

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

**CLARISSA CUSTÓDIO MIZEJESKI**

**A INCLUSÃO DA PSICOTERAPIA E DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO  
NOS CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS)**

**CRICIÚMA, JULHO DE 2013**

**CLARISSA CUSTÓDIO MIZEJESKI**

**A INCLUSÃO DA PSICOTERAPIA E DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO  
NOS CENTROS DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS)**

Monografia apresentada à Diretoria de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, para a obtenção do título de especialista em Saúde Mental.

Orientador: Graziela Amboni

**CRICIÚMA, JULHO DE 2013**

**Dedico esta monografia àqueles que me ajudaram no decorrer desta jornada.**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente à Deus, minha família, meus amigos e todos que contribuíram com essa nova etapa.

**“Ser empático é ver o mundo com os olhos do outro e não ver o nosso mundo refletido nos olhos dele.”**

**Carl Rogers**

## RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso tem o objetivo de valorizar o papel do psicólogo nos Centros de Referência de Assistência Social. Para o desenvolvimento deste trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica com base em referências sobre um breve histórico sobre as Entidades de Assistência Social, sobre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), sobre os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), sobre o papel do psicólogo, do psicoterapeuta e suas atribuições nas Entidades de Assistência Social. Percebe-se através deste estudo que a importância da atuação do psicólogo nos Centros de Saúde tem papel fundamental na reestruturação social principalmente das classes menos favorecidas. A psicologia está caminhando para este campo de atuação e já vem apontando experiências bem sucedidas sobre novas formas de intervir e planejar ações na atenção básica, mais ainda há muito por fazer. O acesso ao serviço de psicologia possibilitaria uma compreensão da atuação desse profissional, que se ocupa do bem estar humano. Portanto, a atenção do psicólogo não se voltaria somente para o doente mental; mas, sim para toda a população que necessita de orientação e aconselhamento psicoterapêutico. São imprescindíveis, que se repense novas práticas, enquanto profissionais da saúde pública, a partir dos fundamentos que as constituem e que, independente da área, ou abordagem escolhida, na psicologia. Entretanto o cuidado com o ser humano individual ou coletivo se coloque como o princípio para qualquer ação é isso que se espera para uma sociedade mais igualitária e humana.

**Palavras-Chave:** Centros de Referência de Assistência Social; Sistema Único de Assistência Social; Psicologia; Psicoterapêutico;

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PSF - Programa Saúde Família

SUS - Sistema Único de Saúde

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

CRAS - Centro de Referências de Assistência Social

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....</b>	<b>12</b>
<b>3 BREVE HISTÓRICO SOBRE AS ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA.....</b>	<b>18</b>
<b>4 SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS).....</b>	<b>20</b>
4.1 Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).....	21
<b>5 O PAPEL DA PSICOLOGIA E DO PSICÓLOGO.....</b>	<b>23</b>
5.1 O papel do psicoterapeuta.....	24
<b>6 ATRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO E DO PSICOTERAPEUTA NO CRAS.....</b>	<b>31</b>
<b>7 METODOLOGIA.....</b>	<b>34</b>
<b>8 CONCLUSÃO.....</b>	<b>35</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo principal evidenciar o papel e importância do psicólogo como psicoterapeuta atuante nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

Atualmente a função do psicoterapeuta tem ganhado cada vez mais valor nos Centros de Assistência Social sendo um papel de fundamental importância para a sociedade. Com a implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) os CRAS foram criados, em 2006, pelos Núcleos Regionais da Fundação de Ação Social (FAS) como uma nova forma de atendimento e organização das antigas Casas da Família.

A criação do CRAS deu-se pela necessidade de acesso à assistência social a população em geral com foco nos serviços de proteção social básica voltado aos mais necessitados e carentes com prevenção e tratamento de possíveis transtornos mentais deste público.

A atuação deve sempre estar direcionada na prevenção e na promoção da qualidade de vida dos usuários, promovendo e fortalecendo vínculos sócio-afetivos.

O mundo do trabalho em saúde, especialmente em saúde pública, está cada vez mais desafiador às profissões que atuam na área. O SUS, desde 1990, vem se desenvolvendo com planejamento em saúde, descentralização e participação social.

Esta política de saúde é resultado do Movimento da Reforma Sanitária que aconteceu na década de 70, culminando com a VII Conferência de Saúde em 1986, consolidando o Sistema, onde declara que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado.

O SUS tem como princípios gerais à universalização do direito à saúde, a descentralização e a integração da assistência. Os princípios contam com a participação popular, uma vez que cabe a esta o controle dos serviços prestados pelo sistema.

Assim, as pessoas podem procurar a unidade básica de saúde mais próxima a sua moradia ao mesmo tempo em que esta deve fazer busca ativa para conhecer as condições de saúde e moradia da população de sua área de abrangência.

A práxis do psicólogo, quando inserido na atenção básica, é realizada por meio de políticas estaduais ou municipais, cumprindo o indicativo da Política Nacional de Saúde Mental. Ainda que a política de gestão do trabalho no SUS e as Conferências de Saúde indiquem a formação de equipes multidisciplinares, o trabalho desse profissional não é legitimado politicamente como o são, outros da área da saúde.

Na realidade, o que acontece é a alocação de profissionais oriundos da rede substitutiva de saúde mental (foco curativo) para unidades de saúde nas Equipes de Saúde na Família e Equipes de Agentes Comunitários.

A preocupação que estudiosos da área discutem diz respeito que o profissional de psicologia se 'encontra perdido em suas ações'. Seria necessária uma preparação diferenciada, cujos objetivos residem justamente na promoção de saúde e políticas públicas.

Estima-se com essa revisão, que os resultados possam ampliar e clarificar o exercício do profissional de psicologia no contexto de saúde pública, e a importância da psicoterapia bem como fomentar a reflexão sobre a formação desse profissional, fazendo-se questionar sobre a atuação e transformação social.

A nossa ênfase desta monografia foi: Questionar a importância dada à psicoterapia e à atuação do psicólogo nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

**OBJETIVOS:****Objetivo Geral:**

Compreender a importância dada à psicoterapia e à atuação do psicólogo nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

**Objetivos Específicos:**

- Compreender o funcionamento do CRAS;
- Identificar a inserção do psicólogo nos CRAS;
- Conhecer a importância da psicoterapia no CRAS.

## 2 SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Para iniciar a abordagem ao tema é importante descrever a realidade sobre a saúde pública e saúde pública no Brasil, conceito, como iniciou e como está caracterizado este tipo de serviço atualmente.

Segundo Souza (2006), Saúde Pública é ciência e a arte de prevenir as doenças, prolongar a vida e promover a saúde física e mental, através de esforços organizados da comunidade para o saneamento do meio, o controle das doenças transmissíveis, princípios de higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e tratamento preventivo da doença de modo a assegurar para cada indivíduo na comunidade um padrão de vida adequado à manutenção da saúde.

Pode ser observado a partir dos conceitos de Souza (2006), que o foco sobre saúde pública trata sobre os processos internos organizacionais, como de referências administrativas, inclui também aspectos técnico-científicos em geral e práticas sanitárias com o objetivo de estabelecer o bem estar público coletivo. Isto acaba deixando a desejar justamente as áreas sociais e de reintegração, ou seja, nosso sistema de administração está defasado.

