

DIÁLOGO ISSN (2238-9024)

<http://www.revistas.unilsalle.edu.br/index.php/Dialogo>

Canoas, n.31, abr. 2016

 <http://dx.doi.org/10.18316/2238-9024.16.24>

Submetido em: 30/09/2015

Aceito em: 04/03/2016

As práticas da psicologia na rede de proteção social básica da assistência social

Ane Lis Schardong¹

Priscila Pavan Detoni²

Pâmela de Freitas Machado³

Resumo: A partir da experiência de Estágio Básico do Curso de Psicologia, propõe-se uma revisão das práticas psicológicas, pontuando o compromisso social da profissão frente aos desafios da atuação na rede de Proteção Social Básica da Assistência Social no Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Esse relato de experiência discorre sobre o funcionamento dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), o papel do psicólogo nesse espaço. A partir da análise nos deparamos com questionamentos acerca da relação teórico prática da profissão e seu caráter preventivo e protetivo nos cuidados às famílias e usuários, que por vezes reitera posições usuais de assistencialismo e clínica tradicional. Por isso, o desafio do olhar da Psicologia se faz imprescindível nesse espaço para manter o movimento de sensibilização e problematização.

Palavras-chave: Práticas da Psicologia; Assistência Social; Compromisso Social; CRAS.

The Psychology Practice in a Service of Social Protection in the Social Work Field

Abstract: During the Psychology internship it was necessary to review the Psychology practice, concerning the social commitment of the profession, facing the challenges of the

¹Graduanda de Psicologia do Centro Universitário UNIVATES. Estágio Curricular obrigatório Básico no Centro de Referência de Assistência Social - CRAS - Espaço da Cidadania, em Lajeado-RS. E-mail: anes@universounivates.br

² Psicóloga, Mestra e Doutora em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS; Membro do Núcleo de Pesquisa em Relações de Gênero e Sexualidade (Nupsex/UFRGS) e do Centro de Referência em Direitos Humanos: Relações de Gênero, Diversidade Sexual e de Raça (CRDH/UFRGS); Docente no Centro Universitário UNIVATES. E-mail: ppavandetoni@gmail.com

³ Psicóloga, Mestra e Doutoranda em Psicologia pela PUCRS. Especialista em Terapia Sistêmica Familiar. Coordenadora Municipal de Saúde Mental de Esteio-RS. Docente no Centro Universitário UNIVATES. E-mail: pamelafmachado@gmail.com

practice in the Social Work field in a service of social protection the Single Social Assistance System. This report discusses experience on the functioning of the Social Assistance Reference Centers, the psychologist's role in this space. From the analysis we are faced with questions about the practice theoretical relationship of the profession and its preventive and protective character in care for families and users who sometimes repeats the usual positions of welfare and traditional clinic. So the challenge look of psychology is indispensable in this space to keep the movement of awareness and questioning.

Keywords: Practice of Psychology; Social assistance; Social Commitment; CRAS.

Introdução

Ao longo do desenvolvimento o Estágio Supervisionado Básico do curso de Psicologia no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), serviço que compõe a rede de Proteção Social Básica ofertado pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), nos deparamos com questionamentos acerca da relação teórico prática da nossa profissão. A inserção da Psicologia nesse espaço ainda vem se construindo, apesar de já estar presente nas políticas de assistência social em outros períodos da história (MOTTA e SCARPARO, 2013). Além disso, esse serviço preconiza demandas diferentes da prática tradicional da profissão, uma vez que, segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2009), as ações do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), bem como outros serviços do SUAS, não inclui a égide da psicoterapia.

Assim, torna-se necessário analisar como a Psicologia se constitui nesse contexto da Assistência Social, problematizando suas possibilidades de intervenção e atuação, bem como os discursos que atravessam essas práticas.

