

O trabalho dos psicólogos nas políticas sociais no Brasil

The work of psychologists in social policy in Brazil
El trabajo de los psicólogos en las políticas sociales en Brasil

JOAO PAULO MACEDO

Universidade Federal do Piauí, Brasil

MAGDA DIMENSTEIN

Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Resumo

Esse estudo versa sobre encontros entre a psicologia e o campo das políticas sociais. Objetiva discutir como psicólogos que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) vivenciam o cotidiano de suas práticas. Para tanto, investigamos os modos de atuar de 13 psicólogos ligados aos serviços indicados por meio de entrevistas e da observação participante. Os resultados indicam que por se encontrarem em contextos adversos aos modos tradicionais de atuação, muitos técnicos experimentam cotidianamente estranhamento e mal-estar, frutos da vivência de situações limites, de difícil manejo. Além disso, observamos práticas e vivências marcadas por sentimentos de compaixão, piedade e pelo ressentimento. Consideramos, por fim, que o encontro da psicologia com as políticas sociais exige flexibilidade nos modos tradicionais de atuação e busca de estratégias que considerem as características dos contextos culturais, evitando assim processos de captura, cansaço e saturação que sufocam o trabalhador.

Palavras-chave: psicólogo brasileiro, saúde pública, proteção social, modos de subjetivação

Abstract

This study verses on the meeting of psychology with the social policy area. The objective is to discuss how psychologists that work in the Basic Health Units and in the Social Assistance Reference Centers experience their daily practices. Using the interview and participant observation methods, we investigated the modes of action of 13 psychologists involved in these service units. The results indicate that because these contexts are adverse to the traditional forms of action, many professionals experience daily strangeness and discomfort, resulting from their encounters with limiting situations of difficult management. Furthermore, we observed practices and experiences that were marked by feelings of compassion, pity, and resentment. We consider, finally, that the encounter between psychology and social policies requires flexibility in traditional acting modes as well as the pursuit of strategies that consider cultural contexts characteristics, avoiding capture, fatigue and saturation process that stifle the worker.

Keywords: brazilian psychologist, public health, social protection, subjectivity modes

Resumen

Este estudio se centra en los encuentros entre la psicología y el campo de las políticas sociales. Tiene como objetivo discutir cómo los psicólogos que trabajan en las Unidades Básicas de Salud (UBS) y Centros de Referencia de Asistencia Social (CRAS) viven sus prácticas cotidianas. Investigamos las formas de actuar de 13 psicólogos vinculados a los servicios mencionados, a través de entrevistas y observación participante. Los resultados indican que la vivencia en contextos adversos y de situaciones extremas, difíciles de manejar, hace que muchos técnicos experimenten en lo cotidiano, sentimientos de malestar y no saber qué hacer. Además, la práctica y la experiencia se caracterizan por sentimientos de compasión, piedad y resentimiento. Consideramos, por último, que el encuentro entre la psicología y la política social exige flexibilidad en las formas tradicionales de actuación y la búsqueda de estrategias que tengan en cuenta las características de los contextos culturales, evitando así los procesos de captura, la fatiga y la saturación que ahogan a los trabajadores.

Palabras clave: psicólogo brasileño, salud pública, protección social, subjetividad

Nos últimos 20 años a Psicología expandió significativamente seu campo de atuação na área das políticas sociais no Brasil. São ao todo 236,100 psicólogos em exercício profissional no país, sendo que nos últimos quatro anos a proporção de psicólogos nos municípios do interior (48%) superou a das capitais (32%) (Bastos, Gondim & Rodrigues, 2010). Além disso, estima-se que pelo menos ¼ da profissão esteja institucionalizada nos aparelhos do Estado em todo o país (Macedo & Dimenstein, 2011).

A mudança do perfil do psicólogo brasileiro se comparado às décadas anteriores, em que éramos uma profissão hegemonicamente urbana e composta por uma grande maioria de profissionais autônomos (CFP, 1988), está intimamente relacionada com a maior participação dos psicólogos, desde a década de 1980, junto aos movimentos de luta social, política e demais ações de afirmação de direitos. Tais participações ampliaram o espectro de preocupações, debates, responsabilizações e enga-

jamentos de nossa profissão, bem como possibilitou a efetivação de articulações entre os psicólogos e os setores progressistas da saúde (movimento de reformas psiquiátrica e sanitária) e também junto a grupos de militância voltados para a proteção da criança e do adolescente, da mulher e do idoso, direitos humanos e movimento sindical (Dimenstein, 1998; Vasconcelos, 2009).