As mudanças devem ser direcionadas para o surgimento dos problemas, quando foram iniciadas as atividades o processo não se deparou com um planejamento adequado com visão de futuro, de crescimento, tanto da população e suas necessidades, como de atualização e modernização dos sistemas de conduta, como dos profissionais envolvidos e das estruturas para capacitar este elevado número de pessoas que vem crescendo a cada dia.

A saúde pública deveria seguir o crescimento político e social da nação, sendo que no Brasil a saúde pública não ocupa seu lugar conforme o crescimento do país, e isto gera problemas graves desde sua estruturação, desde o início e está longe de definir um processo de reintegração das políticas públicas com as necessidades da população.

Já Seixas e Mercadante (apud SOUZA e AZEVEDO, 2006) definem Saúde Pública como campo de conhecimentos e atividades que tem por objetivo, a partir do diagnóstico do nível de saúde das populações elevarem tais níveis, através da aplicação de medidas de alcance coletivo com a participação da comunidade em

um todo. A eficiência de um serviço de saúde depende, em grande parte, do pessoal responsável pela execução das atividades.

Para Merhy (1987, p. 18) a evidência de que a construção do coletivo depende de diferentes formas concretas de designação social, e para tanto, quando tratado sobre o conjunto das concepções.

Para Donnangelo (apud MERHY, 1987, p.18):

Essa multiplicidade de objeto e de áreas de saber correspondentes – da ciência social – não é indiferente à permeabilidade aparente mais imediata desse campo a inflexões econômicas e político-ideológicas. O compromisso, ainda quando genérico e impreciso, com a noção de coletivo, implica a possibilidade de compromissos com manifestações particulares, histórico-concretas desse mesmo coletivo, dos quais a medicina ‘do indivíduo’ tem tentado se resguardar através do específico estatuto de cientificidade dos campos de conhecimento que a fundamentam. Claro, está que não se pretende afirmar aqui a invulnerabilidade histórica da medicina individual. Poder-se-ia dizer, de outra forma, que as práticas designadas ‘de saúde coletiva’, sendo passíveis da mesma ordem de alterações de produção, distribuição e consumo de serviços que afetam a medicina individual, encontram-se, também em termos de sua(s) estrutura(s) de saber, em condições de acionar alternativamente múltiplas possibilidades, em resposta às condições histórico-sociais específicas. Particularmente porque, entre os objetos que designa como passíveis de intervenção, encontra-se o próprio social, ainda que variavelmente conceptualizado (tal como se apresenta, aliás, no campo mesmo das Ciências Sociais).

Portanto, percebe-se que a medicina e saúde coletiva devem obter um desenvolvimento social mais atualizado, focado nas particularidades individuais, sem descartar o coletivo como princípio básico e apesar das inflexões conceituais, deve-se buscar o consenso conforme as possibilidades da atualidade social, principalmente no Brasil, que tem intrínseca a sua história um desenvolvimento e crescimento não linear e inadequado. Busca-se o consenso setorial e geográfico adequado a um país com alto nível de divergência social e desigualdade entre a população.

Sendo assim, o que se percebe é que a forma de observação atual dos problemas não permite identificar a realidade essencial, que se refere diretamente ao conjunto das ações.

Quando se trata do social acima da ciência natural, cria-se a possibilidade da mistura de costumes e tradições particulares com o bem do coletivo, sendo assim, o que se percebe é que o foco deve ser em cima do interesse coletivo, do

bem-estar social, evitando assim introspecções e inflexões econômicas e político-ideológicas, conforme Donnangelo (apud MERHY, 1987).

Portanto a inserção do psicólogo na saúde pública, aconteceu dentro de um contexto histórico-político-econômico, que propiciou uma supervalorização cultural da profissão ao mesmo tempo foi construindo e consolidando a idéia de que a atividade do psicólogo era essencial para a sociedade.

Um novo contexto social sem estruturação acaba por corromper os princípios de saúde pública, falta de condições, aumentando o índice de acidentes de trabalho, por exemplo, aumento de pandemias, sub-nutrição e diversidades ligadas a falta de recursos estruturais e financeiros, assim como o descaso do Estado no bem estar coletivo da população.

Segundo Carvalho (2001), o Sistema Único de Saúde foi criado pela Constituição Federal de 1988 para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. Anteriormente, a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ficando restrita aos empregados que contribuíssem com a previdência social; os demais eram atendidos apenas em serviços filantrópicos. Do Sistema Único de Saúde fazem parte os centros e postos de saúde, hospitais (incluindo os universitários), laboratórios, hemocentros (bancos de sangue), além de fundações e institutos de pesquisa.

Antes do advento do SUS, a atuação do Ministério da Saúde se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças (por exemplo, vacinação), realizadas em caráter universal, e à assistência médico-hospitalar para poucas doenças; servia aos *indigentes*, ou seja, a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

O INAMPS foi criado pelo regime militar em 1974 pelo desmembramento do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que hoje é o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e tinha a finalidade de prestar atendimento médico aos que contribuía com a previdência social, ou seja, aos empregados de carteira assinada. O INAMPS dispunha de estabelecimentos próprios, mas a maior parte do atendimento era realizado pela iniciativa privada; os convênios estabeleciam a remuneração por procedimento, consolidando a lógica de cuidar da doença e não da saúde. (CARVALHO, 2001)

Segundo o autor, o Sistema Único de Saúde teve seus princípios estabelecidos na Lei Orgânica de Saúde, em 1990, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988. Os princípios da universalidade, integralidade e da equidade são às vezes chamados de princípios ideológicos ou doutrinários, e os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização de princípios organizacionais.

É importante que o Estado, disponibilize recursos suficientes para a adaptação do sistema a realidade brasileira. A melhoria no atendimento, assim como a apropriação de equipamentos e locais adequados ao atendimento devem favorecer o trabalho dos colaboradores. Com estrutura, fica assim a responsabilidade dos profissionais da área de saúde manterem-se atualizados e assim formar um conjunto de estratégias para o estabelecimento da saúde pública em um sistema funcional.

De acordo com Elias (apud ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2008, p. 12): “os Estados Unidos consomem em torno de 14% do PIB em saúde, por ano, somando 1 trilhão de dólares/ano em gastos públicos e privados. Os países da OCDE / Comunidade Européia gastam em torno de 6% a 10% do PIB em saúde”.

Como no princípio a saúde não era tratada como um direito de cada cidadão traz desde sua formação uma interligação ao trabalho do homem, ou seja, sendo repercutida intensamente pela previdência. Este desenvolvimento sem estrutura já chega aos seus sessenta anos, ou seja, não serão conseguidas mudandas com projetos de curto ou médio prazos.

O SUS fundamenta-se em três princípios: universalidade, igualdade e equidade. A equidade como princípio complementar ao da igualdade significa tratar as diferenças em busca da igualdade. As diretrizes do SUS são três: descentralização, participação da comunidade através dos Conselhos de Saúde e o atendimento integral, ou seja prover as ações curativas e as ações preventivas necessárias (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2008, p. 14)

Mesmo baseado em princípios complementares, com alto fluxo de atendimento e necessidade direta da população o sistema não se pode considerar adequado. Para tanto, o que deve ser tratado como princípio é o que delinea como fazer e para quem realizar as ações paliativas necessárias. Atualmente o que se percebe é que o SUS absorve o que fazer, mas deixa a desejar como e para quem de forma adequada aos costumes e hábitos do povo brasileiro.