A Psicologia no Brasil nasceu a partir de uma lógica da clínica tradicional privada, feita por um profissional liberal, que tinha a incumbência de normatizar os sujeitos, ou seja, adequar as pessoas à sociedade. Regulamentada em 1962, somente na década de 1980 a Psicologia passou a ter uma implicação com o social e atuar junto aos movimentos sociais que marcaram o fim da Ditadura Militar e a construção da Constituição Nacional de 1988. A entrada do psicólogo no campo da saúde pública se deve a uma necessidade econômica dos próprios profissionais da Psicologia, e não a uma conscientização do papel desse profissional junto a camadas mais pobres da população.

O discurso categorizador, que conceituou a normalidade, a saúde, a doença, o próprio fazer psi serviu aos interesses capitalista e neoliberal, avaliando aquele que teria ou não aptidão para ocupar espaços de trabalho. Defrontada com uma imensa população de excluídos, viu-se a necessidade de incluir novamente esses sujeitos, incorporá-los à força produtiva e de governamentalidade. Vislumbramos no campo da psicologia uma ênfase nas vertentes que buscam explicações lineares e pragmáticas para a vida humana. Assim, temos que nos questionar a quem nossa profissão serve e qual seu papel ético e político?

O que é o CRAS?

Criado a partir das deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social e previsto da Lei Orgânica da Assistência Social, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) teve suas bases de implantação consolidadas em 2005, por meio da Norma Operacional Básica (NOB/SUAS). Coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), o SUAS é um sistema público que organiza, de forma descentralizada, os serviços socioassistenciais no Brasil (BRASIL/MDS). A inserção da Psicologia no campo da Assistência Social se intensificou a partir de 2006 com a criação da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB/RH) para o SUAS, que prevê o profissional psicólogo na composição das equipes de referência dos serviços das redes de Proteção Social Básica (CRAS) e Especial (CREAS, casas lares).

Desde então, diversos órgãos vêm buscando pesquisar, fomentar e balizar as condutas do profissional psicólogo dentro do SUAS, entre eles o Conselho Federal de Psicologia (CFP), o Centro de Referência em Políticas Públicas (CREPOP) e o próprio MDS. O guia de referência dos psicólogos no CRAS, denominado “Referências Técnicas para a atuação do psicólogo no CRAS/SUAS”, publicado em 2007 e reimpresso em 2008, é um dos resultados dessa iniciativa. O documento busca produzir informação qualificada para ampliar a compreensão dos psicólogos acerca do trabalho no campo, assim como fornecer instrumental teórico técnico que subsidie o planejamento, a execução e o monitoramento de suas ações na proteção social básica (CREPOP, 2008).

O CRAS, serviço da rede de Proteção Social Básica, é considerado a principal porta de entrada do SUAS, possibilitando o acesso das famílias em situação de vulnerabilidade social. Os objetivos das ações desse equipamento possuem caráter preventivo, protetivo e proativo, visando garantir os direitos dos cidadãos que possam vir a estar neste contexto, direito que

dizem respeito à renda e participação nos serviços fornecidos pelo Estado. Um mapeamento das dificuldades, vulnerabilidades e potencialidades dessa população se faz necessário para a implementação de projetos que possam atender às demandas da população do território de abrangência do serviço. O CRAS não trabalha sozinho: é fundamental o trabalho em rede e a articulação com os diferentes setores públicos e privados (BRASIL/MDS, 2004).

No CRAS, há três serviços que balizam as atividades e acompanhamento ao usuário e família: O Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), e o Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas (BRASIL/MDS, 2004).

O PAIF abrangeria o todo, inclusive o serviço de convivência, acompanhando usuários de 0 a 100 anos de idade: bebês, crianças, adolescentes, adultos e idosos. O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) serve para complementar o trabalho com as famílias, atuando preventivamente. O SCFV está dividido em quatro faixas etárias (crianças, adolescentes, jovens e adultos) e possui objetivos, planejamento e proposta específicos, balizados pelos temas transversais presentes na realidade sociocultural dos usuários, como Direitos Humanos e Socioassistenciais, Saúde, Cultura, Trabalho, entre outros.

