

Política Social e Psicologia: Uma Trajetória de 25 Anos

Oswaldo Hajime Yamamoto¹

Isabel Fernandes de Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

RESUMO - O objetivo do presente trabalho é, partindo da análise da evolução das políticas sociais no Brasil pós-1985, tratar do processo de inserção profissional dos psicólogos no campo do bem-estar social. São examinados, especialmente, a saúde pública e a assistência social, setores nos quais a inserção dos psicólogos se deu de maneira mais expressiva e sistemática nestes 25 anos. A adequação dos modelos consagrados de atuação profissional nesses novos campos, questões relativas à formação acadêmica para a atuação nesses novos setores e os limites impostos pelas próprias políticas sociais para a prática profissional são discutidos.

Palavras-chave: Psicologia; políticas sociais; saúde pública; assistência social.

Social Policy and Psychology: A 25-Year Trajectory

ABSTRACT – Based on the analysis of the evolution of Brazilian social policies after 1985, the present study examined the professional insertion process of psychologists into the field of social welfare. Public health and social assistance, which are the areas where the insertion of psychologists was more expressive and systematic in the last 25 years, were examined. The suitability of traditional models of professional practice in those new fields, issues regarding the academic training needed for working in those new areas, and the limits imposed by social policies for professional practice are discussed.

Keywords: Psychology; social policies; public health; social assistance.

Pouco menos de dois anos após a regulamentação da profissão de psicólogo, o Brasil mergulhou em mais um longo período ditatorial, de “exceção” no plano político e de obscurantismo no plano cultural.

O impacto desse período no evoluir da Psicologia no Brasil ainda é um tema em aberto. É bem verdade que no primeiro período de “institucionalização da doutrina da segurança nacional” do ciclo autocrático-burguês², a hegemonia política da direita não teve correspondência no plano cultural (Schwarz, 1970). Mas é igualmente inegável o impacto da ditadura no âmbito acadêmico a partir do segundo período, com o emblemático Decreto-lei nº 477, de fevereiro de 1969, que institucionaliza a repressão e o controle ideológico no interior da academia (Germano, 1993; Netto, 1990).

É nesse contexto histórico, de suspensão dos direitos fundamentais, incluídas as liberdades de organização e de expressão, que a Psicologia, profissão e formação profissional, se desenvolve no Brasil. Sem buscar linearidades entre esse cenário e o perfil profissional que se desenha nos primeiros 20 anos, mas assumindo o pressuposto de que as condições históricas fornecem o contexto cuja consideração é indispensável para o estudo de qualquer fenômeno social, verificamos que a realidade da profissão – marcada pelo

elitismo e pela escassa consideração das demandas sociais – não era estimulante (e.g., Botomé, 1979; Mello, 1975).

O ano de 1985 – que é a nossa referência pela criação do periódico *Psicologia: Teoria e Pesquisa* exatamente na Universidade de Brasília, uma das instituições mais brutalmente atingidas pela violência política e policial, como muito bem testemunha Darcy Ribeiro (1978) – é igualmente o marco do final do ciclo autocrático-burguês, incapaz de se reproduzir e de enfrentar a crise econômica e social do terceiro e último período. A busca por novas bases de legitimação política, esgotados os efeitos do “milagre econômico”, estabelece condições para a reorganização de diversos segmentos da sociedade civil, dentre os quais, os intelectuais (Pécaut, 1990; Yamamoto, 1996). É no processo de resistência contra o regime autocrático-burguês que o campo profissional também se politiza – e sobrevém um período de intensa mobilização e discussão dos rumos das diversas categorias profissionais.

Muito embora o estabelecimento de marcos cronológicos precisos possa mascarar a realidade como processualidade, não nos parece impropriedade tomar o fim do ciclo autocrático-burguês, mesmo num processo longo e transacionado “pelo alto” (Netto, 1990), como uma referência para uma inserção mais sistemática dos psicólogos brasileiros no campo do bem-estar social público. É, portanto, essa trajetória de 25 anos de inserção profissional da Psicologia no campo das políticas sociais³ – que coincide com o período em que a revista *Psicologia: Teoria e Pesquisa* se firma como uma das

1 Endereço para correspondência: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Psicologia, Caixa Postal 1622. Natal, RN. CEP 59078-970. E-mail: oswaldo.yamamoto@gmail.com; fernandes.isa@gmail.com.

2 De acordo com a periodização de Alves (2005), o primeiro dos três períodos do ciclo da ditadura se estende do golpe civil-militar de abril de 1964 até “o golpe dentro do golpe”, com a decretação do Ato Institucional nº 5, em dezembro de 1968.

3 Mais especificamente, em segmentos que fazem parte do que classicamente se denomina de “seguridade social”, saúde e assistência social.

referências na difusão do conhecimento psicológico no Brasil – que procuraremos abordar nas páginas que se seguem.

Definindo Política Social

Política é conflito, afirma Abranches (1985), e, como tal, política social, parte do processo de alocação e distribuição de valores, é campo de oposição e contradição de interesses. Santos (1987) propõe considerar política social como aquela que ordena escolhas trágicas segundo um determinado princípio de justiça, consistente e coerente.

As políticas sociais têm sido, consonante com as definições acima, estudadas como estratégias estatais para a resolução de problemas sociais particularizados e sua eficácia discutida nos diversos setores aos quais elas se vinculam. Todavia, um tratamento adequado das políticas sociais nos marcos do modo de produção capitalista demanda a consideração das chamadas questões de fundo, ou seja, os fundamentos na esfera do Estado para a definição das políticas públicas⁴. E essa tarefa requer a remissão à chamada “questão social”.

Questão social pode ser definida como o conjunto dos problemas políticos, sociais e econômicos postos pela emergência da classe operária no processo de constituição da sociedade capitalista; em suma, a manifestação no cotidiano da vida social da contradição capital-trabalho (Yamamoto & Carvalho, 1983; Netto, 2007). Como tal, ela não se constitui uma condição acessória e transitória, mas constitutiva do desenvolvimento capitalista, com seus diferentes estágios produzindo diferentes manifestações. Com o protagonismo da classe operária no cenário europeu em meados do século XIX, a questão social passa a ser tratada como questão política (Pastorini, 2004). Transforma-se em objeto de intervenção sistemática por parte do Estado, mas de forma fragmentária e parcializada: política social transmuta-se em políticas sociais, correspondendo às diferentes expressões da questão social – e assim enfrentadas.

Abordar as políticas sociais em uma determinada formação econômico-social como resposta às diferentes expressões da questão social requer a consideração das particularidades histórico-culturais e nacionais (Netto, 2007). É o caso das políticas sociais postas em prática pelo Estado brasileiro nos últimos 25 anos, nas suas diferentes modulações, superando os anos de chumbo do período autocrático-burguês, contexto para a inserção profissional do psicólogo no campo do bem-estar social.

Para efeito da análise subsequente, acompanhamos a organização proposta por Draibe (2003)⁵ de agrupamento dos programas sociais públicos em três conjuntos: “os universais (educação e saúde); os programas de seguridade social, emprego e renda (previdência social, programas de capacitação e inserção produtiva); e os programas voltados para a pobreza (assistência social, programas de combate à pobreza e subsídios monetários às famílias)” (p. 77).

4 Retomamos parcialmente os desenvolvimentos propostos em texto anterior que buscava articular as políticas sociais com o chamado “compromisso social do psicólogo” (Yamamoto, 2007).

5 Embora não a análise sobre o sistema de proteção social no governo Fernando Henrique Cardoso que acompanha o texto (Draibe, 2003).

Netto (1990) sustenta a tese de que a formação do Brasil moderno é configurada por uma particularidade histórica que estabelece um padrão de relação do Estado com a sociedade civil, marcada por processos diretivos da sociedade sendo decididos “pelo alto” e pela neutralização das possibilidades de emergência de projetos societários alternativos que sejam expressão dos interesses das classes subalternas.

A partir desse enquadramento, torna-se possível a compreensão da política social brasileira pós-1930 a partir da noção cunhada por Santos (1979) de “cidadania regulada”, ou seja, definida legalmente por um sistema de estratificação ocupacional. É a base para o estabelecimento de políticas sociais guiadas por práticas elitistas e populistas de intervenção estatal (Abranches, 1985), padrão que não é rompido; antes, é aprofundado pelo regime autocrático-burguês instaurado em 1964. A negociação desigual e controlada é substituída pela repressão e intervenção nas organizações populares (Abranches, 1985), o que leva Santos (1979) a caracterizar o período como o da “cidadania em recesso”. Aureliano e Draibe (1989) resumem a lógica da política social desse período: uma aproximação do modelo “meritocrático-particularista fundado na capacidade contributiva do trabalhador e num gasto público residual financiado por um sistema tributário regressivo” (pp. 58-59). E completa: “um sistema não redistributivo e montado sobre um quadro de grandes desigualdades e de misérias absolutas...” (pp. 58-59).