Os direitos sociais e da saúde e as competências da União, Estados e Municípios relativas ao Sistema Único de Saúde, estão expressos no texto das Constituições da República, do Estado e da lei n. 8.080 e 8.142/90. [...] O entendimento da legislação sanitária vigente, em seus aspectos maiores, é indispensável para que os participantes, delegados ou não, possam interferir nas discussões das plenárias e mesas, com pleno conhecimento de causa e dos direitos e deveres de todos (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2008, p. 23).

Por conseguinte, as informações citadas, deve-se concentrar esforços relativos a saúde pública nacional as mudanças nos fundamentos do sistema de saúde, com o apoio do Estado, participação da sociedade e adequação dos profissionais da área da saúde envolvidos. Para isto foram criadas as entidades de assistência social, como pode ser observado no item a seguir.

No início do século XX, quando se manifestou mais claramente a República, em muitas vezes num contexto violento de transformações, sendo elas políticas, sociais, territoriais, com ascensão de oligarquias agro-exportadoras dos estados ao poder central do governo, percebeu-se um aumento significativo na atividade urbana de trabalho.

Tais transformações que definiram bem a grande diferença entre o século XIX e o século XX pelos movimentos sociais ativamente agressivos, exprimem suas alterações que produziram impacto sobre as classes sócias atuantes no setor. Com falta de recursos e estrutura, acabaram por deixar desprotegidas as camadas atuantes, despertando a falta de condições de qualidade de vida, aumentando o crescimento incessante de má estruturação para esta demanda de população que necessitou migrar à cidade e sair do campo pelas oportunidades oferecidas e pela falta de incentivo em manterem-se no campo, por exemplo. Com isto pode-se perceber o crescimento de favelas, cortiços, vilas sem espaço social e com mínimas condições (GUIMARÃES, 1978).

Um novo contexto social sem estruturação acaba por corromper os princípios de saúde pública, falta de condições, aumentando o índice de acidentes de trabalho, por exemplo, aumento de pandemias, sub-nutrição e diversidades ligadas a falta de recursos estruturais e financeiros, assim como o descaso do Estado no bem estar coletivo da população.

Mejias (1984) fala da necessidade de uma reordenação de prioridades na área de saúde, tendo em vista quatro fatores de maior responsabilidade em termos



de causa mortis: a) fatores comportamentais ou estilo de vida insalubre; b) riscos ambientais; c) fatores biológicos humanos e d) inadequações no sistema de cuidados com a saúde.

Pôde ser observado nos fatores citados, os relativos ao comportamento e adequação do estilo de vida a hábitos saudáveis podendo assim afirmar a necessidade de um profissional da psicologia que terá papel de interligar estes aspectos a evitação de possíveis riscos ambientais, trabalhando assim com a prevenção. Frente ao processo psicoterapêutico, as populações acabam apresentando resultados dos danos já sofridos, que muitas vezes carece de um acompanhamento médico curativo.

### 3 BREVE HISTÓRICO SOBRE AS ENTIDADES DE ASSISTÊNCIA

Com o objetivo de sediar benefícios para as pessoas na área social, as entidades de assistência são formadas pelas forças públicas e não visam lucro com os serviços prestados.

De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS):

A política de assistência social é realizada por meio de um conjunto integrado de ações e de iniciativas públicas e da sociedade. Esta atuação da sociedade ocorre por meio das organizações e entidades de assistência social, que não possuem fins lucrativos e que desenvolvem, de forma permanente, continuada e planejada, atividades de atendimento e assessoramento, e que atuam na defesa e garantia de direitos (DISPONÍVEL EM: [www.mds.gov.br](http://www.mds.gov.br), ACESSADO EM: 11.07.2013).

As entidades funcionam como serviços sócio assistenciais dentro do Sistema Único de Saúde (SUS). De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social as entidades atendem conforme Resolução CNAS n. 109/2005, Resolução CNAS n. 33/2011 e Resolução CNAS n. 34/2011.

Seguindo estas resoluções as entidades de atendimento participam de programas e projetos voltados para famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social, contemplando os mais carentes e necessitados na maioria dos casos (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2013).

No caso das entidades de assessoramento, os serviços prestados servem como apoio aos movimentos sociais, com foco na capacitação de lideranças e cumprem os estabelecidos na Resolução CNAS n. 27/2011 (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2013).

Já as entidades de defesa e garantia de direitos executam ações em programas e projetos de envolvimento na efetivação dos direitos socioassistenciais articulando o movimento junto aos órgãos públicos da política de assistência social conforme Resolução CNAS n. 27/2011 (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2013).

Para que as entidades de assistência social possam ser certificadas, devem cumprir os estabelecidos na Lei n. 12.101, de 30 de novembro de 2009, e no Decreto n. 7.237, de 20 de julho de 2010 (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL, 2013).

A certificação é concedida de acordo com a área de atuação das entidades. Esta certificação gera o direito de as entidades usufruírem da isenção de contribuições para a seguridade social.

As entidades de assistência social são certificadas pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à fome.

No caso das entidades com atuação preponderante na área de educação, quem concede o certificado é o Ministério da Educação, já para as entidades com foco na saúde quem concede o certificado é o Ministério da Saúde.

A validade da certificação é de três anos e, após a primeira concessão, a entidade deve solicitar a renovação seis meses antes do vencimento da certificação anterior. Ao protocolar o pedido de renovação dentro do prazo, a entidade assegura a contribuição dos efeitos da certificação até a publicação da nova decisão. O comprovante de protocolo de requerimento tempestivo de renovação é o documento que comprova a regularidade da certificação [...] (DISPONÍVEL EM: [www.mds.gov.br](http://www.mds.gov.br), ACESSADO EM: 11.07.2013).

#### **4 SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS)**

Políticas sociais recentes como o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) vêm gerando importantes campos de trabalho para os psicólogos em todo o país.

A partir da Constituição de 1988 surge, em 1993, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) – n. 8742/93, que passa a regulamentar o SUAS. A LOAS mais do que um texto legal, refere-se a um conjunto de ideias, concepções e direitos, introduzindo uma nova maneira de pensar a Assistência Social, mudando seu status legal e político (ANGELIM, 2002 apud SILVA, 2012).

Dessa forma, o SUAS é uma Política Pública da Seguridade Social, extremamente recente, que está em processo contínuo de construção, entendendo-se por Políticas Públicas “o conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos sociais, configurando um compromisso público que visa dar conta de determinada demanda, em diversas áreas” (GUARESCHIET et al, 2004, p. 180).

A partir da aprovação, por meio da Resolução n. 145 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), da Política Nacional de Assistência Social - PNAS (MDS, 2004) e da Norma Operacional Básica – NOB/SUAS (MDS, 2005), surge efetivamente o SUAS em 2005, a fim de viabilizar e concretizar a universalização dos direitos à seguridade e proteção social pública brasileira (SILVA, 2012).