O conhecido e popularizado PAIF, renomeado como Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família –SAIF (BRASIL/MDS, 2009), oferece o acompanhamento de famílias, através de grupos, participações em atividades e visitas domiciliares. Para ter acesso aos serviços assistenciais (entre eles o Programa Bolsa Família), o usuário precisa ter cadastro no CadÚnico⁴. O serviço utiliza o termo participação, uma vez que a mesma não é obrigatória, mas deve ser de desejo do usuário. Mas, não raro, o acompanhamento das famílias é imposto judicialmente por existirem direitos violados ou sujeitos que necessitam de um olhar da política nacional de assistência social até mesmo para acessarem outras políticas, em especial acesso à saúde e educação.

⁴ São critérios para o Cadastro Único: Devem ser incluídas no Cadastro Único as famílias com renda familiar mensal per capita (por pessoa) de até meio salário mínimo; ou renda familiar mensal total de até três salários mínimos. As famílias com renda superior a três salários mínimos poderão ser incluídas no Cadastro Único, desde que sua inclusão esteja vinculada à seleção ou ao acompanhamento de programas sociais, como os programas de habitação e saneamento que utilizem os registros do Cadastro Único para a seleção das famílias. No entanto, o público preferencial do Cadastro Único continua sendo composto pelas famílias com renda mensal até meio salário mínimo por pessoa. Os municípios devem continuar com a estratégia de cadastramento focada nas famílias que se enquadram nesse perfil (MDS).

O papel da Psicologia no CRAS

Uma das importantes normativas acerca da atuação do profissional da Psicologia nesses espaços diz respeito ao caráter do atendimento: segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2009) as ações do PAIF, Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (SAIF), desenvolvido na Rede de Proteção Básica, não devem possuir caráter terapêutico. No manual de Orientações Técnicas sobre o PAIF (BRASIL/MDS, 2012) consta em nota de rodapé que:

no caso dos CRAS que, equivocadamente, incluíram em suas atividades a prática clínica, psicoterápica, psicodiagnóstica ou psicopedagógica, é recomendado o estabelecimento de um período de transição até que os profissionais realizem os encaminhamentos dos usuários à rede de saúde para atendimento desta demanda. Essa adequação deve ser planejada de forma a não prejudicar os usuários em atendimento (BRASIL/MDS, 2012 p. 42).

O Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) estabelece que a psicoterapia não faz parte dos serviços oferecidos pelo CRAS. Orienta os profissionais a intervir no sentido de: a) compreender os processos subjetivos que podem contribuir para a incidência de vulnerabilidade e risco social de famílias e indivíduos; b) contribuir para a prevenção de situações que possam gerar ruptura dos vínculos familiares e comunitários e c) favorecer o desenvolvimento da autonomia dos usuários do CRAS. Casos que demandam atendimento psicológico devem ser encaminhados para os serviços de saúde (BRASIL/MDS, 2009a).

Uma das formas previstas de atendimento no CRAS é o Acompanhamento particularizado (MDS, 2012). Esta modalidade tem por objetivo a promoção e a prevenção dos riscos sociais que atravessam as famílias em situação de vulnerabilidade social. Importante destacar que este acompanhamento busca trabalhar de forma integral e intersetorial, considerando tanto questões objetivas e concretas, como a dinâmica subjetiva da família.

Estão previstos no Acompanhamento Familiar Particularizado: a elaboração de um Plano de Acompanhamento Familiar; a realização de encontros com a família para desenvolver reflexões que auxiliem na superação das vulnerabilidades enfrentadas; realização de mediações periódicas com os técnicos, para monitoramento e avaliação do processo de acompanhamento, efetividade da intervenção, ampliação da capacidade protetiva da família e

definição de novos compromissos, quando for o caso; e inserção em ações do PAIF, conforme necessidades apresentadas pela família (MDS, 2012)

Todos os usuários que chegam até o CRAS vão ter uma escuta inicial, denominada Acolhida. A acolhida, como o nome diz, é um dos pontos imprescindíveis para que os possíveis usuários possam se sentir reconhecidos em sua integralidade, o que pode ser fator de influência na qualidade do vínculo que o usuário irá estabelecer com o serviço. A acolhida consiste no processo de contato inicial de um indivíduo ou família com o SUAS. Onde acontece o processo inicial de escuta das necessidades e demandas trazidas pelas famílias, bem como de oferta de informações sobre as ações do Serviço do CRAS, da rede socioassistencial, e das demais políticas públicas. Esse é o momento em que o profissional seja da Psicologia ou não deve buscar compreender os múltiplos significados das demandas, vulnerabilidades e necessidades apresentadas pelas famílias, buscando identificar seus recursos e potencialidades, e como tais situações se relacionam no território (BRASIL/MDS, 2012, p.17).