A aprovação da Constituição de 1988 fez com que os movimentos sociais em conjunto com outros setores da sociedade brasileira exigissem da esfera governamental e legislativa a regulamentação dos direitos previstos na constituição recém-aprovada. Teve como resultado a efetivação do Estatuto da Criança e do Adolescente e o Sistema Único de Saúde em 1990, além da Lei Orgânica da Assistência Social/LOAS em 1993 e da regulamentação de outras políticas, mesmo considerando as dificuldades econômicas e políticas dado o contexto neoliberal que se aprofundava no país naquela época (Vasconcelos, 2009). A institucionalização desses campos de direitos e a abertura de vários serviços e programas de proteção e assistência à população, especialmente no campo da saúde, saúde mental e assistência social, acabaram por ampliar significativamente (e de forma mais sistemática) o ingresso dos psicólogos no campo das políticas públicas no Brasil (Oliveira, 2005).

Em função disso, a Saúde Pública e a Assistência Social se constituíram nos últimos anos em espaços privilegiados de absorção de psicólogos brasileiros. Ambos são atravessados pelos mesmos princípios: universalização, integralidade, descentralização e intersetorialidade (Campos, 2003); por conseguinte, buscam alcançar objetivos muito próximos que, inclusive, se complementam, pois, muitas vezes, tanto os equipamentos da Saúde quanto da Assistência Social atuam numa mesma base territorial assegurando à população-usuária níveis de seguridade social: 1) seja a partir de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde; 2) seja ainda com ações que garantam e promovam direitos sociais, a partir da prevenção e proteção dos chamados riscos sociais (Menicucci, 2002).

O foco dessas políticas é, no caso da saúde, priorizar ações com base na territorialização do cuidado, tanto em termos da assistência (ação clínica) à população-usuária, quanto de vigilância sanitária, epidemiológica e sobre o ambiente em que determinado grupo populacional reside (Campos, 2003). E no caso da assistência social, que também se refere a uma política que prioriza ações de base territorial, garante ações de vigilância, acompanhamento e proteção social de indivíduos, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade/risco social e pessoal, por não conseguirem prover seu sustento dado sua condição de exclusão dos processos produtivos, ou pela a exposição: a) frente à condição de pobreza, preconceito, exploração, violência e abandono/apartação familiar ou social; b) frente às situações de drogadição, alcoolismo, desemprego prolongado e criminalidade; além dos casos em que grupos populacionais são vitimados por situações de desastre e/ou acidentes naturais (MDS, 2004).

O encontro dos psicólogos com esses campos trouxe uma série de problematizações para a profissão, inclusive sobre a necessidade de se operar mudanças na sua base conceitual e técnica para atuação na saúde pública e na assistência social (Lo-Bianco, Bastos, Nunes & Silva, 1994; Dimenstein, 1998, 2006; Lima, 2005; Benevides, 2005; Campos & Guarido, 2007). Isso implica estarmos alerta com a prática de transposição do modelo clínico tradicional para contextos que pedem outros modos de ser trabalhador (Dimenstein, 2006; Benevides, 2005). Não raro, as equipes profissionais e a própria rede de serviços encontram-se permeados por modos de trabalho fragmentados, hierarquizados e burocratizados, ou seja, voltados apenas para a afirmação de práticas reducionistas (Campos & Guarido, 2007; Vasconcelos, 2009). Tais saberes e práticas quase sempre não levam em consideração as necessidades sociais de saúde e de proteção social, além de não atuarem na defesa de direitos que as populações em suas localidades requerem (Benevides, 2005). Além disso, observam-se situações em que os saberes especialistas desqualificam os projetos ou “ideais” de saúde e de vida (Paim, 2006) construídos, normatizados e reiterados, histórico-culturalmente, pela própria comunidade (ou mais singularmente, por cada indivíduo), na ma-

neira como organizam saberes, práticas e regimes de verdades sobre as formas como adoecem, como retomam seus estados de saúde, e como enfrentam suas dificuldades diárias.

Nesse sentido, consideramos que para atuar no campo da saúde e da assistência social (ou demais políticas) no Brasil se faz necessário, cada vez mais, uma redefinição dos processos de trabalho e de gestão nesse campo (Benevides, 2005; Dimenstein, 2006). Mas, para tanto, é preciso ter clareza, implicação e disposição afetiva quanto a operar modos de trabalho sob os pressupostos da ação territorial, em rede e intersetorial. Isso exige por parte dos profissionais o enfrentamento do modo clássico de organização dos processos de trabalho (e também de como os serviços estão organizados), inserir-se no trabalho em equipe e transitar por conhecimentos interdisciplinares, além de circular pelas comunidades (Dimenstein, 2006). Na verdade, tais ações demandam dos psicólogos a desinstitucionalização de práticas pouco permeáveis à complexidade da vida das pessoas, das condições de trabalho e dos cenários onde profissionais e usuários interagem.

Por isso, propomos com este estudo conhecer e discutir as experiências e desafios dos psicólogos que trabalham na atenção primária à saúde e na proteção social básica da assistência social, numa realidade específica entre umas das capitais do estado da federação. Nosso interesse é investigar sobre os efeitos produzidos no campo das práticas profissionais e no campo subjetivo (ou existencial) dos psicólogos que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). Foram objetivos desse estudo: a) pensar como esses profissionais atuam e se relacionam com os contextos em que estão inseridos; b) identificar o que esses campos têm pedido e exigido desses profissionais em termos de saberes, práticas e disposição afetiva para neles atuar; c) discutir quais pontos críticos esses profissionais têm lidado ao se inserirem nesses espaços.