Sob a égide da lógica meritocrático-particularista, no contexto da modernização do Estado brasileiro que se operou num quadro do aprofundamento das desigualdades sociais, a autocracia-burguesa promove a expansão e a institucionalização das políticas sociais. Uma modernização que, evidentemente, não é capaz de fazer frente à imensa “dívida social” acumulada até então. Alguns dados são suficientes para delinear um quadro geral.

Em 1980, 52% dos domicílios e 60% das famílias encontravam-se abaixo da linha da pobreza, tomando por parâmetro o limite de três salários mínimos. Em ordem de grandeza, a pobreza atingia a 17 milhões de famílias e 68 milhões de pessoas (Abranches, 1985). Evidentemente, as condições de vida que estão na base desse quadro de destituição não poderiam ser diferentes: baixa expectativa de vida (54,8 anos para quem tinha uma renda de um salário mínimo em 1980); altas taxas de mortalidade infantil (113,2 por mil nascidos para um salário mínimo contra 56,3 por mil para cinco salários mínimos, em 1976); deficiências alimentares (58% da população com idade inferior a 18 anos com diferentes níveis de desnutrição, em 1975); exclusão escolar (97% das crianças fora da escola pertenciam a famílias com renda per capita de até meio salário mínimo).

É nesse cenário que se processa a transição democrática no Brasil.

Estado e Políticas Sociais Pós-1985 Transição Democrática e a “Nova República”

A transição democrática que se inicia no final do ciclo autocrático-burguês, ainda que transacionada “pelo alto”, é marcada por uma intensa mobilização popular, cujo momento emblemático é o movimento pelas “Diretas Já”.

Esse processo de redefinição das regras políticas na busca do estabelecimento do Estado democrático de direito ganha materialidade a partir de 1985, período conhecido como o da “Nova República”, com a tarefa atribuída ao Congresso Nacional (Constituinte) de elaborar uma nova carta constitucional. Ainda que não fosse conduzida por uma Assembléia Nacional livre e soberana, pleito dos movimentos sociais, a Constituinte passa a ser palco de acirradas disputas políticas e esperança de mudanças para amplas camadas da sociedade brasileira. O texto constitucional resultante, a chamada “Constituição Cidadã”, resultado da intensa mobilização popular⁶ e do embate político-ideológico que marca a agenda política dos anos 1980, mescla avanços significativos no campo social com a manutenção de traços conservadores.

E quanto às políticas sociais no período da “Nova República”? Há dois aspectos que devem ser destacados. De uma parte, uma avaliação global das políticas sociais, a despeito da manifestação da priorização da área social, mostra que os avanços foram pífios. Conforme Behring e Boschetti (2007), mantém-se “o caráter compensatório, seletivo, fragmentário e setorializado da política social brasileira” no período (p. 144). As proposições nos diversos segmentos – previdência, saúde, educação e assistência social – não foram implementadas pelo governo José Sarney. De outra parte, no entanto, é importante reconhecer que o movimento popular que estava na base do embate político do período, sobretudo, da luta constitucional, logrou alcançar algumas conquistas no marco legal, que ainda necessitariam de anos para sua implementação efetiva (ainda que parcial). O marco mais importante desse movimento, e talvez a conquista mais expressiva, foi no campo sanitário, que tem como emblema a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, com a proposição do então Sistema Único de Saúde (SUS) e do conceito de saúde integral (Behring & Boschetti, 2007)⁷. Esse período é também marcado pelas mudanças no texto constitucional relativas à Seguridade Social que, especialmente no tocante à esfera dos direitos sociais em áreas específicas como o movimento em defesa dos direitos de crianças e adolescentes, resultaria, anos mais tarde, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Portanto, embora mudanças substanciais nas políticas sociais não tivessem sido a marca do governo Sarney, é inegável que a forte politização dos movimentos sociais (e profissionais) no enfrentamento da autocracia-burguesa em seu último ciclo propiciou avanços que não podem ser desprezados. O aspecto mais importante é que tais avanços foram conquistados devido a essa conjuntura política particular no caso brasileiro, na contra-corrente da tendência neoliberal que já se esboçava como um movimento planetário.

Ajuste neoliberal; desajuste social

É compreensível a afirmação de um eminente representante da direita brasileira, Roberto Campos, de que a

6 Para se aquilatar o intensidade dessa mobilização, basta lembrar que as 122 emendas populares foram assinadas por nada menos de 12.277.423 brasileiros (Boschetti, 2006)!

7 Exames mais detalhados das políticas específicas, nomeadamente aquelas que estão mais diretamente relacionadas à categoria profissional dos psicólogos, serão objeto das seções seguintes.

década de 1980 seria a “década perdida”. Afinal, enquanto o Brasil esboçava um sistema de proteção social que mais se aproximou de um *Welfare State*, mesmo com todas as limitações indicadas, o mundo estava mergulhado em uma crise econômica que se estendia desde o segundo quartel da década anterior, traduzida por uma profunda recessão, baixas taxas de crescimento econômico e explosão das taxas de inflação – cenário para o desenvolvimento do ideário e da agenda neoliberais.

O neoliberalismo é fundamentalmente um conjunto de proposições políticas conjugando uma atualização do liberalismo com formulações conservadoras e oriundas do darwinismo social (Draibe, 1993). Como tal, a própria agenda se adapta às conjunturas nacionais específicas nas quais se implanta. A agenda consiste, basicamente, da contração da emissão monetária, da elevação das taxas de juros, da diminuição da taxa sobre os altos rendimentos, da abolição de controles sobre os fluxos financeiros, da criação de níveis massivos de desemprego, do controle e repressão do movimento sindical, do corte dos gastos sociais pela desmontagem dos serviços públicos e um amplo programa de privatizações, tendo como premissas fundamentais o estabelecimento do mercado como instância mediadora e um “Estado mínimo”.

O ciclo de governos de inspiração neoliberal que apenas se inicia no governo Fernando Collor de Mello em 1990, mas encontra sua expressão máxima nos dois mandatos do presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC) (1995-2003), promove um amplo programa de reformas, a chamada “Reforma do Estado” (consubstanciado no Plano Diretor da Reforma do Estado – PDRE/MARE, estruturado pelo Ministro Bresser Pereira). Os eixos principais são coincidentes com o receituário neoliberal antes mencionado⁸.

A questão crucial é a diferença dos contextos sociais nos quais a agenda neoliberal se implantou nos países industrializados e daqueles ditos “emergentes”. Mesmo com o esboço do *Welfare State* à brasileira, que promoveu melhoras em alguns índices específicos (como o aumento da expectativa de vida, dos níveis de escolarização, diminuição da mortalidade infantil, para citar alguns indicadores), o Brasil era classificado como de “médio desenvolvimento humano” a partir dos indicadores do Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento (PNUD) (*United Nations Development Programme*, 2002).

Conquanto a classificação fosse de “médio desenvolvimento humano”, a situação de desigualdade social no Brasil era alarmante: em 1990, aproximadamente 40 milhões de brasileiros (de uma população estimada em 147 milhões) estava na ou abaixo da linha da pobreza; 32 milhões desses estavam em situação de indigência (Soares, 2001). Nesse quadro, o impacto da agenda neoliberal não poderia deixar de ser devastador.

8 Há peculiaridades no ajuste neoliberal no Brasil comparativamente, por exemplo, aos casos mexicano ou chileno. Além da fragilidade da economia, o contexto político dos últimos anos do ciclo autocrático-burguês até meados da década de 1990, retardam a adoção *in totum* do receituário do Fundo Monetário Internacional e dos preceitos do Consenso de Washington comparativamente aos demais países latino-americanos, muito embora sincronizados em suas linhas gerais. Análises das diferentes formas assumidas pela agenda neoliberal são apresentadas por Laurell (1995) e Soares (2001).

Para além do aspecto regressivo do gasto público no setor social, um aspecto que nos importa na discussão sobre o tratamento das políticas sociais no neoliberalismo diz respeito à sua “refuncionalização”⁹, que compreende dois processos articulados, a “precarização” e a “privatização” dos serviços.

A precarização é operada por meio de dois mecanismos: a descentralização dos serviços (que implica a transferência, aos níveis locais do governo, da responsabilidade pela oferta de serviços, deteriorados e sem financiamento) e a focalização (introduzindo um corte de natureza discriminatória para o acesso aos serviços sociais básicos pela necessidade de comprovação da “condição de pobreza”, resgatando a lógica da “cidadania regulada”). A privatização (total ou parcial) dos serviços se processa pela (re) mercantilização (com a transformação dos serviços sociais em mercadorias, “oferecidos” no mercado ao consumidor, configurando uma nova forma de apropriação de mais-valia do trabalhador) e a (re)filantropização das respostas à “questão social”, ou seja, a transferência para o âmbito da “sociedade civil” de parte da responsabilidade pela oferta de serviços (voluntários), sobretudo, para as parcelas “excluídas” – processo no qual o chamado “terceiro setor” desempenha papel fundamental.