O SUAS passa a ser implantado em todo território nacional, com o propósito de efetivar uma rede de proteção social estável e sustentável, a partir de um novo modelo de gestão, nas três esferas de governo (União, Estados e Municípios) e Distrito Federal, garantindo autonomias legais em regime de mútua colaboração institucional num sistema hierarquicamente regulado em termos de vínculos e responsabilidades (MDS, 2005 apud SILVA, 2012).

Os CREAS são unidades que realizam serviços de desenvolvimento de estratégias de atenção sócio familiar visando a reestruturação do grupo familiar e elaboração de novas referências morais e afetivas, bem como o acompanhamento individual, apoios e encaminhamentos, e processos voltados para a proteção e reinserção social (MDS, 2004).

Tais unidades necessitam ter em sua equipe o coordenador, o assistente social, o psicólogo, o advogado, profissionais de nível superior ou médio para trabalhar na abordagem dos usuários e o auxiliar administrativo. São implantados de acordo com o porte, nível e demanda dos municípios, bem como o grau de incidência e complexidade das situações de risco e de violação de direitos (MDS, 2006<sup>a</sup> apud SILVA, 2012).

#### **4.1 Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)**

Dentro da Proteção Básica do SUAS (MDS, 2006b) encontra-se o CRAS, que atua na prestação de serviço e programas sócio assistenciais às famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando a orientação e o convívio sócio familiar e comunitário, destinado à população em situação de vulnerabilidade. Essa rede parte do pressuposto de que são funções básicas das famílias proverem proteção e socialização dos seus membros, constituindo-se como referências morais de vínculos afetivos e sociais, identidade grupal, além de ser mediadora das relações dos seus membros com outras instituições e o Estado (SILVA, 2012).

Segundo a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUAS - NOB-RH/SUAS (MDS, 2006a) a composição da equipe do CRAS varia conforme o porte do município e o número de famílias. Assim, os de Pequeno Porte I têm um coordenador com ensino superior, dois técnicos de nível superior (um assistente social e, preferencialmente, um psicólogo), e dois técnicos de nível médio; os de Pequeno Porte II têm um coordenador com ensino superior, três técnicos de nível superior (dois assistentes sociais e, preferencialmente, um psicólogo), e três técnicos de nível médio; os de Porte Médio, Grande, Metrópole e Distrito Federal têm um coordenador com ensino superior, quatro técnicos de nível superior (dois assistentes sociais, um psicólogo e outro profissional) (não especificado a área de formação), e quatro técnicos de nível médio (SILVA, 2012).

De acordo com Gomes (2007), é função do CRAS, sob orientação do gestor municipal de Assistência Social, realizar o mapeamento e a organização da rede sócio assistencial de proteção básica, organizando a introdução das famílias daquela área de abrangência nos serviços de assistência social, bem como encaminhar a população local para as demais políticas públicas e sociais, caso necessário, possibilitando a ampliação de ações intersetoriais que visem a

sustentabilidade, o rompimento com o processo de exclusão social, e evite que tais famílias, indivíduos e grupos tenham seus direitos infringidos.

De acordo com Boschetti (2006) o CRAS oferece especificamente à comunidade:

1. Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF) - criado em 8 de abril de 2004 (Portaria n. 78, 2004), pelo MDS, principal programa de Proteção Social Básica do SUAS, sua oferta pelo CRAS é obrigatória, e consiste na inserção de serviços da assistência social, tal como socioeducativo e de convivência, bem como encaminhamentos a outras políticas, promoção de acesso de renda e acompanhamento sócio familiar;
2. Programa de inclusão produtiva e projetos de enfrentamento da pobreza;
3. Centros de Convivência para Idosos;
4. Serviços para crianças de 0 a 6 anos, que visem o fortalecimento dos vínculos familiares, o direito de brincar, ações de socialização e de sensibilização à defesa dos direitos das crianças;
5. Serviços socioeducativos para crianças, adolescentes e jovens entre 6 a 24 anos, visando sua proteção, socialização e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários;
6. Programas de incentivo ao protagonismo juvenil e de fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários;
7. Centros de informação e de educação para o trabalho, voltados para jovens e adultos. Salienta-se que o psicólogo poderá participar em todas as ações descritas acima, articulando sua atuação a um plano de trabalho elaborado em conjunto com a equipe interdisciplinar.

A sociedade deve ter um papel ativo na formulação e no controle das ações assistenciais (BOSCHETTI, 2006, p. 188-189 apud SILVA 2012).

De acordo com Botarelli (2008), os psicólogos estão atuando cada vez mais em políticas públicas, já que em 2005 foi consolidada sua participação no corpo técnico da equipe dos Centros de Referência da Assistência Social - CRAS (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009).

## 5 O PAPEL DA PSICOLOGIA E DO PSICÓLOGO

Vilela, Ferreira e Portugal (2008) apontam para o surgimento da psicologia a partir da irrupção de condições bem peculiares que teriam surgido de forma singular a partir do século XVI, que confluíam para a necessidade do conhecimento de si, da busca de uma natureza na individualidade e na interioridade humanas.

Muito mais do que uma tomada de consciência, teria se produzido uma nova experiência da relação consigo e com os demais, em que um conhecimento disciplinado e naturalizado teria se imposto como uma necessidade (VILELA, FERREIRA e PORTUGAL, 2008).

Segundo Bock (2003) a tradição da Psicologia, no Brasil, tem sido marcada pelo compromisso com os interesses das elites e tem se constituído como uma ciência e uma profissão para o controle, a categorização e a diferenciação.

Uma profissão que durante seus 40 primeiros anos de vida serviu as elites, sendo um serviço de difícil acesso aos que têm pequeno poder aquisitivo. Uma profissão com pouca inserção social, baixo poder organizativo, com entidades frágeis com pequeno poder de pressão e que negociou pouco com o Estado suas demarcações e possibilidades de contribuição social (BOCK, 2003).

Segundo Teles (1992), a Psicologia é uma ciência que tenta buscar recursos neste sentido. Procura compreender o homem, seu comportamento, e assim facilitando a convivência consigo próprio e com o outro. Fornecendo subsídios para que ele saiba lidar consigo mesmo e com as experiências da vida. No sentido etimológico, seria a ciência da alma ou o estudo da alma.

Passa então a psicologia a ser considerada ciência, pelo simples fato de os cientistas se dedicarem experimentalmente. Entretanto, não se fala ainda em comportamento, conduta ou ação. Defenda-se o vocabulário cartesiano, distinguindo-se, de um lado, a consciência sendo a sede das percepções, ideias, sentimentos e motivos, e de outro, os movimentos. Já no início do século XX, aparecem as chamadas escolas psicológicas: Estruturalismo, Funcionalismo, Behaviorismo, Gestaltismo e Psicanálise, ocorrendo um rompimento com o dualismo implícito na Psicologia, então conhecida como a ciência do psiquismo ou dos fatos da consciência.

Agora a psicologia tem um campo novo de estudos. Uma coisa é certa: ela se preocupa com o homem, diferentemente de qualquer outra ciência. Tem objeto determinado, objetivos claros, usando métodos especiais, embora seu campo de estudo mesmo que ainda se confunda, em suas fronteiras, com a Fisiologia, por um lado, e as Ciências Sociais, por outro, motivo pelo qual é também considerada uma ciência biossocial. Daí decorre que a Psicologia tem de invadir as fronteiras da Sociologia, quer dizer, do estudo das relações na forma de agir do indivíduo, mesmo porque a forma de agir transformada modifica, por sua vez, a relação. A psicologia não estuda apenas o comportamento humano, estuda ainda o comportamento animal, principalmente de ratos e chimpanzés, pois este estudo oferece subsídios interessantes na compreensão das bases do comportamento humano (TELES, 1992).