Acreditamos que o modo como os profissionais problematizam o cotidiano, a forma como articulam/operam seus campos de saberes e práticas, têm implicações diretas na maneira como atuam, inclusive coletivamente e em rede, especialmente na disposição de produzir interferências naquilo

que está instituído, portanto, cronificado. Assim, é preciso conhecer as relações de forças que configuram os processos de subjetivação nesses espaços e mais ainda, é preciso mapear aquilo que resiste e escapa às relações de dominação e sujeição em que somos investidos e nos produzimos profissionais.

Diferentemente de décadas anteriores em que o psicólogo brasileiro se concentrava em consultórios/ambulatórios isolados e distantes da realidade e do cotidiano da população, hoje, os serviços de base territorial, vinculados à saúde pública e à assistência social, constituem-se como um campo consolidado de inserção profissional para nossa profissão.

No Rio Grande do Norte (RN), em especial Natal, nosso campo de pesquisa, a ampliação da presença da psicologia no campo das políticas sociais não é diferente. Somente na saúde existem 371 psicólogos na rede SUS em todo o estado, dos quais 222 estão localizados na capital e, desses, 31 atuam em Unidades Básicas/Centros de Saúde.¹ Na assistência social, contamos atualmente com 202 CRAS em 154 municípios, totalizando 193 psicólogos atuando no nível básico da assistência social em todo o estado. A cidade do Natal conta com 10 psicólogos nos cinco CRAS da cidade.

Estratégias metodológicas

Mapeamos comunidades que contassem tanto com serviços tipo USB quanto tipo CRAS numa mesma base territorial. O critério de escolha tomou como base a perspectiva da intersectorialidade das políticas de saúde e assistência social. Nesse aspecto, foram identificados 10 serviços (05 UBS e 05 CRAS) para a realização do estudo. Sobre os participantes da pesquisa, cada CRAS contava com dois psicólogos (10 profissionais), enquanto que cada UBS contava apenas com um psicólogo. Entretanto, só foi possível entrevistar três profissionais de UBS, pelo fato de que em duas das cinco unidades visitadas, o profissional estava afastado por licença saúde. Dessa forma, tivemos um total de 13 psicólogos entrevistados. Todos eles tiveram conhecimentos dos objetivos e procedimentos quanto

à realização desse estudo, e consentiram por escrito participarem do mesmo.

A seguir, organizamos um calendário de visitas para cada serviço, no intuito conhecer e vivenciar o seu funcionamento diário, o cotidiano de trabalho dos técnicos e a realidade social em que atuavam. Realizamos observação participante (registro no diário de campo) e entrevistas abertas. Nas entrevistas com os psicólogos priorizamos não só a descrição da rotina e das atividades desenvolvidas no serviço, mas principalmente as experiências e/ou situações que marcaram de forma singular suas atuações nos/entre os serviços e nas comunidades.

É importante ressaltar que o fato de termos visitado os espaços de atuação desses técnicos e conhecer seu cotidiano profissional, além das experiências advindas do seu encontro com uma determinada realidade social, isso possibilitou o mapeamento não só dos modos de atuar desses profissionais, mas uma espécie de “sobrevoo” por seus territórios afetivos. Para apresentar os resultados desse estudo, organizamos como categorias de análise: 1) os modos de atuar e os desafios de ser trabalhador na atenção básica da saúde e na proteção social básica da assistência social; e 2) os modos de se relacionar (e subjetivar) desses psicólogos em relação aos contextos de trabalho e os pontos críticos que têm que lidar ao atuar nesses espaços.

Resultados

Modos de atuar e os desafios de ser trabalhador na atenção básica da saúde e na proteção social básica da assistência social

De maneira geral, os profissionais entrevistados têm pouco tempo de formados e de atuação nos serviços. Nos CRAS, os profissionais têm pelo menos dois anos de formados e atuam no serviço há menos de um ano, enquanto que nas UBS os profissionais têm entre cinco e dez anos de formados, contando o mesmo tempo de atuação neste serviço. Quanto ao vínculo empregatício, os psicólogos dos CRAS são temporários, com contratos de trabalho de no máximo um ano, tendo neste serviço sua primeira

1 Disponível em <http://w3.datasus.gov.br/datasus/index.php?area=0203>

experiência profissional na psicologia. Enquanto que os psicólogos das UBS são estatutários, aprovados em concurso público.