A responsabilidade pelas sequelas da “questão social”, no projeto neoliberal, passa do Estado para uma “parceria” com dois outros “setores”, o mercado (privatização) e a sociedade civil (ação solidária, filantrópica, voluntária). A consequência desse processo é um atendimento segmentado, com oferta de serviços de qualidade diferenciada conforme a capacidade de pagamento do usuário¹⁰. Ao tratar de outros “setores” da sociedade civil, não estamos mais nos referindo aos movimentos sociais ou populares organizados das décadas anteriores, mas a um conjunto de organizações não governamentais (ONGs) as mais diversificadas, que tem como uma importante consequência a despolitização dos conflitos sociais. E, nunca é demais lembrar: como um dos elementos do tripé responsável pela intervenção no campo social, tais organizações estabelecem “parcerias” com o Estado, sendo repositórios da transferência de recursos públicos por meio do chamado “fundo público”¹¹ (uma das facetas da privatização antes aludida).

9 Acompanhamos, aqui, as análises de Montañó (2002) e Yamamoto (2007).

10 A lógica geral passa a ser algo como: (a) estatal-gratuito-precário; (b) privado-mercantil-boa qualidade; e (c) filantrópico-voluntário-qualidade questionável (e virtual ausência de controles). Não é possível tratar dos problemas relativos à “setorização” da sociedade, que vão desde a própria divisão do social em “setores” autônomos, a noção de sociedade civil, a possibilidade de intermediação do público e privado, a identificação da sociedade civil com o “terceiro setor” – apartado do mercado – etc. A vasta literatura acerca do “terceiro setor” costuma identificar as entidades do “terceiro setor” como organizações privadas (não governamentais), sem fins lucrativos, autogovernadas e de associação voluntária, uma classificação demasiadamente ampla e pouco elucidativa.

11 A transferência de recursos públicos para o setor privado nos remete para uma discussão relativa à chamada “crise fiscal do Estado” (conforme tese de O’Connor, 1977). Para uma discussão das políticas sociais, é importante recuperar o tratamento dado por Francisco de Oliveira (1988) à questão do impacto do fundo público na equação do Capital, o principal responsável, segundo essa análise, pela implosão do *Welfare State*.

Em síntese, a política social de perfil neoliberal que se inicia no governo Collor gradativamente se distancia dos preceitos da Constituição de 1988, no que esta apresentava de mais progressista, e assume mais claramente a perspectiva seletiva e focal das obrigações do Estado (Soares, 2001). Mudanças no setor da Saúde que desfiguraram a proposta do Sistema Unificado de Saúde, procrastinação e restrições na legislação complementar na área da Seguridade Social (Lei Orgânica de Assistência Social, Lei de Custeio da Previdência Social, Lei Complementar de Regulamentação do Seguro-Desemprego) são marcas da desmontagem neoliberal das políticas sociais do período.

Conforme Cohn (1999), “reproduz-se assim, uma vez mais, a concepção segmentada da questão social e, em decorrência, a formulação e implementação de políticas sociais setorializadas sem um projeto para a sociedade que as articule e imprima um sentido político ao seu conjunto”. E conclui: “em outras palavras, ao invés de se enfrentar a pobreza de uma ótica estrutural, vale dizer, da ótica da sua superação, a concepção oficial é de aliviar a pobreza dos ‘grupos socialmente mais vulneráveis’” (p. 187).

Servindo a dois senhores?

Consideramos um equívoco interpretar o governo de Luís Inácio Lula da Silva como mera continuidade dos governos anteriores, especialmente, o período FHC, a partir do tratamento ortodoxo conferido à política econômica. Freitas (2007) assinala com propriedade a importância de destacar distinções em pelo menos cinco campos: no tratamento da política externa (com a adoção de uma postura mais independente e ativa com relação aos Estados Unidos e à União Européia); na resposta à pressão dos movimentos sociais (não criminalizando e disposto ao diálogo); no tratamento da dívida externa; na questão agrária (incentivo à agricultura familiar, apesar da clara opção pelo agronegócio); e no aumento real do salário mínimo (apesar de claramente insuficiente segundo qualquer parâmetro, representa o maior poder de compra desde o início da década de 1980).

No que tange às políticas sociais, a análise também requer cuidados. O governo Lula, em suas duas gestões, não altera o padrão tributário vigente no período FHC, com a carga na ordem de 37% do PIB (contra 29% em 1994) e regressiva (com impostos e contribuições, remetidos ao consumo, incidindo, em última análise, sobre os trabalhadores). O padrão tributário é um dos aspectos da macropolítica econômica que se mantém inalterado, privilegiando o grande capital financeiro (Marques & Mendes, 2007).

No que tange às políticas sociais, não há igualmente uma ruptura com relação à priorização de programas focalizados e compensatórios que marcaram a gestão neoliberal de FHC em detrimento dos universalistas e redistributivos. O tratamento conferido ao setor saúde pode ser tomado como um exemplo. Analistas já discutiram a questão (Freitas, 2007; Marques & Mendes, 2009); basta-nos a referência do evidente subfinanciamento do

SUS¹² e das sucessivas tentativas de alteração do padrão de financiamento público para o sistema¹³.

O carro-chefe da política social do governo Lula é um programa focalizado e de caráter compensatório: o emblemático Bolsa Família¹⁴. A lógica que preside programas dessa natureza é, novamente, a transferência de renda para famílias que se situam abaixo da linha da pobreza. Todavia, o impacto dessa política – conquanto compensatória – não pode ser considerado trivial, diante do quadro de destituição no Brasil: o programa Bolsa Família, implantado em 99,9% dos municípios brasileiros em meados de 2006, estava beneficiando mais de 11 milhões de famílias (ou, 47 milhões de brasileiros)!

Embora seja impossível negar as virtudes desse programa, não deixa de ser preocupante o alerta de Yazbek (2004), de deixar de lado as questões estruturais vinculadas à situação de pobreza para priorizar práticas de caráter eminentemente assistencialista.

Tipicamente um padrão de governo de terceira via, como quer Martins (2007), ou francamente neoliberal, como define Lesbaupin (2006), o governo Lula ainda é uma questão em aberto, demandando cuidado para evitar análises precipitadas ou superficiais.

Esse contexto de emergência de um padrão de *Welfare State*, que oscila do padrão meritocrático ao residual, tornou-se um grande espaço de trabalho para os psicólogos brasileiros. Resultado não de um direcionamento do instrumental teórico-técnico da profissão ou de uma efetivação de propostas para a prática psicológica menos elitista, o campo das políticas sociais foi, e é, um reflexo do enxugamento do mercado para o exercício profissional e uma possibilidade de emprego estável, mesmo às custas das constantes críticas que recaem sobre a contextualização do trabalho realizado, a adequabilidade das teorias psicológicas e, mais ainda, sobre o caráter ideológico que a prática psicológica vem assumindo nesses espaços. É disso que trata a seção seguinte.

A Saúde Pública na “Nova República”

Analisando a evolução das políticas públicas em saúde é possível afirmar que, desde a criação da previdência social em 1923 (Lei Eloy Chaves), o sistema de saúde brasileiro apresentou características de desigualdade de acesso, centralização na esfera federal, separação entre ações curativas e preventivas e de promoção de saúde, e concentração de

recursos na assistência médico-hospitalar. As políticas de saúde traduziram-se, fundamentalmente, num projeto excludente, que não contemplou os movimentos populares nem as reivindicações por outras políticas no setor. As reformulações efetuadas, principalmente a referente à separação entre saúde pública e assistência médica, culminaram num serviço de assistência precário, de baixa qualidade, não universal, forçando uma evasão da classe média, que buscou a assistência médica nas ofertas do setor privado na figura dos seguros e dos planos de saúde (Donnangelo, 1975; Luz, 1979).

Esse quadro permaneceu inalterado até a emergência do período denominado “Nova República” quando, após 21 anos de ditadura militar, dá-se início à retomada dos movimentos para o resgate dos princípios democráticos e para uma ampla reforma do Estado. Num retrato do sistema de saúde pública da época, Teixeira (1995) aponta que houve extensão da cobertura previdenciária (às custas da compra de serviços da iniciativa privada); reorientação da política nacional de saúde para uma prática médica curativo-individual, especializada e sofisticada, em detrimento de medidas de saúde pública, de caráter preventivo e interesse coletivo; desenvolvimento de um padrão liberal na prática médica (lucratividade, mercantilização e empresariamento da Medicina); viabilização de um complexo médico-industrial com a expansão da base tecnológica da rede de serviços e de consumo de medicamentos.

A instalação da “Nova República” cria condições para modificações nas políticas sociais do governo, que assume o discurso de resgate da dívida social. Vários segmentos de profissionais de saúde desencadearam um debate sobre os rumos da saúde do país e desenvolveu-se uma articulação entre setores populares, partidos políticos, entidades civis e sindicatos, politizando o debate da saúde como questão nacional. Essa articulação foi desencadeada pelo movimento sanitário, surge na sociedade civil, penetra no Estado, definindo um projeto de saúde para o país, e se insere nas instituições a partir de seus militantes e pela tentativa de atuar dentro dos Estados, reorganizando as práticas institucionais (Vasconcelos, 1997).