O MDS considera importante nesse momento compreender os múltiplos significados das demandas, a história da família, sua relação com o território e redes de apoio e suas potencialidades, apontando como um momento de estabelecimento de relações de confiança e vínculo entre o usuário e o serviço.

Uma das possíveis contribuições da Psicologia nesse espaço, a partir das reflexões da experiência de estágio supervisionado em Psicologia, pode ser introduzir lógica do acolhimento, utilizada nos serviços de saúde. Neste sentido, acolher significa uma escuta implicada podendo reconhecer o usuário como protagonista de sua história, construindo conjuntamente com ele estratégias de acompanhamento e responsabilização pelo seu processo e por sua vida (BRASIL/MS, 2010). Assim, não seria um determinado profissional responsável por efetuar o procedimento da acolhida, mas toda a equipe comprometida com a ética do acolhimento, tornando o serviço um espaço responsável e receptivo. O acolhimento possibilita uma ampliação da escuta do usuário, para além das queixas e demandas mais eminentes.

Outro conceito utilizado na Psicologia no início do processo terapêutico - o contrato pode inspirar o momento inicial de ingresso nos grupos (ZIMERMAN e OSÓRIO, 1997). Ao observar a acolhida efetuada no CRAS onde acontece o estágio, foi possível observar que é feito um esclarecimento acerca dos modos de atuação do serviço e uma espécie de contrato

com o usuário, convidando-o a se comprometer com as ações desenvolvidas. Tal modo de atuar pode ser estendido aos demais grupos e não só no momento inicial de ingresso, mas lembrando combinações que são necessárias ao bom andamento dos grupos. Nesse sentido, nos grupos do SCFV, o MDS aponta a relevância da criação de um Pacto de Convivência, para que os usuários possam se envolver e ser protagonistas no processo de discussão, reflexão e pactuação de direitos e responsabilidades no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, ocupando um lugar participativo e democrático nas ações do Serviço, desde o planejamento das atividades até sua concretização e avaliação. (BRASIL, 2010).

Uma vez que a frequência no serviço é gratuita e não é obrigatória, um aspecto que consideramos relevante no contexto da Proteção Social Básica é a responsabilidade do usuário pela sua participação no serviço e no Plano de Acompanhamento. Considerando a responsabilização compartilhada, há um profissional a disposição do usuário, ele está inserido num grupo e sua participação nas atividades tem relevância para a sua atual situação de vida. Muito além de ser uma preocupação da rede com aquele indivíduo ou família, é importante que os usuários vejam sentido no serviço que estão inseridos. Assim, entendo por contrato uma série de combinações iniciais a serem feitas com o indivíduo ou com a família, de maneira a esclarecer dúvidas acerca do plano de acompanhamento e da relevância de tal plano no contexto de vida atual do usuário em questão. Tal contrato pode ser lembrado ou re combinado conforme a situação.

Além do contrato, o próprio conceito de psicoterapia precisa ser ampliado e o entendimento de que o CRAS não é um espaço para exercer tais práticas, problematizado. Há de se questionar quais as formas de se trabalhar a Saúde Mental nesse espaço, uma vez que as práticas de acompanhamento, seja familiar ou em grupo, ou até mesmo as oficinas, podem vir a ter um efeito terapêutico, mesmo que não seja feita psicoterapia *strito senso*. Por isso, precisamos partir de uma Clínica Ampliada com foco preventivo. A prevenção é uma das formas de se trabalhar Saúde Mental, pois permite que as famílias coloquem em palavras as suas dificuldades antes destas se tornarem um sofrimento psíquico. O trabalho grupal também pode vir a ter, mesmo que indiretamente, caráter terapêutico e ser produtor de estratégias para diferentes contextos de vida.