Ao longo das entrevistas, percebeu-se que o tipo do vínculo empregatício, a remuneração e as condições de trabalho são fatores que configuram o trabalho no campo social como atravessado pela precarização das políticas públicas. No caso dos psicólogos dos CRAS, pelo fato de serem terceirizados, seus contratos de trabalho não asseguram garantias/benefícios trabalhistas (férias, 13º salário, licença saúde, etc.). Ou seja, ao mesmo tempo em que os técnicos dos CRAS têm de desenvolver permanentemente ações de seguridade social à população, eles próprios encontram-se descobertos de direitos e garantias. Além disso, são profissionais insatisfeitos com os seus salários (de no máximo dois salários mínimos), especialmente para o regime de trabalho exigido de 40h semanais. Como forma de complementar a renda, os mesmos acabam recorrendo à realização de trabalhos no período noturno, com a sublocação de consultórios em clínicas privadas, ou ainda com a realização de atividades de treinamento e seleção de pessoal em empresas de consultoria de recursos humanos ou escolas de formação de seguranças.

Outro fator complicador que tem contribuído para a precarização do trabalho nos CRAS é a rotatividade de profissionais que compõem as equipes de trabalho. Anualmente toda a equipe técnica é renovada com o término dos contratos de trabalho, afetando diretamente o rendimento das atividades desenvolvidas no serviço, além de fragilizar a articulação do trabalho em equipe e da realização das ações territoriais e em rede. Fato que se desdobra na fragilização dos vínculos entre os usuários e os profissionais do serviço, especialmente por não haver profissionais de referência para o acolhimento das demandas, ou para a realização de ações em conjunto com outros equipamentos da comunidade (UBS, escola, igreja, grupos de convivência etc.) no objetivo de intersectorializar as políticas. A consequência de tudo isso é a dificuldade de engajar os profissionais no desenvolvimento de suas ações técnicas e políticas, pelo o fato de os serviços da Assistência Social conviverem diuturnamente com a marca da precarização das condições de trabalho

e fragilização das relações técnico-profissionais no/entre os serviços.

Em relação à saúde, apesar dos psicólogos das UBS serem estatutários, a precarização das condições de trabalho está presente: a) na estrutura insuficiente para a realização de atendimento individual e grupal; b) na falta de material para o trabalho com o público infantil (reposição de material para a brinquedoteca); c) na pouca disponibilidade de transporte para realização de visitas domiciliares; d) na própria precarização da rede de serviços que não consegue dar o suporte necessário aos encaminhamentos, situação que inviabiliza, muitas vezes, a efetividade ou resolutividade das ações propostas nos serviços. Também insatisfeitos com seus rendimentos (entre três a quatro salários mínimos), mesmo trabalhando apenas 30 horas, os psicólogos das UBS complementam sua renda com um segundo local de trabalho, com atuação em clínicas privadas, na rede hospitalar privada e na docência do ensino superior.

Sobre o tipo de qualificação profissional, os psicólogos dos CRAS e UBS contam em geral com o título de especialização, sendo a maioria na área da psicologia hospitalar ou clínica. Além disso, recorrem aos saberes das abordagens clínicas (psicanálise ou abordagens de orientação analítica e abordagens humanistas/existenciais/fenomenológica) como orientações teóricas para embasarem suas práticas. Em termos das atividades desenvolvidas, grande parte é executada individualmente por cada profissional da equipe, prevalecendo pouco o trabalho interdisciplinar. As ações referidas como as mais frequentes foram: atendimento individual (psicoterapia e aconselhamento) e encaminhamentos, no caso dos psicólogos das UBS; e trabalho com grupos (informativo/orientação, educativo, de sensibilização, de convivência/apoio e terapêutico), triagem e encaminhamento, no caso dos psicólogos dos CRAS. Outras práticas também foram sinalizadas por ambos, apesar de menos frequentes, como: visitas domiciliares e articulação com outros equipamentos da comunidade (creche, escolas, associação de moradores, dentre outros).

Em relação à demanda atendida, os entrevistados referiram: a) dificuldade de comportamento de crianças e adolescentes na escola ou em casa/

comunidade; e b) questões relacionadas à saúde mental (depressão, ansiedade, pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno de personalidade, psicoses, drogadição) e à saúde em geral (gravidez na adolescência, comportamentos/hábitos pouco saudáveis que agravam o quadro da hipertensão, obesidade e outras doenças crônicas). Acrescente-se a isso problemas outros que também permeiam o cenário dessas comunidades, como: falta de emprego, pobreza, violência, maus-tratos, criminalidade, consumo de álcool e outras drogas e tráfico de drogas.

De uma maneira geral, os entrevistados reduzem sua leitura sobre as necessidades sociais e de saúde da população usuária apenas ao diagnóstico das queixas ou quadros clínicos, sem problematizar o modo como as demandas por uso de recursos de saúde, medicamentos, serviços, ações profissionais e benefícios sociais foram produzidos. Tal postura muitas vezes reforça, como bem discute Campos e Guarido (2007, p. 87), a demanda de “outros profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, professores, etc.) e instituições (conselho tutelar, escola, asilos, delegacias, judiciário, etc.)” por modelos de atenção que só reforçam o lugar clássico do *setting* e do *modus operandi* tradicional do psicólogo. Ou seja, são ações que consolidam ainda mais atuações centradas apenas nos sujeitos-problema sem levar em consideração a necessidade de se ampliar o olhar para os diversos outros elementos constitutivos que compõem o complexo campo problemático que tal problema aciona.