Todo esse movimento de cunho progressista no setor saúde que se sucedeu à retomada do processo democrático foi chamado de “reforma sanitária”. Ela é o marco que distingue o período de incentivo à Medicina liberal do movimento pelo incremento qualitativo da atenção pública à saúde. Portanto, o chamado período de transição democrática deu impulso às movimentações que culminaram com o movimento de reestruturação da atenção à saúde e que pôs em xeque a estrutura liberal e privatizante existente no setor até então.

As propostas de reforma nas políticas de saúde foram fortemente influenciadas por acontecimentos internacionais, com destaque para a 1ª Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e realizada em Alma Ata, Rússia, em 1978. Essa conferência definiu como meta “Saúde para todos até o ano 2000”, delegando aos governos a responsabilidade sobre os cuidados de saúde de toda a população. Nacionalmente, merece destaque a criação das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1983, base do desenvolvimento posterior do SUS (Noronha & Levcovitz, 1994).

12 Apesar de, conforme Freitas (2007), o orçamento para a saúde saltar de R\$ 17 bilhões em 2000 para R\$ 40 bilhões em 2006 (além da ampliação da contribuição dos estados e municípios, com R\$ 30 bilhões adicionais aplicados no SUS). Esses números, no entanto, correspondem à metade do que a Argentina o faz, per capita.

13 Medidas que vão desde propostas de desvinculação de receita para gastos sociais, quanto ações mais diretas, como alterações nas diretrizes orçamentárias. Para análise detalhada, ver Marques e Mendes (2007).

14 Aglutinação de um conjunto de programas já existentes no governo FHC, como o Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação, Auxílio Gás, e mesmo dos esforços iniciais do próprio governo Lula (como o programa Fome Zero). Trataremos com detalhes desse programa – e da implantação do SUAS, o sistema de serviços, benefícios, programas e projetos de assistência social, na próxima seção.

Apesar de ser possível identificar uma linha histórica de evolução das políticas de saúde no Brasil, sem dúvida o grande marco das transformações no setor foi a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986. Em seu relatório final havia a proposta de estatização progressiva do sistema e implantação de um sistema único de saúde para todos os brasileiros.

O debate acerca da reforma girou em torno de diferentes teorizações sobre o seu objetivo, que variavam desde aspectos racionalizadores e administrativos (unificação, descentralização etc.) até mudanças nas concepções de saúde, participação democrática e controle popular. A saúde, segundo o novo conceito proposto e em seu sentido mais abrangente, “é a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde” (VIII CNS, 1987, p. 382).

Portanto, na VIII CNS, a definição de saúde se contrapõe ao saber clínico-biológico dominante e se fundamenta na determinação social do processo saúde-doença, sendo, dessa forma, resultante principalmente de condições materiais de existência. Em seu relatório final é enfatizado que:

o direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis e em todo o território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (VIII CNS, 1987, p. 382)

De uma maneira geral, os aspectos relativos à democratização e à viabilização de novas propostas de atenção à saúde da população deveriam basear-se numa atenção globalizada, preventiva e descentralizada, com a participação de profissionais de várias áreas e envolvimento ativo dos usuários. Essa intensa mobilização serviu como forma de pressão política que culminou com a alteração da legislação federal, cujo principal reflexo se deu com a inclusão de um capítulo específico, na Constituição de 1988, dedicado à saúde.

No artigo 196 da Seção II da Constituição Federal promulgada em 1988, o tratamento dado à saúde apresenta, implicitamente, o conceito proposto pelo movimento sanitário com ênfase nos princípios democráticos e na responsabilidade do Estado na garantia do direito, do acesso e da qualidade.

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1988, artigos 196 e 197)

A nova concepção aproxima a saúde do conceito de cidadania plena, reconhecendo o direito de todos ao seu acesso, independentemente de contribuição, e o dever do Estado em provê-la. Da forma como foi colocada, apresentava um forte apelo redistributivista e, para atender uma demanda tão grande, deveria haver um direcionamento das ações, priorizando a atenção primária, de forma que se evitasse uma superlotação dos hospitais públicos e, também, um gasto excessivo e desnecessário.

Como etapa de transição entre o modelo das AIS para o SUS e graças à tendência descentralizadora que toma força junto ao debate centralização/descentralização, em 20 de julho de 1987, por meio do Decreto 94.657, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). O SUDS era uma proposta de estadualização da gestão de serviços de saúde, mantendo o município em papel coadjuvante e preservando as normatizações dos parâmetros para a saúde ainda em nível nacional (Barros, 1997; Pereira, 1996).

É fato que, ao longo desse percurso, os ganhos foram consideráveis, mas a aprovação das propostas relativas à atenção à saúde não se deu na íntegra. A universalização da atenção, mais uma reivindicação do movimento sanitário, embora aprovada anteriormente, não se efetivou. O acesso irrestrito ao sistema de saúde deveria existir independentemente de contribuição previdenciária, como um exercício de cidadania para todos os brasileiros. Entretanto, esse princípio estava diretamente relacionado com o financiamento do sistema que, como não foi alterado, não conseguiu arcar com os custos do crescimento da demanda resultante do acesso igualitário aos cidadãos.

Após um período bastante conturbado de vigência do SUDS, em 19 de setembro de 1990, foi regulamentado o SUS (Lei Federal nº 8.080). Dentre seus princípios e diretrizes, de cunho mais democrático, cita-se a universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência, a integralidade e a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, a participação da comunidade, a descentralização político-administrativa, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços de saúde, e a ênfase na descentralização para os municípios.

Embora com objetivos inovadores e democráticos, aspectos relevantes do modelo não são implantados ou são desvirtuados. A eleição para presidente da República do candidato Fernando Collor de Mello, defensor de propostas neoliberais, arrefece o processo de implantação do SUS, iniciando uma fase de estagnação das propostas reformistas, de crise na saúde e de incentivo às reformas do Estado segundo os princípios da doutrina (ou ideologia) neoliberal. O desmonte da estrutura do aparelho estatal gera uma crise nos modelos de atenção à saúde, transformando as propostas para o setor, de forma a estimular a participação da iniciativa privada por meio de incentivos fiscais, subsídios e contratações, prejudicando o já ineficiente funcionamento do SUS. Esse quadro parece se reverter com o *impeachment* do presidente Collor e com a posse de Itamar Franco.

A partir daí, a atenção básica à saúde se expande consideravelmente, tanto no que se refere ao repasse de recursos federais e municipais, quanto em sua estruturação (Ministério da Saúde, 1999). Mesmo assim, o SUS não consegue se constituir um sistema acessível para todos os cidadãos, principalmente para aqueles que mais necessitavam dele. O não cumprimento de medidas essenciais para sua viabilização comprometeu os princípios de equidade, justiça social e acessibilidade. Aqueles que não tinham acesso ao SUS pertenciam à chamada faixa de risco (populações nos limites da pobreza e da pobreza absoluta) e permaneceram fora dos programas. Na tentativa de atingir essa população, viabilizando o SUS como uma rede de serviços universalizada, já em 1994, cria-se o Programa de Saúde da Família

(PSF)¹⁵, estratégia de reorganização da atenção básica que, por meio de um trabalho baseado na territorialidade, na prevenção, na promoção da saúde e na vigilância sanitária, visa atender e assistir às famílias que não usufruíam do sistema de saúde e que estavam localizadas nas chamadas “áreas de risco”.

Desde então, o PSF passou por fases de emergência (1994/1995), de fusão com o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (1995/1997), de expansão (1998/2002) e de consolidação (2003/2010) e, hoje, assumiu a função de estratégia, não mais programa, de funcionamento de todo o SUS.

Dando continuidade à construção de uma rede hierarquizada de saúde, em 2008 são criados os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) (Ministério da Saúde, 2008). Esses núcleos visam apoiar a inserção da Estratégia Saúde da Família na rede de serviços e ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção primária, bem como sua resolutividade, além dos processos de territorialização e regionalização. Pela primeira vez, as ações em saúde mental surgem como prioritárias na atenção básica, em espaços não especializados. Práticas alternativas em saúde também são oferecidas de forma mais sistemática nos NASF, revelando mais uma tentativa de ações de saúde menos centradas nas especialidades médicas. Como se trata de um quadro bastante recente, o Ministério da Saúde ainda trabalha na elaboração de diretrizes para o funcionamento das equipes NASF e os projetos de trabalho ainda se encontram em fase de estruturação, não sendo possível, portanto, avaliar com acuidade o impacto desse novo equipamento no conjunto das instituições e das políticas de saúde brasileiras.