Apesar das orientações técnicas apontarem que a Rede de Proteção Social Básica não é lugar para a prática psicoterápica, segundo Yamamoto e Oliveira (2010) os primeiros

estudos sobre o trabalho do psicólogo nos CRAS revelam que uma das atividades mais desenvolvidas pelos psicólogos é a psicoterapia, seja individual ou em grupo. “Além disso, foi constatado que os referenciais que norteiam as práticas são prioritariamente clínicos e que muito pouco se sabe sobre ações com comunidades” (YAMAMOTO E OLIVEIRA, 2010, p. 20).

Psicoterapia refere-se ao “processo psicoterápico busca ajudar o paciente não só a resolver o problema que designa como causador de seu sofrimento, como lhe possibilitar a ampliação dos recursos mentais de que dispõe para viver as experiências emocionais de sua vida” (IANKILEVICH, 2005, p.195), mas ampliamos o conceito não só para os recursos mentais, mas econômicos, sociais e habitacionais, entendemos que o que a prática do psicólogo na rede de Assistência Social Básica vai muito além de psicoterapia, compreende um olhar integral dos usuários dentro de cada território. Assim, a prática profissional da Psicologia no CRAS está mais próxima de uma Clínica Ampliada, já que não há como entender o sujeito sem o seu contexto e os pontos da rede que ele tem de acessar para dar conta do sofrimento (sim, situações como fome, falta de saneamento, emprego e moradia, por exemplo, causam sofrimento no sujeito).

Por vezes pensamos que outros profissionais podem ver a demanda que se apresenta como pontual, para resolver uma questão específica como um benefício eventual do SUAS. Por isso, o olhar da Psicologia se faz imprescindível, para manter o movimento de sensibilização para as demais demandas que o sujeito pode ter e que podem estar lhe colocando numa situação de vulnerabilidade.

Contudo, cabe nos questionarmos até que ponto não estamos reproduzindo uma Clínica Degradada, como cita Gastão Wagner de Sousa Campos (2002), onde políticas externas e interesses econômicos (ou políticos) afetam modos de atuar, onde a tarefa se torna simplificada e padronizada, onde o atendimento baseia-se na queixa e não na potencialidade do sujeito, onde só a demanda mais óbvia é escutada e toda uma complexidade de situações não vêm a tona, ou só a queixa mais emergencial é atendida por conta da alta demanda do serviço, pela falta de recursos, pela burocratização e pela falta de comunicação. Uma clínica ampliada, focada no sujeito e na complexidade de sua existência, nas suas mais diversas necessidades, de alimento, moradia, direitos, trabalho, saúde, felicidade, afeto e cuidado, onde a rede amplia olhares e troca experiências para um entendimento mais complexo sobre esse sujeito que nos procura. Para além da falta, olhar para as possibilidades.

Assim sendo, vê-se necessário rever modos de atuação do fazer *psi*, tanto no que diz respeito às suas práticas, quanto no que diz respeito à demanda atendida e o compromisso social da profissão. Bock (2009) define a tradição histórica da Psicologia no Brasil como sendo “marcada por um compromisso com os interesses das elites e tem se constituído como uma ciência e uma profissão para o controle, a categorização e a diferenciação” (Bock, 2009, p. 16). Yamamoto (2007) aponta ainda que nos primeiros vinte anos de profissão regulamentada, haveria uma preferência por parte dos psicólogos pela chamada “atividade clínica, associada ao modelo de profissional liberal”. Este aspecto estaria relacionado ao modelo biomédico, hegemônico e dominante em muitas áreas que fazem parte também da saúde.

