICAS_DE_ATUACA_O2.pdf)

1.9 Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS): [http://CREPOP.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2013/03/CREPOP\\_CREAS\\_.pdf](http://CREPOP.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2013/03/CREPOP_CREAS_.pdf)

1.10 Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) no Sistema Prisional: [http://CREPOP.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2012/11/AF\\_Sistema\\_Prisional-1.pdf](http://CREPOP.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2012/11/AF_Sistema_Prisional-1.pdf)

## **2. Documentos para gestores:**

2.1 Como a Psicologia pode contribuir para avançar o SUS: orientações para gestores: [http://CREPOP.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2013/07/conasems-CREPOP\\_grafica4.pdf](http://CREPOP.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2013/07/conasems-CREPOP_grafica4.pdf)

2.2 Como os psicólogos e as psicólogas podem contribuir para avançar o Sistema Único da Assistência Social (SUAS)

– informações para gestores e gestoras:

<http://CREPOP.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2011/12/GestoresSuasfinanl-corrigido.pdf>