Em síntese, Campos (1997) afirma que, desde a época do governo militar há, no Brasil, uma hegemonia do modelo liberal e seu funcionamento tem assegurado a reprodução de uma forma mercantilista de prática profissional, a qual sobrevive articulando interesses empresariais com os de profissionais de saúde. Para o sucesso desse tipo de articulação, é necessário levar-se em consideração as diretrizes das políticas de Estado e as pressões da sociedade civil. Trata-se, sim, de um modelo liberal de produção de serviços, mas adaptado à realidade brasileira, na qual o Estado intervém sobre as relações de mercado, atuando como mediador e financiador (em parte) das ações em saúde.

Apesar da hegemonia do modelo liberal, há contradições em sua estrutura que geraram crises bastante graves no campo da saúde, o que permitiu o surgimento de espaços para a construção de políticas de oposição, reformistas ou socializantes, e que, mesmo quando aplicadas de forma parcial, alteraram aspectos importantes do modelo consolidado.

Em que pese ao incremento da produção neoliberal dos serviços de saúde no país, ainda repercutem os ecos dos movimentos sociais da década de 1980, que propunham um modelo de saúde consoante aos princípios democráticos

arduamente defendidos pelos setores progressistas e pelos movimentos de esquerda, no período da Nova República.

É nesse cenário que os psicólogos¹⁶, no contexto de um movimento amplo de reorganização de forças democráticas, articulam-se com grupos de profissionais atuantes em segmentos de representação localizados nas entidades sindicais, profissionais e políticas no cenário das lutas sociais¹⁷. Ao se agregar à organização dos trabalhadores, tais profissionais buscaram se inserir num movimento mais amplo de resgate da cidadania e de retomada da democracia, cujos desdobramentos se davam em diferentes esferas da vida social. As discussões sobre as condições de vida da população, a exploração do trabalho e, especialmente, o acesso a bens e serviços, se dirigem ao setor saúde como um dos direitos há muito usurpado de grande parte da população brasileira. A partir de então, os psicólogos passam a integrar o movimento dos trabalhadores da saúde (Bock, 1999; Vasconcelos, 1999). Tratemos, então, desse assunto.

Os psicólogos na Saúde Pública: inovação e permanência

Os 48 anos de regulamentação retratam a Psicologia como uma profissão ainda em busca de uma maior inserção social e representatividade política. Instituiu-se como um campo do saber e uma prática predominantemente conservadores, direcionando-se, tardiamente, para a construção e/ou efetivação de um projeto de transformação social. Na história da conformação da profissão no Brasil, constata-se que, em muitos momentos, os conhecimentos psicológicos foram utilizados para o controle, a segmentação e a diferenciação, de forma a contribuir para a manutenção e incremento do lucro necessário à reprodução do capital. Uma conjugação de vetores, dentre os quais a ação das entidades profissionais, possibilita uma substancial mudança da profissão rumo ao campo das políticas públicas (Bock, 2003; Oliveira, 2005).

Ao fazer um retrospecto da estruturação da Psicologia no campo da saúde pública, é necessário analisar não apenas a forma como suas práticas vêm se organizando ao longo das décadas, mas também é preciso considerar o contexto de emergência e consolidação dessas práticas, especialmente no que se refere à sua institucionalização na saúde pública.

O movimento em torno das mudanças no Sistema Nacional de Saúde, especialmente a partir dos anos 1980, é o primeiro fator determinante na entrada e nas nuances assumidas pelo trabalho dos psicólogos no campo da saúde pública.

15 Há várias discussões acerca do que o PSF representa no contexto das políticas sociais. Alguns autores o concebem como forma possível para o acesso das famílias pobres ao SUS e, por isso, se constituiria um avanço, um passo para a real efetivação do SUS. Outros atribuem ao PSF uma lógica neoliberal ao pulverizar as ações básicas para a comunidade, responsabilizando o indivíduo e a família pelas condições de saúde, retirando das instituições de saúde a atenção a essa população.

16 Na condição de ator político, a categoria dos psicólogos esteve representada nas lutas de suas entidades profissionais, restritas durante certo tempo a aspectos corporativistas, transformando-se e unindo-se, a partir do início dos anos 1980, à luta dos trabalhadores, participando na reconstrução do movimento sindical e na construção da Central Única dos Trabalhadores.

17 É necessário esclarecer que todos os debates e discussões a respeito da necessidade de transformações na prática psicológica para torná-la socialmente mais abrangente e, até mesmo, relevante, permaneceram nos níveis centrais, ou seja, as referidas lutas tiveram o protagonismo isolado de figuras conhecidas nacionalmente e que, naquele momento, ocupavam cargos de destaque nas entidades representativas. As deliberações e propostas trazidas por tais grupos não repercutiram de maneira significativa em toda a categoria de psicólogos.

Mesmo considerando a participação dos profissionais no campo em tempos anteriores, sua presença era incipiente nos hospitais psiquiátricos e serviços ambulatoriais de saúde mental, e suas atividades não eram sistematizadas, previstas ou uniformizadas. O modelo de atuação era o hegemônico para a época, qual seja, a clínica centrada nos consultórios particulares, influenciada pela difusão de uma cultura prioritariamente psicanalítica no interior de um processo de psicologização e individualização. A finalidade do trabalho do psicólogo era ajustamento, adaptação, autorrealização, desenvolvimento, convivência e desempenho, sempre supondo um estado de normalidade, de adaptação, não definido (Bock, 1999).

O ingresso efetivo dos psicólogos na saúde pública deu-se em virtude de sua vinculação e participação nas propostas por uma reforma psiquiátrica. Essa entrada tem como marco a estruturação das AIS, que previa a existência de equipes mínimas de saúde mental em unidades ambulatoriais de saúde. Tais equipes deveriam compor-se de psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, podendo incorporar, também, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos (Arcaro & Mehias, 1990).

Nesse mesmo período, acirram-se, nas entidades de representação da Psicologia, os debates e críticas sobre os rumos que tomava a profissão, especialmente num momento de mobilização nacional pela democracia, pela justiça social e pela cidadania. O modelo clínico de atendimento passa a ser alvo de intensa crítica e debate por estar associado ao médico, tão criticado e combatido pelo movimento sanitário. Entretanto, no tocante à sua adequação ao contexto da saúde pública, parece ter havido certa expectativa, no campo da saúde mental, de que a atividade clínica tradicional fosse prevaletente para os psicólogos nesses serviços. A psicoterapia, juntamente com o apoio e a orientação psicológica foram apontadas como modalidades de atendimento a serem incentivadas pela Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, pois isso refletiria um avanço no trato à saúde mental (Arcaro & Mehias, 1990).

A reorientação das estratégias de assistência para atividades de cunho psicoterapêutico constituiu-se uma base fundamental do sistema de atendimento, propiciando um espaço de atuação ampliado para o psicólogo clínico e disseminando, ainda mais, uma cultura de valorização da clínica como sinônimo de atuação psicológica (Bettoi, 2003).

Em contrapartida à atuação, continuam as discussões sobre possíveis formas de inserção profissional no espaço público, tornando-se, a partir de 1985, uma das grandes preocupações das entidades representativas. Ao se fortalecer a luta pela participação da Psicologia na saúde pública, Bock (1999) afirma que o Conselho Federal de Psicologia (CFP) divulgou uma minuta intitulada “A atuação do psicólogo na promoção da saúde”, que continha direções para a atenção psicológica no sistema público e refletia a preocupação dos conselhos e sindicatos em relação à necessidade de serem esclarecidas, delimitadas e identificadas as atividades profissionais dos psicólogos na área da saúde.

A lei de regulamentação do SUS previa profissionais de saúde mental nas unidades básicas de saúde. Todavia, as atividades dos psicólogos não se restringiram à saúde mental, ao contrário, afastaram-se dela. Daí, a demanda foi ampliada e, até mesmo, direcionada para as queixas escolares, para o atendimento a grupos específicos (mulher, idoso, gestantes etc.) e para a demanda espontânea de usuários não tão cronificados, eliminando-se, assim, os portadores de transtornos mentais (Dimenstein, 1998).

Conquanto tenham se ampliado os contextos e as situações de trabalho, a diversificação das atividades exercidas pelos psicólogos manteve-se restrita. Observando-se a atuação profissional na área, verifica-se “... uma tendência à estruturação de consultórios ou à redução o quanto possível da participação em atividades neste nível, que funcionam à parte na instituição a despeito dos seus objetivos” (R. C. Silva, 1992, p. 29).

Não se pode dizer que a entrada do psicólogo na saúde pública tenha sido resultado de uma “conscientização profissional” quanto ao seu papel junto às camadas mais pobres da população (papel este que nunca esteve claro). A crise geral do capitalismo, refletida em nosso país com o fracasso do milagre econômico, gerou uma queda nos níveis de emprego e uma diminuição acentuada nos padrões de consumo da classe média – grande consumidora dos serviços psicológicos. A escassez do mercado de trabalho associa-se às discussões acadêmicas acerca da relevância social da profissão que, até então, parecia não considerar as camadas de menor renda como alvo de sua atenção, e empurram o psicólogo para novos espaços capazes de absorver a sua mão de obra, mas que, no entanto, não ofereciam um modelo de trabalho e, sim, colocavam expectativas de uma ação nos moldes tradicionais, numa tentativa de levar a psicoterapia para os mais pobres (Bettoi, 2003).