Dentre os entraves que obstaculizam a criação de dispositivos de análise/intervenção dos campos problemáticos que circundam as demandas requeridas pela população usuária está o forte peso que nossas teorias essencialistas ainda têm sobre a forma como percebemos, compreendemos, nos afetamos e pensamos o mundo (Campos & Guarido, 2007). Isso recai no quanto ainda embasamos nossos entendimentos por certos universais do que seja saúde e doença, ou do que seja sofrimento mental (e sofrimento psicossocial – como diria Sawaia (1995). Este, portanto, é um dos fatores que têm contribuído para o fato de termos avançado pouco no desenvolvimento de outras práticas no campo das políticas sociais, como por exemplo: o

incremento de ações de cuidado primário, do trabalho em rede e articulação atenção básica/saúde mental; da realização de ações da vigilância sanitária, da clínica ampliada, do acolhimento, do matriciamento de equipes da saúde da família e ações de promoção e prevenção de agravos em saúde; da realização de visitas domiciliares, oficinas terapêuticas e realização de atividades de planejamento e gestão do trabalho; além do desenvolvimento de ações intersetoriais pautadas pelos os princípios de co-responsabilização das ações, produção de vínculo e autonomia. Nesse aspecto, atuar de modo territorial requer, sem dúvida, um trabalho mais integrado e articulado, para que assim se aumente o grau comunicacional e o poder de intervenção dos serviços juntamente com outros equipamentos urbanos e sociais da comunidade.

Modos de se relacionar (e subjetivar) desses psicólogos em relação aos contextos de trabalho e os pontos críticos que têm que lidar ao atuar nesses espaços

Ao relatarem sobre o modo como atuavam nos serviços, bem como sobre as experiências, desafios e pontos críticos que surgiram ao terem que lidar com o trabalho territorial, registramos em nosso diário de campo tensões afetivas (e seus efeitos), além de alguns vetores de subjetivação expressos pelos técnicos ao narrarem o modo como conduziam e tentavam reorientar (ou não) suas práticas nesses campos.

Nesse sentido, os entrevistados destacaram que o encontro com o trabalho territorial na saúde (UBS) e na assistência social (CRAS), aproximou nossa profissão de uma realidade ainda distante da que comumente conhecemos e discutimos em nossa formação, como também da que lidamos nos clássicos lugares de atuação. As marcas desse encontro se expressam no mal-estar/desconforto relatado pelos técnicos ao atuarem nesses espaços. Além do surgimento de sensações como estranhamento, medo, impotência, frustração, compaixão e ressentimento pelo fato de os entrevistados não conseguirem atuar ancorados em certezas, na afirmação de identidades e na estabilidade dos eventos. Por outro lado, também acompanhamos a partir das

narrativas dos mesmos, momentos de potência e produção de movimentos de diferenciação em suas práticas técnico-profissionais. Inclusive, tendo algumas vezes, situações em que os entrevistados se reconheceram como geradores de ações coletivas e problematizadoras do modo como se posicionavam em relação aos entraves institucionais e burocráticos dos serviços em que atuavam.

De uma maneira geral, os relatos referiam sobre o quanto o encontro com comunidades, em geral de baixa renda, contribuíam para que eles próprios, os profissionais entrevistados, questionassem suas ferramentas de trabalho e o aparato técnico-teórico que utilizavam, especialmente por que se tratava de contextos que os colocavam em contato direto com pessoas expostas a um cotidiano de miséria, desproteção e violência. Ou seja, contextos que expunham os profissionais a situação de encontrarem-se face a face com seus próprios limites. Assim, os relatos dos entrevistados, ora e outra, nos lançava (eles e a nós próprios que os escutávamos, muitas vezes) em experiências abismais, que possibilitavam encontrarmos no cotidiano de suas práticas realidades ou posturas tidas como esquisitas ou estranhas, encontro com a diferença. Por se tratar, muitas vezes, de homens e mulheres extraviados/esvaziados de quaisquer possibilidades (de sobrevivência, emancipação, etc.) em suas vidas (Pelbart, 2004), o encontro com este universo marcava definitivamente a sensibilidade dos técnicos (e também a nossa ao acompanharmos suas narrativas no momento das entrevistas).

Nesse aspecto, o cotidiano de trabalho desses técnicos, não raro, os impelia a ter que se confrontar com situações de vida dos usuários que os deixavam profundamente mobilizados e muitas vezes impossibilitados de realizarem intervenções eficazes (no sentido de resolutivas). Além disso, deparavam-se constantemente com a falta de retaguarda institucional e/ou jurídica em relação aos casos que necessitavam resoluções imediatas. Por isso entendemos que atuar no “campo social”, ali onde a vida se produz, se fabrica e se modula (ou é produzida, fabricada e modulada) permanentemente, requer implicação do trabalhador.