### **5.1 O papel do psicoterapeuta**

Historicamente, a psicoterapia se apresenta para a Psicologia e para toda a sociedade como uma prática de grande relevância. A psicoterapia como prática da Psicologia é como saber indispensável na formação do psicólogo, criar as bases necessárias para o fortalecimento da prática psicoterápica é fortalecer o já reconhecido lugar do psicólogo no campo da psicoterapia.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (2008-2010), pode-se tomar como ponto de partida sobre a psicoterapia onde a Resolução CFP n. 10/00, de 20 de dezembro de 2000. Nela, após as considerações que justificam a resolução, o artigo primeiro estabelece que a psicoterapia é prática do psicólogo, por se constituir, técnica e conceitualmente, um processo científico de compreensão, análise e intervenção que se realiza através da aplicação sistematizada e controlada de métodos e técnicas psicológicas reconhecidos pela ciência, pela prática e pela ética profissional, promovendo a saúde mental e propiciando condições para o enfrentamento de conflitos e/ou transtornos psíquicos de indivíduos ou grupos.

É uma boa definição se for considerada a finalidade maior dos conselhos profissionais, que consiste em legislar com o intuito de orientar tanto a comunidade quanto os profissionais que devem servi-la com excelência técnica e responsabilidade ética.



Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2008-2010), sobre as psicoterapias:

Na atualidade, existem mais de 250 modalidades distintas de psicoterapias, descritas de uma ou de outra forma em mais de 10 mil livros e em milhares de artigos científicos relatando pesquisas realizadas com a finalidade de compreender a natureza do processo psicoterápico e os mecanismos de mudança e de comprovar a sua efetividade, especificando em que condições devem ser usados e para quais pacientes. Apesar de todo esse esforço, evidências convergentes são escassas. A controvérsia ainda é grande, e o reconhecimento da psicoterapia como ciência é tênue. (CORDIOLI, 2008, p. 20).

Em outras palavras, o ser humano enquanto sujeito ético e sujeito de direito – e aqui o termo ‘sujeito’ não é sinônimo de ‘mente’, ‘psiquismo’, ‘alma’, ‘consciência’, entre outros, e não implica, portanto, uma posição mentalista – jamais pode ser meio para outro ser humano. Assim, por exemplo, ele não pode jamais servir de cobaia para minhas necessidades, carências ou crenças.

Vinculados à prática das psicoterapias são: os psicólogos são aqueles que ouvem mais do que falam, aqueles que são capazes de, ao ouvir, dar ‘dicas’ inteligentes e orientações para ajudar a resolver problemas da cabeça, da mente, da coisa subjetiva, coisas que ao mesmo tempo amedrontam e fascinam. São finitos, mas são muitos, os adjetivos populares para qualificar nosso objeto de conhecimento e de intervenção.

Tem-se de falar de **psicoterapias** e não psicoterapia para marcar a diversidade teórico-metodológica que acompanha essa prática. O ser Humano é gregário por natureza e somente existe, ou subsiste, em função de seus inter-relacionamentos grupais. Desde o nascimento o indivíduo participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social.

O ser humano tem uma tendência inata para querer saber, criar, brincar, curtir prazeres e lazeres e também para filosofar, sob uma forma que está presente em todas as culturas humanas conhecidas, que é a de conhecer de onde ele veio e para onde vai, o que ele é, por que e para que vive; em resumo, todo indivíduo no fundo quer saber quem ele é, e qual é o seu papel no contexto grupal, social ou universal em que está inserido. (ZIMERMAN et al OSORIO, 1997 p. 119).

O que se espera da psicoterapia é que possa solucionar o problema do indivíduo e para que o resultado seja positivo é de fundamental importância que o mesmo reavalie suas ideias, sentimentos e comportamentos ao longo de sua história, num passado recente ou, se necessário, longínquo. Na terapia o paciente é

o agente de sua própria mudança ou recuperação. O terapeuta assiste e promove a mudança, auxiliando o cliente a mobilizar e utilizar, de modo eficaz, seus próprios recursos para seu ajuste e restabelecimento. Sendo assim é reforçado, contudo, a necessidade e importância da inclusão da psicoterapia e da atuação do psicólogo nos programas de saúde pública municipal, onde está cada vez maior os problemas ligados ao desajuste emocional, psicológico e que acaba por prejudicar a vida de muitas pessoas.

Os seres humanos possuem uma curiosidade inata sobre sua origem e seu papel social e o psicoterapeuta promove o bem estar agregando valor a estas questões favorecendo novas descobertas aumentando a motivação interna. (ZIMERMAN et al, 1997).

O ser humano é gregário por natureza e somente existe, ou subsiste, em função de seus interrelacionamentos grupais. Desde o nascimento o indivíduo participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca de sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social (ZIMERMAN et al, 1997).

Foi a partir daí que os gregos começaram suas pesquisas. Concluíram através da pesquisa que todo ser humano possuía uma outra parte imaterial do corpo, de onde nasciam os processos psíquicos, dos quais o cérebro seria apenas mediador. Durante séculos, foi como estudo da alma que a Psicologia ficou conhecida.

Rompimento brusco neste conceito se deu com o filósofo francês René Descartes (1596-1650), cuja teoria do dualismo psicofísico distinção entre corpo e mente, impregnou as idéias da época e influenciou toda a Psicologia posterior. Descartes considerava que o comportamento animal era mecanicista, isto é, obedecia a ações puramente reflexas. Então surgiu o conceito de animais sem mente. A realidade consistia para ele, em duas áreas distintas: o domínio físico do material e o reino imaterial da mente. O material tem massa, localização no espaço e movimento. Já a mente não tem as características daquilo é físico e suas atividades são raciocinar, conhecer e querer.

Nos séculos XVIII E XIX, a mente era objeto de grande atenção por parte dos filósofos. Duas grandes correntes dominavam, então, o pensamento ocidental: o empirismo inglês e o racionalismo alemão. O empirismo acreditava que todo conhecimento se baseava nas sensações: os órgãos dos sentidos receberiam a

estimulação do mundo exterior e os nervos a conduziriam ao cérebro; resultado seria a percepção dos objetos, base de todo conhecimento humano. A filosofia empirista enfatizava papéis da percepção sensorial e da aprendizagem no desenvolvimento da mente. John Locke, empirista inglês afirmava que a criança nascia com a mente como uma página em branco onde as experiências e a percepções iriam gravar todo o conteúdo. Esta discussão se prolonga nas ciências psicológicas e ainda hoje, mostra-se como controvérsia não resolvida.

Passa então a psicologia a ser considerada ciência, pelo fato de os cientistas se dedicarem experimentalmente.