Somente nos anos 2000, as discussões iniciadas ainda na década de 1980 começaram a se refletir na prática dos psicólogos. As ações estão relacionadas ao evoluir da reforma psiquiátrica que, mais que propor reformas na saúde mental, criou um corpo teórico/prático que tem subsidiado o trabalho. Emergem temas como clínica ampliada, acompanhamento terapêutico, apoio matricial, filosofia da diferença, humanização, entre outros, que têm constituído um “modelo” de atuação. Tal é sua importância que o apoio matricial tem sido utilizado não só pelas equipes de saúde mental dos NASF, mas por todos os profissionais nos núcleos como a grande estratégia de trabalho nesse nível de complexidade. Todavia, isso não implica dizer que a psicoterapia foi banida dos espaços institucionais de saúde; ela tem se diluído entre outras ações, mas ainda figura como a principal ferramenta de trabalho do psicólogo.

Um outro campo que surge como destaque para a atuação dos psicólogos será discutido em seguida. Embora aparentemente próxima da saúde, tal vertente guarda diferenças e particularidades tanto em termos de evolução histórica quanto da inserção e atuação do psicólogo no campo. Essa discussão, sem dúvida, nos remeterá a questões de mais difícil manejo e refere-se ao conteúdo político-ideológico subjacente às iniciativas direcionadas

a uma parcela da população que, sem exceções, padece efetivamente das sequelas da questão social: a Assistência Social.

Proteção e Assistência Social: Os (Des)Caminhos no Trato da Pobreza

O Sistema de Proteção Social brasileiro logrou um imenso avanço do ponto de vista dos seus objetivos e do alcance da cidadania do seu público alvo com a Constituição de 1988. Após a carta que consagrou o direito social como um dos principais focos do pilar da seguridade social, várias foram as mudanças que buscaram retirar da proteção social seu histórico caráter assistencialista, clientelista e focalizado. Além disso, a proteção social ocupa, no governo Lula, um dos lugares de destaque como alvo de investimento e de agregação de estratégias de combate à pobreza.

Analisando a evolução da proteção social no Brasil, especialmente da assistência social, percebe-se que ela surge vinculada à caridade das senhoras da sociedade e era voltada para uma parcela da população completamente destituída de direitos sociais. Sob a lógica da tutela, do favor e do clientelismo, a mais conhecida instituição representativa da assistência social brasileira, a Legião Brasileira de Assistência (LBA), fundada em 1942, fornecerá as bases para o desenvolvimento de todas as ações assistenciais ao longo de mais de 40 anos. Desde então, a proteção social, em sua vertente assistencial, assume um caráter de urgência, de bondade, de uma ação que parte da vontade e não do direito ou da responsabilidade do Estado pelo bem-estar dos cidadãos (Behring & Boschetti, 2007; Monnerat, Senna, Schottz, Magalhães & Burlandy, 2007; Sposati, 2007).

Depois desse período de surgimento, o sistema de proteção social brasileiro se expandiu, principalmente durante os anos 1970. M. O. S. Silva (2007) afirma que tal fato deveu-se, possivelmente, à necessidade de minimizar as tensões sociais decorrentes do regime de exceção e, também, pelo brutal crescimento dos índices de pobreza. A década de 1980 é marcada pela intensificação dos movimentos sociais, contexto no qual se aprova a Constituição de 1988 que, em seus artigos 203 e 204, institui a Seguridade Social (Assistência Social, Saúde e Previdência Social) (Brasil, 1988). Com essa Carta, o sistema de políticas sociais no país desfaz o caráter contratual contributivo iniciado na Era Vargas. Assim sendo, as políticas sociais adquirem o caráter universalista e igualitário, garantindo juridicamente direitos que deveriam ser destinados a todos os cidadãos (Couto, 2006).

Entretanto, o período após a promulgação da Constituição não convalidou a condição da assistência social como política pública, nem como integrante da seguridade social, pois, nesse período, o Brasil ainda encontrava-se num momento de redefinição dos seus rumos políticos e preparava-se para a sua primeira eleição direta após 21 anos de ditadura militar. Assim, só em 1990, após as eleições, é que o novo Congresso começa a aprovar as leis regulamentadoras: da Pessoa Portadora de Deficiência (Lei 7.853); o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069); a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080); o Sistema Único de Saúde (Lei 8.142) (Sposati, 2007).

Alguns autores, como M. O. S. Silva (2007) e Zimmermann (2006), destacam que em decorrência desses avanços, a partir de 1991 a agenda pública insere em suas discussões o debate sobre os programas de transferência de renda e, também, uma política nacional de segurança alimentar; esta última, fruto de uma campanha de mobilização social criada pela “Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e pela Vida”. O momento reflete um contexto mais amplo já que, em nível mundial, as grandes transformações econômicas, sociais e no mundo do trabalho suscitavam estratégias para o enfrentamento da questão social, especialmente o desemprego e o empobrecimento crescente das populações.

As políticas de proteção social, entretanto, mudam de rumo no governo Fernando Henrique Cardoso. Em virtude da prioridade política governamental no crescimento econômico (movido pelo Plano Real), os avanços na construção de uma política de segurança alimentar perderam força e só retornam como destaque em seu segundo mandato. Um exemplo disso foi a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), regulamentada cinco anos após a Constituição, em 1993. Após a aprovação, institui-se o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), instância fundamental para sua efetivação (Sposati, 2007). Mesmo assim, durante os oito anos do governo FHC, a assistência social como dever do Estado e direito do cidadão assumiu não o caráter de direito, mas uma “nova relação solidária”¹⁸.

Nesse período, destaca-se como avanço, a criação, em 1996, do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Em 1997 foi lançado o Programa de Garantia de Renda Mínima (PGRM), vinculado a ações socioeducativas, entrando em ação em 1999. O PGRM, após reformulações, tornou-se, em 2001, um dos grandes programas do governo FHC, o Bolsa-Escola. Essas reformulações fizeram parte de uma retomada das discussões sobre segurança alimentar, agora inseridas numa Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN). Na esteira do Bolsa-Escola, foram criados o Programa Agente Jovem, o Bolsa Alimentação e o Programa Auxílio Gás. Em síntese, a partir daí, as propostas avançam relacionando a transferência de renda a outras políticas como educação e saúde, sinalizando o que, posteriormente, viria a constituir as chamadas “condicionalidades” (M. O. S. Silva, 2007; Zimmermann; 2006).

Ao final do governo FHC, o Brasil havia estruturado uma rede de proteção social ampla, fragmentada e com programas que se sobrepunham e concorriam uns com os outros por financiamento. As políticas eram focalizadas, não universais, e os recursos, insuficientes para retirar os beneficiários dos níveis de pobreza em que se encontravam.

Em 2003, assume a Presidência da República o candidato do Partido dos Trabalhadores, Luís Inácio Lula da Silva. Desde sua última campanha, o combate à fome e à miséria, especialmente nas áreas com os maiores bolsões de pobreza, eram o foco. Em seu primeiro mandato, a principal estratégia

18 O Programa Comunidade Solidária, presidido pela primeira dama Ruth Cardoso, chamava a população brasileira à solidariedade para com os pobres, e foi desenvolvido para enxugar as despesas da máquina governamental, reduzir gastos públicos e dar suporte ao plano de estabilidade monetária (Zimmerman, 2006).

adotada pelo governo petista foi o Programa Fome Zero. O tema fome, como afirma Carvalho (2005), transformou-se num tema de domínio público, um problema sobre o qual toda a população brasileira deveria intervir. De projeto de campanha, o Fome Zero foi amadurecido ao longo de toda a década de 1990 e lançado já na posse de Lula, em 2003. Além do programa, o novo presidente criou o Ministério Extraordinário da Segurança Alimentar (MESA) e reinstalou o Conselho Nacional de Segurança Alimentar (CONSEA), extinto no governo anterior.

Ao lançar o Fome Zero, o governo pôs em circulação o programa mais abrangente da sua plataforma, em termos de população a ser alcançada. Tem por objetivos o alívio imediato da pobreza, o combate à fome e às desigualdades por meio da associação de medidas emergenciais de médio e longo prazo, integrando três linhas de atuação: a defesa do direito à renda; a defesa do direito à segurança alimentar e nutricional; e a defesa do direito à assistência social. Para tanto, a estratégia adotada implicaria uma reorganização da economia e da política, já que prevê uma política de segurança alimentar que tem como base políticas de corte estrutural (emprego e renda, previdência social universal, reforma agrária, entre outras) e focalizadas diretamente nas famílias que não possuem segurança alimentar (M. O. S. Silva, 2007).

À época de criação do Fome Zero, cerca de 2 milhões de famílias eram o alvo a ser atingido. Esse cálculo, feito ainda no período de transição de governo, teve como base o levantamento realizado pelo governo federal, que mostrava um contingente de 54 milhões de pessoas vivendo abaixo da linha de pobreza (renda mensal familiar per capita de até meio salário mínimo¹⁹).