Essa experiência incide, sem dúvida, de imediato em nossos territórios subjetivos (inclusive como

pesquisador) produzindo efeitos que desalinham nossas fronteiras identitárias, visto que a intensidade do encontro com essas realidades distintas, com uma pluralidade de forças que geram inúmeras sensações, imagens, pensamentos e ações, indica que não há como sair ileso de tais experiências.

Pormenorizando o movimento de alguns afetos que conseguimos cartografar na medida em que os técnicos produziram suas narrativas sobre as experiências no serviço, identificamos em relação ao mal-estar, que o mesmo derivava tanto dos questionamentos sobre a falta de suporte teórico-técnico e gerencial para melhor desenvolverem suas funções, quanto em relação à precarização das condições de trabalho (questões salariais, falta de estrutura física, de capacitação e autonomia para o desenvolvimento das atividades). Ou seja, condições que acarretavam entre os técnicos frustrações visto não realizarem o seu trabalho da forma idealizada. Porém, o que mais chamou nossa atenção ao longo das entrevistas foram as expressões de inconformação e desconforto dos profissionais em relação à realidade social que atuavam e a clientela que atendiam.

Estava numa atividade grupal e quando vi o público o qual estava me dirigindo, me dei conta de como era difícil estar ali naquela situação! Como podíamos falar de saúde, se o básico não existia: roupa, casa, comida? Nesse dia minha única vontade foi largar tudo e nunca mais voltar! (E1-CRAS)

Por repetidas vezes, os entrevistados relataram que se sentiam apenas como meros espectadores frente ao sofrimento e as demandas sociais de indivíduos e famílias que atendiam. O incômodo desses técnicos com tal realidade era disparado por se sentirem impotentes frente a um cenário que, sem dúvida, os lhes exigia um tipo de atuação diferente, ou seja, mais coletiva e política, além de problematizadora das condições sociais e das relações de forças que se produziam nesses espaços. O resultado disso era que muitos desses profissionais acabavam resguardando-se apenas em seu saber técnico como forma de manterem-se seguros frente a esse território diverso e problemático que é o campo das políticas sociais.

Quando eu cheguei ao CRAS... É... Foi assustador (risos). Porque tem essas coisas novas... Aqui, a gente tem que aprender fazendo. Coisas que não fazemos no consultório e não vemos na faculdade... Trabalhar aqui é conviver com o estranhamento, é estar dentro da casa do usuário, lidando com suas questões de maneira aberta. Ele falando de problemas de drogas com o filho, estando o garoto ali na tua frente! E você calada, dentro da casa, vendo tudo aquilo e olhando para as verdadeiras condições de vida daquela gente. É difícil! E agora? Atento para as questões do pai, do filho, da casa, da mãe... Não olho! Atento somente para o psicológico? Não olho! E... [...] Não sei, é difícil viu! Acho que só aos poucos é que percebemos que isso não é só uma experiência profissional, um lugar de passagem: 'onde chego aqui', 'consegui meu primeiro emprego', 'valorizo meu currículo', e 'depois parto para uma coisa melhor'. Aqui é uma experiência de vida! Essa, sem dúvida, é uma experiência que tem me marcado profundamente. Penso nela assim que posso para ver o que estou aprendendo com esse lugar, com as pessoas que aqui circulam, os profissionais, etc. Mas as vezes não a retomo, por medo! (E4 - CRAS).

Nesse sentido, a realidade cotidiana dos profissionais se configurava como geradora de grandes incertezas, seja pelo fato de não terem claro (ou por não conseguirem delimitar) as fronteiras/papel/lugar da psicologia nesses campos, seja por não conseguirem se reconhecer enquanto trabalhadores vinculados às políticas sociais. Tais espaços de trabalho desterritorializam, sem dúvida, não só os saberes e práticas profissionais hegemônicas da psicologia, como também suas próprias verdades pessoais e a identidade profissional.

A impotência também se evidenciava nos casos em que os técnicos se deparavam com situações em que não sabiam o que fazer frente às demandas apresentadas, pois ora esbarravam na burocracia dos serviços ou na falta de estrutura, ora ficavam reféns da falta da rede de apoio de cuidado sócio-institucional (ações, serviços e programas) que atendessem as necessidades da população.

Vou ser sincero com você, tem situação aqui que eu não olho, eu não agüento olhar, sabe?! Para mim, isso é horrível, mas se eu sei que não tenho condições e o

próprio serviço também não tem como ajudar, encaminhando direto! [...] Aqui tudo é muito forte! Não dá para separar o profissional do pessoal não! Tudo aqui nos envolve de todos os lados. Temo ficar uma pessoa indiferente com as outras! (E2 - UBS).

Em função disso, muitos desses técnicos recorriam, algumas vezes, à “amortização” dos próprios afetos, especialmente frente aos casos que extrapolavam suas condições de intervenção.