Agora a psicologia tem um campo novo de estudos. Uma coisa é certa: ela se preocupa com o ser humano. Tem objeto determinado, objetivos claros, usando métodos especiais, embora seu campo de estudo mesmo que ainda se confunda, em suas fronteiras, com a Fisiologia, por um lado, e as Ciências Sociais, por outro, motivo pelo qual é também considerada uma ciência biossocial. Daí decorre que a Psicologia tem de invadir as fronteiras da Sociologia, quer dizer, do estudo das relações na forma de agir do indivíduo, mesmo porque a forma de agir transformada modifica, por sua vez, a relação. A psicologia estuda o comportamento humano, pois este estudo oferece subsídios interessantes na compreensão do comportamento humano (TELES, 1992).

Para Teles (1992), estudar o ser humano é extremamente difícil tendo ainda muita dificuldade o estudo em relação a ele. O modo de ser humano biológico seu desenvolvimento não pode ser desconhecido, pois dirigem no sentido de seu comportamento.

De acordo com Schultz (1999), é uma das mais antigas disciplinas acadêmicas a psicologia e, ao mesmo tempo, uma das mais novas. O interesse pela psicologia remonta aos primeiros espíritos questionadores. Sempre houve fascínio pelo próprio comportamento e conduta humanas são o tópico de muitas obras filosóficas e teológicas. Já no século V a.C. Platão, Aristóteles e outros sábios gregos se viam às voltas com muitos dos mesmos problemas que hoje ocupam os psicólogos: a memória, a aprendizagem, a motivação, a percepção, a atividade onírica e o comportamento anormal. As mesmas espécies de interrogações feitas atualmente sobre a natureza humana também eram de séculos atrás, o que demonstra uma continuidade vital entre o passado e o presente em termos de seu objeto de estudo.

De acordo com Vilela, Ferreira e Arruda (2008), contudo em uma outra forma de pensamento histórico aponta para o surgimento da psicologia a partir da invasão de condições bem peculiares que teriam surgido de forma singular a partir do século XVI, que conduziram para a necessidade do conhecimento de si, da busca de uma natureza na individualidade e na interioridade humanas. Muito mais do que uma tomada de consciência, teria se produzido uma nova experiência da relação consigo e com os demais, em que um conhecimento disciplinado e naturalizado teria se imposto como uma necessidade.

De acordo com Guzzo (1993), a psicologia no Brasil, muito embora tenha comemorado em 1992, trinta anos de regulamentação, tem procurado firmar sua identidade e rever alguns pontos de sua caracterização como profissão. Envolvendo toda a categoria profissional, um processo constituinte se propõe a definir uma reestruturação nos órgãos que regulamentam e fiscalizam o exercício profissional: a avaliar a formação nos cursos de psicologia, além de rever outras questões diretamente ligadas à prática, como, por exemplo, as especialidades. Os resultados deste processo de avaliação e reforma tem gerado expectativas de atualização, sobretudo em relação ao momento atual por que passa o país, onde se espera a votação de uma nova lei de Diretrizes e Bases da Educação, no Congresso Nacional, lei esta que estabelece o plano geral da educação para o país, os objetivos da escola e dos diferentes níveis e sistemas de ensino, sua constituição e especialidades.

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (1994), a caracterização das atividades na área clínica é uma tarefa de difícil empreendimento. A descrição das atividades apresentada pelo CFP engloba 19 itens tão variados quanto o 'atendimento psicoterapêutico individual ou em grupo' e a realização de pesquisas visando a construção e ampliação do conhecimento teórico e aplicado á saúde mental. De forma sintética, assim é definido o psicólogo clínico 'atua na área específica da saúde, colaborando para a compreensão dos processos intra e interpessoais, utilizando enfoque preventivo ou curativo, isoladamente ou em equipe multiprofissional em instituições formais e informais. Realiza pesquisa, diagnóstico, acompanhamento psicológico e atenção psicoterápica individual ou em grupo, através de diferentes abordagens teóricas. Essa concepção tão abrangente nem sempre existiu. Atuação tão ampla não é o quadro que caracteriza a grande maioria

dos psicólogos que atuam na área clínica, conforme revelam pesquisas de âmbito nacional.

A clínica 'tradicional' mostrava-se como um sistema de atenção voltada ao indivíduo. Ou seja, independentemente da área disciplinar de atuação profissional, o método clínico depara-se com um indivíduo cuja problemática deve ser resolvida de forma mais ou menos imediata. A doença, o distúrbio, o transtorno são a expressão da situação concreta, particular, na qual se desenvolve tal indivíduo.

A concepção de psicologia clínica como o campo de aplicação dos princípios psicológicos que se preocupam com o ajustamento psicológico do indivíduo. Alguns critérios são freqüentemente utilizados para definir o 'tradicional' ou o 'clássico' em termos de Psicologia Clínica:

- Atividades de psicodiagnóstico e/ou terapia individual ou grupal;
- Atividade exercida em consultórios particulares, restrita a uma clientela proveniente de segmentos sociais mais abastados;
- Atividade exercida de forma autônoma, como profissional liberal, não inserida no contexto dos serviços de saúde;
- Trabalho que se apóia em um enfoque intra-individual, com ênfase nos processos psicológicos e psicopatológicos e centrado em um indivíduo abstrato e a-histórico;
- Hegemonia do modelo médico, aqui traduzido na aceitação da autoridade do profissional na relação com o paciente, não se questionando o saber e a prática a partir de reações do paciente.

Do início do século XX até 1962, o desenvolvimento da psicologia se deu dentro de outras áreas de conhecimento e a instalação de serviços práticos na verdade, contava com poucos profissionais especialmente habilitados. Com a regulamentação da profissão em 1962.

Durante estes 30 anos, após a regulamentação da profissão e da formação em curso de Psicologia, o profissional tem sido preparado como um 'psicólogo generalista' podendo desenvolver sua prática em áreas específicas de atuação, sendo as mais tradicionais, a clínica.

Historicamente, a psicoterapia se apresenta para a Psicologia e para toda a sociedade como uma prática de grande relevância. A psicoterapia como prática da Psicologia é como saber indispensável na formação do psicólogo, criar as

bases necessárias para o fortalecimento da prática psicoterápica é fortalecer o já reconhecido lugar do psicólogo no campo da psicoterapia.

Admitindo a existência de tais dificuldades sociais representações sociais sobre nossa prática em uma rede complexa e conflituosa que se forma em torno das pessoas surge a importância para orientar uma parte da população na busca de serviços psicológicos. Podemos associá-las à escuta, no respeito ao sofrimento, no combate ao preconceito e à discriminação, na intensificação de cuidados à saúde mental.

Nessa direção, pode-se traduzi-las em sua dimensão técnica em várias modalidades de intervenções psicológicas, cada vez mais difundidas, por exemplo, a clínica ampliada, o acompanhamento terapêutico, e certamente, entre tantas outras, a psicoterapia.

## 6 ATRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO E DO PSICOTERAPEUTA NO CRAS

A inserção do psicólogo nos CRAS vem a ser uma grande evolução transformadora na forma de atuação, desde a regulamentação da profissão no ano de 1962 (Yamamoto, 2007), que consegue afastar-se de um trabalho meramente clínico e elitizado para um trabalho que visa o social e o comunitário.