Uma das formas de operacionalização do Fome Zero, criada em outubro de 2003, é o Programa Bolsa Família (PBF), que unificou os programas de transferência de renda então existentes. Os custos orçamentários foram elevados, mas como agora as despesas estariam ligadas apenas ao Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), criado em 2004, havia a expectativa de que os recursos seriam mais adequadamente utilizados e, de fato, discriminados positivamente. Com a institucionalização do PBF, pôde-se, efetivamente, falar em uma política nacional de transferência de renda.

O PBF tem como foco as famílias²⁰ em situação de vulnerabilidade social e como elemento estruturante o cumprimento de condicionalidades nos campos da saúde e da educação. Segundo a proposta, por meio das condicionalidades os indivíduos poderiam incrementar suas potencialidades e, assim, supostamente sair do ciclo que gera a pobreza. Essa lógica baseia-se na constatação de que o estado geral de saúde da população é bastante precário e, no caso da educação, a análise feita é a de que as famílias gastam uma parte significativa de sua já minguada renda para manter seus filhos na escola. Assim, o benefício, associado ao trabalho realizado pelo Programa de Apoio Integral às Famílias (PAIF), garan-

tiria as condições de emancipação dos indivíduos e de suas famílias (Monnerat & cols., 2007).

O Sistema Único da Assistência Social (SUAS), implantado 15 anos após o SUS, em 2005, é a grande estratégia de operacionalização das propostas do Fome Zero no que se refere à assistência social. Agrega a proteção social, a inclusão produtiva, a segurança alimentar e nutricional e o Programa Bolsa Família (PBF). Em adição, o SUAS possui uma rede própria de avaliação e gestão de informação (MDS, 2004). Apresenta um modelo de gestão descentralizado e participativo, pautado pela regulação e organização em todo território nacional das ações socioassistenciais. Todos os serviços, programas e projetos desenvolvidos focalizam as famílias, seus membros e indivíduos, e, assim como a saúde, tem o território como base de organização. Segundo a Norma Operacional Básica do SUAS - NOB/SUAS (MDS, 2005a), a proteção social da assistência social deve englobar um “conjunto de ações, cuidados, atenções, benefícios e auxílios ofertados pelo SUAS para redução e prevenção do impacto de vicissitudes sociais e naturais ao ciclo de vida” (p. 90). Os princípios que regem o SUAS são a matricialidade familiar, territorialização, proteção pró-ativa, integração à seguridade social e às políticas sociais e econômicas. Para melhor efetivação das ações, o SUAS divide-se em níveis de complexidade: a proteção social básica e especial.

O SUAS, tal como afirma Lobato (2009), é reflexo de um processo de desinstitucionalização de longo curso que teve na saúde seu espelho. Grande parte dos princípios e diretrizes do novo modelo de assistência social são decorrentes dos avanços alcançados na saúde. Dentre eles, a ideia de níveis de complexidade, descentralização, participação social, integralidade, hierarquização, entre outros, aposta num modelo de funcionamento em redes articuladas não só na assistência, mas, também, com outras políticas, inclusive a de saúde. No tópico seguinte, as ações do SUAS nos seus respectivos níveis serão melhor detalhadas.

Em síntese, várias análises sobre a proposta do governo Lula para a proteção social apontam que há aspectos positivos na estratégia, mas alguns pontos são controversos. Positivamente, o PBF abarca a totalidade das famílias estimadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como pobres. A questão é que se trata, hoje, de um contingente de 12 milhões de famílias! O 4º Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA, 2010) aponta uma redução da pobreza extrema, de 12% em 2003 para 4,8% em 2008. De fato, houve redução nos níveis de pobreza, mas tal redução deu-se entre aqueles que se encontravam na mais grave situação, apontada por Yasbek (2004) como “os mais pobres dentre os pobres” e, mesmo assim, tais mudanças, em termos redistributivos, não parecem ter sido significativas, especialmente porque os valores monetários são muito baixos. Ainda, a articulação entre o PBF e suas condicionalidades é muito precária, sem falar na má qualidade do ensino e das ações em saúde, mesmo com a procura pelas famílias incrementada para a manutenção do benefício.

Os estudos avaliam ainda que, do ponto de vista dos direitos sociais, o PBF é um contrassenso, uma vez que um direito não implica contrapartida, condição ou negociação. O cumprimento das condicionalidades deveria ser garantido não

19 O cálculo realizado considerou o salário mínimo de R\$ 200,00.

20 A família é aqui entendida como uma unidade nuclear na qual as pessoas possuem laços de parentesco ou afinidade, formando um grupo doméstico que convive sob o mesmo teto.

sob pena de exclusão das famílias, mas pelo próprio Estado ou pelos níveis subnacionais (Lobato, 2009; Zimmermann, 2006). Por fim, mas não menos importante, o caráter focalizador e compensatório que o PBF assume sob a perspectiva neoliberal, caracteriza o governo Lula com aquele que serve a dois senhores, já que os programas tão somente aliviam a pobreza, são emergenciais, assistencialistas e descontínuos, e têm funcionado para distribuir, e não redistribuir, renda entre a população, de maneira que haja modificações positivas nos níveis de concentração da riqueza socialmente produzida. Como produto, não tem sido possível (nem almejado) reverter o quadro de pobreza e indigência característico da sociedade brasileira.

Em que pese ao contexto de desenvolvimento da proteção social brasileira, especialmente a partir do SUAS, uma nova forma de organização dos serviços tem levado a mudanças na configuração das ações sob sua responsabilidade. A proteção social básica, novidade no sistema, e a especial (que unifica programas anteriores mais focalizados) têm sido alvo de sucessivos estudos e de proposições cuja operacionalização conta, em destaque, com a participação dos psicólogos como operadores dessa política. É disso que trataremos em seguida.

Psicologia e Assistência Social: a pobreza como “sujeito psicológico”

Apesar de política em amplo processo de consolidação, com ganhos constitucionais bastante importantes do ponto de vista dos direitos sociais, e com um forte apelo redistributivo, o trabalho na assistência social é caracterizado historicamente por uma desprofissionalização, por uma prática eventual e assistemática e por ações inconsistentes. Seus profissionais têm relações empregatícias instáveis, com alta rotatividade e baseadas em vínculos de “confiança”, ao invés de competência profissional. Daí, qualquer análise que se faça da atuação profissional no campo deve considerar que não há modelos de trabalho predefinidos que norteiem a execução das ações, nem um consenso sobre os princípios ético-políticos da prática (Nery, 2009).

O próprio campo da assistência, diferentemente da saúde, avançou pouco na consolidação de condições de trabalho que favoreçam a manutenção de profissionais qualificados. Embora não seja um modelo, a saúde pública tem investido na capacitação dos profissionais, na melhoria dos quadros de pessoal, no incremento das redes de formação, e nos equipamentos estatais. Obviamente, muito ainda há que se fazer na saúde, mas a assistência, ao contrário, permanece marcada como uma política “pobre” voltada aos mais pobres. Todos esses fatores influenciarão a forma como se desenvolve a prática dos profissionais, especialmente dos psicólogos, no campo.

A atuação do psicólogo na assistência social não é algo novo. Entretanto, não há registros lineares dessa trajetória que culminou no seu reconhecimento como profissional essencial nas equipes do SUAS. Mesmo antes desse novo modelo de proteção, há registros que indicam a presença de psicólogos desenvolvendo trabalhos em políticas focalizadas – como no caso de crianças e adolescentes, mulheres, idosos – ou práticas vinculadas a determinadas áreas decorrentes dos

chamados “problemas sociais” – como a jurídica (Coimbra, 2003) e a familiar. Esse trabalho, embora existente há algum tempo, não foi sistematizado na literatura, fato que dificulta o estabelecimento de um marco para a entrada do profissional de Psicologia no campo.

A aprovação de leis e estatutos como o ECA, o estatuto do idoso e as políticas de proteção às mulheres e a algumas minorias permitiram uma ampliação sem precedentes para o trabalho do psicólogo, especialmente porque, com os avanços em termos de direitos sociais contidos nessas leis, estatutos e projetos, as crianças e os adolescentes em conflito com a lei, por exemplo, passam a ser vistos como sujeitos de direitos, alvo de proteção e abrigo e não mais de punição, como era comum nos tempos da Fundação para o Bem-Estar do Menor (FEBEM). Assim, a partir da década de 1990, o psicólogo foi paulatinamente se inserindo em espaços institucionais com foco no atendimento a essas camadas da população que foram priorizadas pelas distintas agendas governamentais. A própria FEBEM, as casas de passagem, as delegacias de defesa da mulher, os diversos projetos da assistência social dirigidos às crianças e jovens em situação de risco e vulnerabilidade, e, ainda, as Organizações não Governamentais ligadas à proteção social foram espaços de trabalho para um contingente amplo de psicólogos ao longo das décadas de 1980 e 1990.