Nas situações de limite como a pobreza, à dependência química e situações de pessoas envolvidas com o tráfico, eu bloqueio! São situações em que fico impossibilitado de propor algo, de ir além do que está no nosso script profissional. Travo mesmo! Com isso eu deixo passar situações/experiências em que possa escutar mais, questionar a respeito e insistir mais com esse usuário, no sentido de mobilizar a unidade de alguma forma. Meio a isso ainda tem outro limitante que é o próprio serviço, pois a maneira como os técnicos conduzem os atendimentos, e por já agirem meio que ‘naturalizados’ com essas situações; isso tudo me coloca ainda mais, num beco sem saída. É nesse sentido que vem a travação mesmo! (E1 - UBS).

A compaixão e a piedade são outro exemplo de reações muito presentes no cotidiano desses profissionais em relação às condições de vida dos usuários, especialmente quando se trata de situações emergenciais: abrigo, roupas, alimentos, remédios, proteção e atendimento psicossocial nos casos de violência e agilidade no atendimento médico especializado, etc. Nesses casos, os entrevistados relataram sentir-se bastante impotentes quando têm que desenvolver ações coletivas com vistas a promoção do auto-cuidado, da auto-gestão e da articulação política dessa população para reivindicar direitos. Além disso, reconhecem que a dificuldade de organização política não é apenas da população usuária, mas deles, enquanto técnicos, que não conseguem articulação entre os trabalhadores para reivindicarem direitos e melhorias, nem mesmo em relação às suas condições de trabalho (vínculo empregatício, salários, carga horária, material para o desenvolvimento das atividades programadas, dentre outros).

Afora o estranhamento, a impotência e a frustração vividos cotidianamente, ainda observamos outro afeto nas narrativas desses profissionais. Falavam com ressentimento sobre o funcionamento dos serviços, bem como sobre o modo com que os usuários lidavam com a sua própria realidade. E ainda, relataram de maneira queixosa que o serviço ou a política local estavam estruturados de modo a não permitir a realização das suas atividades, pois faltavam recursos e estrutura necessária para o trabalho com crianças e atividades grupais, por exemplo. Sobre a população, reclamavam que havia pouca consciência em relação às suas condições de vida e da sua responsabilidade quanto à educação dos filhos e à manutenção da sua saúde e de seus familiares (crianças, adolescentes e idosos), ou mesmo em relação à necessidade de reivindicação dos seus direitos e denúncia de ilegalidades. Assumiam uma posição crítica em relação ao Estado, mas não problematizavam suas participações quanto ao modo como desenvolviam suas práticas e contribuía com a manutenção dessa realidade a partir da delimitação de modos instituídos de viver e da produção de verdades ancoradas em um discurso técnico atravessado de valores, de uma moral.

Ao longo das entrevistas também identificamos o movimento de certos afetos/pensamentos geradores de campos de potência quanto à transformação dos modos de agir (ou pelo menos de se posicionar) frente à realidade e condição que esses técnicos se encontravam. Inclusive, por que alguns deles tentaram, em alguma medida, operar movimentos de diferenciação de suas práticas, e também contagiar uns aos outros para se reposicionarem em relação aos entraves institucionais e burocráticos das políticas sociais. A esse respeito, Baptista (2000) refere que o encontro com o inenarrável borra tanto os nossos limites pessoais quanto os limites em que temos sido “fabricados” como profissionais. Agamben citado por Pelbart (2004, p. 139) sinaliza que é preciso mesmo “deixar-nos levar por tais experimentos”, pois por meio deles “arriscamos [...] nossos modos de existência”, bem como abrimos caminhos para uma constituição diferente do que somos. É por essa via que apostamos que o modo como esses profissionais são afetados e problematizam tais experiências têm implicação direta, inclu-

sive coletivamente, na produção de interferências naquilo que está instituído, cronificado no cotidiano desses serviços.

Considerações finais

O encontro dos psicólogos com o campo das Políticas Sociais exige o reconhecimento dos modos com que nos produzimos nesses espaços, tanto quanto a reflexão sobre as estratégias provisórias que esses espaços demandam da nossa profissão. Ou seja, são campos que pedem um profissional que circule por entre os espaços da comunidade: ruas, becos, esquinas, casas, praças, etc. Portanto, uma profissão que possa se misturar com o cheiro, o suor e o sol impietoso da rua; e mais: que possa “abrir seu corpo” (Gil, 2004, p. 13) e captar/cartografar os mais ínfimos e invisíveis movimentos em nossos territórios afetivos e psicossociais, que seja sensível às variações das formas e fluxos da vida, bem como de seus espaços de luta – devir clínico-político.