Patto (2009), ao citar à convocação da Psicologia para a adaptação de alunos aos lugares que lhes são destinados, seguindo a lógica da diferença biológica ou psicológica da aptidão intelectual entre grupos e indivíduos, aponta uma naturalização da desigualdade. Aponta ainda que práticas como essas, num país onde o povo foi afastado dos direitos civis, sociais e políticos, os psicólogos estariam servindo à justificação da desigualdade de direitos. Assim, a Psicologia:

ao reforçar cientificamente a crença de que os lugares sociais são distribuídos segundo os méritos de cada um, colabora com a impressão de existência de igualdade de oportunidades, quando, na verdade, nunca fomos liberais, muito menos democráticos. Aqui o autoritarismo e o descaso das elites pelos direitos sociais e civis de todos os cidadãos – independentemente da cor do nível social e econômico – sempre foram a marca registrada de suas relações com os subalternos (PATTO, 2009, p. 33).

Segundo essa autora, é necessário superar a crença de que “basta exercer a profissão junto aos pobres para estar incluindo a Psicologia num projeto emancipador” (PATTO, 2009, p. 35). Conforme Yamamoto (2007), para um compromisso com a transformação social, faz-se necessário ampliar os limites da dimensão política da ação profissional do psicólogo. Uma prática contextualizada e comprometida com a transformação social não pode negar as questões estruturais da sociedade no cotidiano das comunidades atendidas.

Para Bernardes (2008) a miséria que se cria de maquinar subjetividades cidadãs produz-se na visibilidade da "questão social" como dever e direito. Essa visibilidade da questão social frente ao agenciamento do dever e do direito constitui-se a partir de um campo de lutas que se executam das seguintes formas: pelo assujeitamento, pela utilização e pela fixação de um “sujeito público”. O assujeitamento diz respeito aos modos como o corpo do sujeito público torna-se propriedade do Estado, ou seja, governável, através das estratégias do

DIALOGO, Canoas, n.31, p. 59-71, abr. 2016. / ISSN 2238-9024

desenvolvimento econômico e de resistência. Desta maneira, o sujeito público torna-se foco de atenção estatal no que tange a racionalidade de dever para com o desenvolvimento do país. Assim, o sujeito público, na figura do usuário do CRAS é uma figura existencial que se conforma a partir de estratégias de governamentalidade voltadas para a população, cujos objetivos dizem respeito a tornar essa população administrável e rentável do ponto de vista do desenvolvimento econômico de cada país (BERNARDES, 2008).

Segundo Lopes (2009), é possível apontar pelo menos duas grandes regras que operam nesse jogo do neoliberal, manter-se em atividade (com isso entende-se “integrar nas malhas que dão sustentação aos jogos de mercado e que garantem que *todos*, ou a maior quantidade de pessoas, sejam beneficiados pelas inúmeras ações de Estado e de mercado”) e que “*todos* devem estar incluídos, mas em diferentes níveis de participação, nas relações que se estabelecem entre Estado/população, públicos/comunidades e mercado”. A autora aponta ainda que a profusão de bolsas e de auxílios a partir dessa Política de Assistência contribui para que muitas pessoas e suas famílias beneficiadas passassem a ter condições diferenciadas de vida; associadas às possibilidades de formação educacional mínima e de formação profissional que tiveram, conseguiram disputar novas posições no mercado de trabalho, entrando na lógica do consumo, fazendo girar as engrenagens de um mercado local que passa a se sustentar, sustentando outras partes de uma rede de consumo.

Assim, vê-se necessário pensar estratégias para garantir uma certa autonomia dessas famílias, indivíduos e comunidades, de forma que não sejam capturados pelas lógicas assistencialistas e de mercado, questionando a quem (e a que) as práticas da Assistência Social e da Psicologia tem se colocado a serviço. Talvez o olhar da Psicologia possa contribuir de forma a dar voz ao desejo do usuário do serviço, de promover a escuta e identificar as potencialidades daqueles usuários e territórios cujas demandas têm sido negligenciadas pelo sistema econômico vigente, promovendo discussões que ampliem o olhar sobre os sujeitos e seu contexto de vida.