Para Trindade e Teixeira (1998) a inserção do psicólogo na atenção primária, como é o caso dos CRAS, é um importante ponto de partida para o desenvolvimento das comunidades, pois é através do bem-estar dos sujeitos e dos grupos sociais que se pode construir a autonomia destes, proporcionando sua inserção na sociedade de forma digna. Apesar, e por causa, desta crescente demanda, esse novo campo apresenta alguns problemas urgentes e emergentes, que necessitam ser superados, pois cada vez mais estagiários e profissionais procuram atuar no campo social comunitário.

Todavia, os documentos epistêmico-metodológicos oficiais do trabalho deste profissional no CRAS, apesar de facilmente acessíveis por meio de cartilhas e eletrônico, não se apresentam plenos para orientar a atuação e suprir as dúvidas deste profissional no âmbito do CRAS, além da carência de publicações de referências específicas, ainda que pese a existência de muitos trabalhos já desenvolvidos na ciência psicológica social, particularmente a de orientação comunitária, com base materialista histórico-dialética, e que devem ter suas grandes diretrizes epistêmico-metodológicas e orientações instrumentais adaptadas às peculiaridades do CRAS.

É importante apontar em que circunstâncias se deram na inserção do psicólogo no setor, mais especificamente na saúde mental, procurando deixar claro que essa entrada não aconteceu num vazio social, mas num contexto histórico-político-econômico determinado, que propiciou uma supervalorização cultural da profissão ao mesmo tempo em que foi se construindo e consolidando a idéia de que a atividade do psicólogo era essencial para a sociedade.

Diante de tal quadro, segundo Bianco et al (apud PSICÓLOGO BRASILEIRO, 1994, p. 40) “o que há efetivamente de novo nessa inserção na rede básica de saúde, em termos conclusivos, alguns aspectos se colocam como importantes, além desta flexibilidade para atender às demandas da população”:

- A psicologia passa a dar ênfase no planejamento e execução de ações com base em demandas coletivas;
- A pulverização de problemas específicos de saúde trazidos pela população, coloca o psicólogo em contato com questões que extrapolam o campo da “saúde mental” propriamente dito. Certamente, tais problemas determinam especificidades na sua apreensão dos aspectos psicológicos aos problemas de saúde em geral;
- A necessidade de lidar com contingentes maiores de indivíduos, levando a priorizar estratégias grupais e focais para lidar com os problemas trazidos pela população. Observa como a formação de grupos é bastante citada;
- O contato mais direto com as condições concretas de vida do segmento não privilegiado economicamente na sociedade, fazendo chegar a este, serviços dos quais estava excluído. Além disso, este contato permite ao psicólogo checar seus conceitos universalizantes de psiquismo;
- A concepção de ‘clínica psicológica’, compreendendo também as ações de baixa complexidade, ampliando-se, assim, para uma percepção da clínica não como sinônimo de ações psicoterápicas especializadas, mas como manejos que previnem as necessidades das mesmas ou visam a promoção da saúde.

A psicoterapia breve e de apoio, está sendo recentemente muito utilizada no contexto da Saúde Pública, uma vez como relata Pschera et al., (1996, p.147), “o terapeuta atua considerando o conflito presente como foco principal relevado pelo paciente, intervindo conforme a problemática prioritária no momento e a terapia de apoio, auxiliando o indivíduo no momento da crise”.

A partir da reforma sanitária que aconteceu por volta da década de 60 a 80, é que o psicólogo começa a refletir sobre sua atuação voltada para a clínica tradicional e questiona a eficácia do modelo biomédico que fragmentava o indivíduo nas suas enfermidades.

Ao rever a inserção do psicólogo no campo da saúde, percebe-se que os autores LIMA (2005); Dutra et al. (2006), e Passos (2003) apontam o processo de desospitalização, como percussor da entrada desse profissional no contexto, isto é, o psicólogo é locado para ‘desinchar’ a grande quantidade de usuários internados nos hospitais, diminuindo os custos.



A psicologia comunitária entra com uma alternativa de ação para que o psicólogo possa desenvolver seu papel na comunidade, criando um vínculo expansivo e mais próximos com os moradores dos bairros, juntamente com a equipe da Unidade de Saúde, facilitando assim a realização das práticas desse novo caminho.

Outra modalidade de atuação do profissional de psicologia será fornecendo suporte aos profissionais das equipes de saúde da família, sendo que os mesmos, precisam sentir-se saudáveis, seguros e motivados ao exercer suas ações, o psicólogo voltar-se para as dificuldades apontadas pela equipe de saúde, seja conflitos internos (inter-pessoais) ou externos (comunidade).

Na verdade o que ficou claro mesmo é que os profissionais não têm clareza de quem faz o que, quando e como, mesmo os profissionais preconizados pelo Ministério da saúde que tem seu papel definido, não consegue efetiva-lo na sua qualidade total, necessitando de uma concepção interdisciplinar de atuação.

Sente-se a partir do levantamento das informações coletadas, que o profissional psicólogo, não tem muita clareza, sobre sua atuação na Atenção Básica de saúde adquirindo sua identidade profissional generalista.

A participação da psicologia neste contexto é importante, pois desenvolve um trabalho integrado ao bem-estar da comunidade em geral.

## **7 METODOLOGIA**

A pesquisa foi realizada entre Agosto á Julho de 2013, por livros, sites e revistas. Teve o intuito de averiguar á importância dada a psicoterapia e o papel do psicólogo nos centros de referencias de assistência social. A pesquisa foi quantitativa e bibliográfica.

## 8 CONCLUSÃO

A revisão bibliográfica serviu como apoio na definição da importância da inclusão da psicoterapia e da atuação do psicólogo nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

Para tanto, foi tratado sobre o histórico da psicologia, da psicoterapia e como foi o surgimento dos Centros de Assistência Social e das Entidades beneficiadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social.

Percebe-se que a importância do papel do psicólogo nas entidades de assistência sociais é muito grande, principalmente para o público de baixa renda, onde é mais comum a existência do desamparo social.

O que também ficou nítido é que o Sistema Único de Saúde está falido, portanto as entidades de assistência social possuem um papel fundamental de apoio ao SUS evitando assim de forma preventiva ou paliativa o uso de internações hospitalares sempre que possível.

Percebe-se nos textos coletados, que ainda se encontra em busca desse modelo “biopsicossocial”, onde os profissionais de saúde compreendam o indivíduo em sua integralidade, no seu contexto social e não centrado somente no poder de decisão do médico, visando um trabalho de equipe multidisciplinar e concretizando uma futura atuação interdisciplinar, sem reduzir ao modelo biomédico.

As informações coletadas / revisadas de experiências de profissionais da área possuem importância na construção do conhecimento, uma vez que estão se descobrindo novos cenários. Entretanto, seria importante que cada vez mais pesquisas fossem realizadas com o objetivo de ampliar, solidificar e esclarecer muitos pontos que estão descobertos na área. A síntese da inserção, foi verificar que os textos enfatizam que o profissional está construindo esse campo e abrindo possibilidades para que a população em geral, tenha acesso aos seus serviços.

A psicologia está caminhando para este campo de atuação e já vem apontando experiências bem sucedidas sobre novas formas de intervir e planejar ações na atenção básica, mais ainda há muito por fazer.