Enquanto continuarmos a operar no campo das políticas sociais no Brasil, especialmente nos serviços de base territorial, com posturas pouco sensíveis a produzir potenciais de diferença na forma como reconhecemos/intervimos nos “problemas”, apenas reforçaremos a pouca efetividade do nosso fazer profissional, mantendo assim nosso clássico *modus operandi* de atuação, inclusive transferido para o campo social. Como operadores de uma micropolítica cotidiana, não podemos esquecer que na medida em que interferimos na forma como as pessoas vivem, pensam, sentem, sofrem, agem e se relacionam, estamos em nosso trabalho, constantemente, enredados em algumas encruzilhadas. Ora fazemos o jogo da reprodução de modelos de forma a serializar e fixar identidades a partir de modos de vida hegemônicos, ora experimentamos modalidades de ação que favorecem o encontro de outros possíveis ou novas configurações que agenciam processos de luta e singularização, mesmo que provisórios. Por isso, precisamos estar atentos com os movimentos de constituição, reprodução e invenção de territórios existenciais nesses campos de atuação profissional, pois são dinâmicos e requerem com certa urgência definições e posicio-

namentos da categoria. Até porque atuar nesses espaços requer dos profissionais o exercício de terem que lidar, cotidianamente, com a possibilidade de romper certos clichês e experimentar e/ou perceber novas possibilidades de reversão vital/profissional, técnica/política, na possibilidade do surgimento de coletivos que pode se anunciar nesses contextos (Perbart, 2004). E assim, quem sabe, possamos reafirmar o agir criativo de atuar nessas políticas (saúde e assistência social), constituídas historicamente a partir da luta dos movimentos sociais (dimensão sócio-política) com plataformas reivindicatórias e de críticas à realidade brasileira, de maneira a configurar (e manter) o campo social como um espaço em permanente reconstrução, no desejo de invenção da vida, da saúde e da cidadania do nosso povo.

Agradecimentos

Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil, na forma de bolsa de estudos ao primeiro autor.

Referências

- Baptista, L. A. S. (2000). *A fábrica de interiores: a formação psi em questão*. Niterói: Editora UFF.
- Bastos, A. V. B., Gondim, S. M. G. & Rodrigues, A. C. A. (2010). Uma categoria profissional em expansão: quantos somos e onde estamos? In A. V. B. Bastos & S. M. G. Gondim (Orgs.), *O trabalho do psicólogo no Brasil* (pp. 32-44). Porto Alegre: Artmed.
- Benevides, R. (2005). A psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17 (2), 21-25.
- Campos, F. C. B. & Guarido, E. L. (2007). O Psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In M. J. P. Spink (Org.), *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 81-104). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Campos, G. W. S. (2003). *Saúde paidéia*. São Paulo: Editora Hucitec.
- Conselho Federal de Psicologia, CFP (1988). *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: Edicon.
- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3 (1), 53-81. Recuperado em 25 de março de 2009, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a04v03n1.pdf>.
- Dimenstein, M. (2006). A prática dos psicólogos no Sistema Único de Saúde/SUS. In CFP, Conselho Federal de Psicologia (Org.), *I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS* (pp. 8-16). Brasília-DF: CFP.
- Gil, J. (2004). Abrir o corpo. In T. M. G. Fonseca & S. Engelman (Orgs.), *Corpo, arte e clínica* (pp. 13-28). Porto Alegre: Editora UFRGS.
- Lima, M. (2005). Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em uma Unidade Básica de Saúde. *Psicologia em Estudo*, 10 (3), 431-440.
- LoBianco, A. C., Bastos, A. V. B., Nunes, M. L. T. & Silva, R. C. (1994). Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação* (pp. 7-79). Brasília: CFP.
- Macedo, J. P. & Dimenstein, M. (2011). Expansão e interiorização da Psicologia: reorganização do saberes e poderes na atualidade. *Psicologia Ciência e Profissão*, no prelo.
- Menicucci, T. M. G. (2002). Intersetorialidade: o desafio atual para as políticas sociais. *Pensar BH. Política Social*, 3, 0-13.
- Ministério do Desenvolvimento Social. MDS (2004). *Política nacional de Assistência Social. Sistema Único de Assistência Social – SUAS*. Brasília, DF: MDS.
- Oliveira, I. M. F. (2005). *A psicologia no sistema de saúde pública: diagnóstico e perspectivas*. Tese de doutorado não publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Paim, J. S. (2006). Planejamento em Saúde para não especialistas. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drumond Júnior & Y. M. Carvalho (Orgs.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 767-782). São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz.

Pelbart, P. P. (2004). O corpo, a vida e a morte. In E. Passetti (Org.), *Kafka, Foucault: sem medos* (pp. 139-155). Cotia, São Paulo: Ateliê Editora.

Sawaia, B. B. (1995). A dimensão ético-afetiva da classe trabalhadora. In S. T. M. Lane & M B. B. Sawaia (Org.), *Novas veredas da psicologia social* (pp. 157-168). São Paulo: Brasiliense/EDUC.

Vasconcelos, E. M. (2009). Apresentação. Os vários significados deste livro de psicologia e de sua perspectiva de engajamento social no contexto brasileiro atual. In M. Dimenstein (Org.), *Produção do conhecimento, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em psicologia* (pp. 9-17). Natal, RN: Editora da UFRN.

Fecha de recepción: 24 de enero de 2011
Fecha de aceptación: 27 de marzo de 2012