Considerações Finais

Há um vasto campo de atuação que demanda a intervenção da Psicologia e que pode ir ao encontro de uma atuação conectada com o compromisso social da profissão, que tem sim, relação com o caráter preventivo, protetivo e proativo da atuação da Rede de Proteção Social Básica. Torna-se urgente o compromisso com a vida, com a ética e com um trabalho que se

comprometa com as diversas realidades sociais, em prol do fim das desigualdades sociais e econômicas.

Esse relato de experiência discorre sobre o funcionamento dos CRAS, o papel do psicólogo nesse espaço. A partir da análise nos deparamos com questionamentos acerca da relação teórico-prática da profissão e seu caráter preventivo e protetivo no cuidado às famílias e usuários, que por vezes reitera posições usuais de assistencialismo e clínica tradicional. Por isso, precisamos reposicionar o olhar da Psicologia no compromisso social e no questionamento aos modos de subjetivação dos usuários e suas famílias.

E é esse o desafio cotidiano do profissional de Psicologia atuante no CRAS: construir estratégias de atuação que preconizem a integralidade e o trabalho em rede. Há de se resgatar as potências do sujeito e do território frente às adversidades cotidianas, sem desconsiderar as condições sociais que permeiam a emergência das desigualdades e vulnerabilidades. O auxílio financeiro ou uma cesta básica ocasional podem sanar situações pontuais, mas saciarão a fome de vida do sujeito?

REFERÊNCIAS

- BERNARDES, Anita Guazzelli; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Direito à vida: cidadania e soberania. In: **Fractal, Rev. Psicol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p.149-163, jun. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922008000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 06 jun. 2015
- BOCK, Ana Mercês Bahia. Psicologia e sua ideologia: 40 anos de compromisso com as elites. In: **Psicologia e o Compromisso Social**. 2ª ed. rev. São Paulo: Cortez, 2009.
- BRASIL, **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**, 2015. Disponível em. <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/suas>. Acesso em 23 de maio de 2015.
- BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS NOB-RH/SUAS**. Brasília, Dezembro de 2006.
- BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais**, 2009.
- BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas Centro de Referência de Assistência Social**, 2009a.
- DÍALOGO, Canoas, n.31, p. 59-71, abr. 2016. / ISSN 2238-9024

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas sobre o Serviço de Convivência e Fortalecimento dos Vínculos para Crianças e Adolescentes de 6 a 15 anos.** Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações Técnicas sobre o PAIF.** 1ª Edição. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Biblioteca Virtual em Saúde.** Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/167acolhimento.html>. Acesso em 15 de junho de 2015.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa . **A clínica do sujeito:** por uma clínica reformulada e ampliada. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

CREPOP. **Referências Técnicas para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS.** Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília, 2008.

EIZIRIK, Cláudio Laks; AGUIAR, Rogério Wolf.; SCHESTATSKY Sidnei S. **Psicoterapia de orientação analítica:** fundamentos teóricos e clínicos. Porto Alegre: Artmed, 2005.

LOPES, Maura Corcini. Políticas de Inclusão e Governamentalidade. In: **Educação e Realidade**, v. 34, n. 2, p.53-169, mai/ago, 2009.

MOTTA, Roberta Fin; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. A psicologia na assistência social: transitar, travessia. **Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 25, n. 1, p. 230-239, 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000100025&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822013000100025>.

PATTO, Maria Helena Souza. O que a história pode dizer sobre a profissão do psicólogo: a relação Psicologia-Educação. In BOCK, Ana Mercês Bahia. Psicologia e sua ideologia: 40 anos de compromisso com as elites. In: **Psicologia e o Compromisso Social.** 2ª ed. rev. São Paulo: Cortez, 2009.

YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. Políticas sociais, “terceiro setor” e “compromisso Social”: perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. In: **Psicologia & Sociedade**, v.19, n.1, p. 30-37, jan/abr, 2007.

YAMAMOTO, Oswaldo Hajime; OLIVEIRA, Isabel Fernandes de. Política Social e Psicologia: Uma Trajetória de 25 Anos. In: **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, v. 26, n. especial, p. 9-2, 2010.

ZIMERMAN, David. E.; OSÓRIO, Luiz. Carlos. **Como Trabalhamos com Grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.