Neste sentido, parece coerente que para uma estratégia de saúde da família, voltada ao modelo biopsicossocial, a inserção do psicólogo deveria estar

locado diretamente no programa de saúde da família. Verifica-se que a psicologia vem revendo e modificando sua maneira de intervir no SUS, buscando auxílio em outras áreas.

A atuação do profissional deve levar em consideração reflexões críticas sobre sua atuação e sobre sua limitada compreensão do mundo e das ações que ele pode vir a oferecer tanto na promoção quanto na cura, quando for o caso.

O acesso ao serviço de psicologia possibilitaria uma compreensão da atuação desse profissional, que se ocupa do bem estar humano. Portanto, a atenção do psicólogo não se voltaria somente para o doente mental; mas, sim para toda a população que necessita de orientação e aconselhamento psicoterapêutico.

Então, a compreensão integral do homem, sua história de vida, sua cultura, o corpo, suas relações interpessoais, são fundamentais para se compreender o que leva o sofrimento humano.

O próximo desafio para o psicólogo, além de lutar pela abertura efetiva e condições dignas de trabalho, seria uma maior inclusão do psicólogo na rede básica de saúde. Com projetos voltados para a comunidade que realmente é carente desses serviços, no caso a psicoterapia. Com uma maior atenção ao indivíduo e com um tempo maior nas consultas psicológicas.

São imprescindíveis, que se repense novas práticas, enquanto profissionais da saúde pública, a partir dos fundamentos que as constituem e que, independente da área, ou abordagem escolhida, na psicologia.

Entretanto o cuidado com o ser humano individual ou coletivo se coloque como o princípio para qualquer ação é isso que se espera para uma sociedade mais igualitária e humana.

Por fim, a inclusão do psicólogo e psicoterapia nos programas de saúde pública, municipal, exige um campo unificador de várias perspectivas e posicionamentos, vinculando sempre maior compreensão sobre a saúde, e doenças e práticas sociais decorrentes das políticas de saúde, atual em nossa sociedade.

Em relação aos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), o psicólogo está ocupando um papel cada vez mais importante e valorizado pela sociedade.

As entidades psicossociais tem o papel fundamental de diminuir a exclusão social, os problemas familiares e individuais. A rejeição social é um dos maiores maus que um indivíduo pode passar, portanto a reestruturação dos CRAS é

um benefício requerido pelos profissionais, pelos usuários e pela sociedade em geral.

Existe ainda mais demanda do que recursos, mas crê-se numa reforma política que tenha foco na prevenção e não tanto no tratamento, formando assim um futuro melhor para os beneficiários.

## REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**: O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde. São Paulo: Atheneu, vol. 01, 2008.

BECHELLI, Luiz Paulo de C.; SANTOS, Manoel Antônio - **Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu**. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.12 nº2. Ribeirão Preto Mar./Apr. 2004.

BECHELLI, Luiz Paulo de C.; SANTOS, Manoel Antônio - **Psicoterapia de Grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança**. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.10 nº3 Ribeirão Preto Mai/Jun 2004.

BECHELLI, Luiz Paulo de C.; SANTOS, Manoel Antônio. **Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu**. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.12 n. 2. Ribeirão Preto Mar./Abr./2004.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. Brasília: Letras Livres: UnB, 2006.

BOTARELLI, A. (2008). **O psicólogo nas políticas de proteção social: uma análise dos sentidos e da práxis**. Tese de Doutorado, Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de, São Paulo, São Paulo.

CARVALHO, Gilson - **A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais**. Ciência e saúde coletiva v. 6, n. 2, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA-XIV **Plenário Gestão 2008-2010**.1ª edição 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA XIV. Plenário Gestão (2008-2012) a Resolução CFP n. 10/00, de 20 de dezembro de 2000.

DUTRA, Denise Silveira et al. Interface Psicologia e Programa de Saúde da Família – PSF: Reflexões Teóricas. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**. Ano 26. n. 2, p. 246-257. 2006.

GOMES, A. L. (2007). Experiências de CRAS consolidam Assistência Social como política pública. In Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (Org.), **CRAS: Um lugar de (re) fazer história** (2. ed. rev., pp. 4-5). Brasília: MDS. Acesso em 28 de outubro, 2009, em [www.fomezero.gov.br/publicacoes](http://www.fomezero.gov.br/publicacoes).

GUARESCHI, N., et al (2004). Problematizando as práticas psicológicas no modo de entender a violência. In M. N. Strey, M. P. R. Azambuja, & F. P. Jaeger (Orgs.), **Violência, gênero e políticas públicas** (pp. 177-193). Porto Alegre: EDIPUCRS.

LIMA, Mônica. Atuação Psicológica Coletiva: Uma Trajetória Profissional em Unidade Básica de Saúde. **Psicologia em Estudo**. UNIVASF, Maringá/PR. v.10, n.3, p. 431-440, set./dez. 2005.

MERHY, Emerson Elias. **O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo**. Campinas: Papyrus, 1987.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL. Disponível em: [www.mds.gov.br](http://www.mds.gov.br), acessado em : 11.07.2013.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. (2004). Política Nacional de Assistência Social - PNAS. Brasília, DF: Autor.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. (2005). Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS. Brasília, DF: Autor.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. (2006a). Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social-NOB-RH/SUAS. Brasília, DF: Autor.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. (2006b). Proteção básica do SUAS: orientações técnicas para o Centro de Referência da Assistência Social-CRAS. Brasília, DF: Autor.

PASSOS, Izabel Christina Friche. Cartografia da Publicação Brasileira em Saúde Mental: 1980 – 1996. **Revista Teoria e Prática**. v. 19, n.3, p. 231-240, set./dez. 2003.

PSICÓLOGO, Brasileiro: Práticas emergentes e desafios para a formação. Casa do Psicólogo, 1994. 2ª edição São Paulo.

SOUZA, José Maria Pacheco et al - **Curso de Saúde Pública em um semestre: algumas considerações**. Rev. Saúde Pública v.40 nº. 5 São Paulo out. 2006.

TELES, Maria Luiza Silveira - **O que é Psicologia**. 2ª edição. Ed Brasiliense. 1992

TRINDADE, I. & TEIXEIRA, J. A. C. (1998). Intervenção psicológica em centros de saúde: o psicólogo nos cuidados de saúde primários. **Análise Psicológica**, 2 (16), 217-229.

VILELA, Ana Maria Jacó, FERREIRA, Arthur Arruda Leal, PORTUGAL, Francisco Teixeira. **História Da Psicologia: rumos e percursos**. Rio de Janeiro: Nau, 2008.

VILELA, FERREIRA, PORTUGAL, Jacó, Arthur Leal, Francisco Teixeira-**História da Psicologia: Rumos e percursos**. Rio de Janeiro :Nau Ed, 2008.

ZIMERMAN, David E. et al. – **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997 424 p.



Disponível em: [www.brasil.gov.br/sobre/cidadania/brasil-sem-miseria/acesso-a-servicos/centro-de-referencia-de-assistencia-social-cras](http://www.brasil.gov.br/sobre/cidadania/brasil-sem-miseria/acesso-a-servicos/centro-de-referencia-de-assistencia-social-cras). Acessado em: 15.12.2012.

Yamamoto, O. H. (2007). Políticas Sociais, Terceiro Setor e Compromisso Social: perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. **Psicologia & Sociedade**, 19, 30-37.