Nery (2009) e Senra (2009) afirmam que o psicólogo tem presença significativa recente na assistência social brasileira, e só perde em número de vagas para o assistente social e para o pedagogo. Esse dado aumentou especialmente nos últimos 10 anos, período em que as modificações propostas na PNAS começaram a se efetivar. Portanto, embora idealizada no mesmo período, a inserção em massa dos psicólogos nas políticas de seguridade social, especialmente de assistência, ocorreu tardiamente quando comparadas à saúde pública. Mesmo assim, é no bojo das lutas pelos direitos humanos, no combate à desigualdade e por melhores condições de vida para os cidadãos que a Psicologia finda por se vincular à assistência social ainda na década de 1980 (Nery, 2009). Não obstante a esse fato, se é possível estabelecer um marco de entrada, a estruturação do SUAS e de seus sistemas de proteção social básica e especial são a grande porta de entrada de psicólogos na assistência social.

Os espaços de trabalho do psicólogo no SUAS estão distribuídos na proteção social básica e especial. A proteção social básica tem como foco as famílias cujos membros estão em situação de vulnerabilidade social. Nesse nível são priorizadas as famílias inseridas no Cadastro Único do Governo Federal (CadÚnico), as beneficiárias do Bolsa Família e do Benefício de Prestação Continuada (MDS, 2004).

Esse nível contempla um maior número de famílias e, por isso, é o que exige maior número de ações com vistas a evitar que as circunstâncias de violação de direitos ocorram. Para manter e fortalecer tais vínculos, o SUAS lança mão de uma rede socioassistencial que conta com ações no Ministério Público e com políticas como as de saúde, previdência social, habitação, entre outras.

Para a realização das atividades socioassistenciais previstas na proteção social básica, o SUAS instituiu os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) como um equipamento estatal de referência local, que tem como função ofertar e coordenar rede de serviços, programas e

projetos que previnam situações de risco. Dessa forma, o CRAS, além de porta de entrada no sistema, é responsável pela aplicabilidade das atividades do PAIF, configurando-se como importante estratégia do SUAS para implementação da política de assistência social (MDS, 2009).

A Proteção Social Especial, de média ou alta complexidade, destina-se àquelas famílias ou indivíduos com direitos violados. Nesse contexto, esse nível tem como função proteger as vítimas de agressão e violência; monitorar e reduzir a ocorrência de riscos, seu agravamento ou sua reincidência; e desenvolver ações para a redução/eliminação da infringência aos direitos humanos e sociais (MDS, s/d). Se houve violação de direitos, mas sem rompimento de vínculos, o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) assume a responsabilidade pelo indivíduo e/ou sua família de forma a resgatar os direitos que foram violados. Se, no entanto, houve rompimento de vínculos, o indivíduo precisa ser retirado do convívio familiar e encaminhado para instituições denominadas de alta complexidade, com seus respectivos serviços de acolhimento institucional (lares abrigados, casas de passagem etc.), mas que devem, necessariamente, articular-se com os CRAS e CREAS e demais equipamentos do sistema de garantia de direitos (Brasil, 2005b).

Tanto na estrutura organizacional dos CRAS quanto dos CREAS, a equipe assistencial tem o psicólogo como um dos profissionais de referência. Nos CRAS, o psicólogo e o assistente social compõem a equipe mínima de nível superior. Nos CREAS, além dos dois profissionais citados, está previsto um advogado. Em virtude da realização de atividades educativas ligadas a alguns projetos do MDS, os CRAS têm aberto espaço para outros profissionais, com destaque para pedagogos, sem prejuízo para as demais categorias ocupacionais.

Os modelos de trabalho na assistência social têm sido alvo de estudos dos núcleos de representação profissional de psicólogos e assistentes sociais. Essas discussões visam construir parâmetros e diretrizes de trabalho que fujam das formas clientelistas e assistencialistas características da assistência social em tempos passados. Uma primeira iniciativa dessa parceria foi a elaboração de um documento denominado “Parâmetros para atuação de assistentes sociais e psicólogos(as) na Política de Assistência Social” (Conselho Federal de Serviço Social & Conselho Federal de Psicologia, 2007). Desde então, o Centro de Referência em Políticas Públicas (CREPOP), órgão vinculado ao CFP, vem realizando sucessivos levantamentos e pesquisas sobre a atuação dos psicólogos nas políticas públicas brasileiras (CFP, 2009a, 2009b, 2009c). De posse dos dados, o CREPOP lançou diversos guias de orientação para os psicólogos tendo em vista subsidiar a prática que vem sendo realizada de forma que esta se coadune às propostas das referidas políticas.

O guia de referência dos psicólogos no CRAS, denominado “Referências Técnicas para a atuação do psicólogo no CRAS/SUAS”, publicado em 2007 e reimpresso em 2008, é um exemplo desse esforço. O documento busca produzir informação qualificada para ampliar a compreensão dos psicólogos acerca do trabalho no campo, assim como fornecer instrumental teórico-técnico que subsidie o planejamento, a execução e o monitoramento de suas ações na proteção social básica (CFP, 2008).

O documento reitera a Psicologia como uma prática que deve se comprometer com a transformação social e “toma como foco as necessidades, potencialidades, objetivos e experiências dos oprimidos” (CFP, 2008, p. 22). Embora o documento faça constante menção ao discurso da transformação social e da emancipação, ao analisá-lo detidamente, percebe-se que o papel da Psicologia permanece vinculado ao indivíduo e à sua subjetividade. Exemplo disso é o eixo de apresentação do guia, que aponta o sujeito (em interação com o contexto social) como alvo do trabalho. Além desse papel, o documento propõe que os psicólogos atuem sobre a dimensão subjetiva dos indivíduos para favorecer sua autonomia, enfatizando que a pessoa deve ocupar um lugar de poder, “de construtor de seu próprio direito e da satisfação de suas necessidades” (CFP, 2008, p. 23).

Para a efetivação dessa nova lógica, o documento aponta que mudanças precisam ser feitas tanto nos referenciais teórico-metodológicos existentes, assim como na fundamentação dos projetos, dos programas, dos serviços e benefícios, ressaltando, ainda, a necessidade de compreender a pobreza e seus desdobramentos de uma forma que possibilite romper com o ciclo que a gera. Contudo, destaca-se, ainda, a possibilidade de ações mais ligadas à Psicologia tradicional, como o apoio psicológico, “de forma a facilitar o movimento dos sujeitos para o desenvolvimento de sua capacidade de intervenção e transformação do meio social em que vive.” (CFP, 2008, p. 24).

O ponto mais interessante das orientações técnicas versa sobre a psicoterapia. No caso de haver demanda para acompanhamento psicoterapêutico, o CRAS não é o lugar para tal, devendo-se referenciar a demanda para outras instituições que compõem a rede assistencial dentro ou fora da política de assistência social (CFP, 2008). Apesar da recomendação clara, os primeiros estudos sobre o trabalho do psicólogo nos CRAS, como o realizado por Cruz (2009) com psicólogos sergipanos, revelam que uma das atividades mais desenvolvidas pelos psicólogos é a psicoterapia, seja individual ou em grupo. Além disso, foi constatado que os referenciais que norteiam as práticas são prioritariamente clínicos e que muito pouco se sabe sobre ações com comunidades.

Fontenele (2008), em estudo com psicólogos cearenses, aponta que, embora não previstos no guia de orientação, os atendimentos individuais e clínicos fazem parte do cotidiano de trabalhos dos psicólogos no estado do Ceará. Segundo a autora, os psicólogos não conseguem romper com tal modelo sob a justificativa de que não há outros profissionais na rede que possam atender clinicamente a imensa demanda para essa modalidade de atendimento. Mais uma vez, a clínica aparece como sinônimo de Psicologia.

Ximenes, Paula e Barros (2009), ao discutir as possibilidades de articulação entre a Psicologia Comunitária e a proteção social básica apontam pontos de tensão nessa relação que dizem respeito à política em si e, também, à Psicologia. No caso da Psicologia, destaca-se a práxis ideológica que a profissão pode assumir ao se coadunar à política que tende a reproduzir ordens socialmente excludentes. Então, pensar numa atuação que seja transformadora, que se proponha combater os excessos da desigualdade, que possa produzir fissuras nas iniquidades reforçadas pela política, resulta, em última análise, numa atuação que nem é a defendida pela

política e nem é aquela sobre a qual se erigiu a Psicologia como profissão.

De fato, o trabalho na proteção social básica exige dos psicólogos não apenas uma adequação do trabalho; exige um conhecimento de aspectos que estão fora do escopo do que a Psicologia delimitou em seus campos de saber. A atuação com pessoas em situação de pobreza exige não a adequação de um conhecimento teórico-técnico, mas, sim, a criação de novos conhecimentos e uma mudança na postura que marca historicamente a atuação dos psicólogos. A noção de “sujeito psicológico” não cabe nos desafios do CRAS, nem tampouco a crença de que a Psicologia só intervém no sofrimento psíquico ou no ajustamento. Pensar numa atuação que conjugue um posicionamento político mais crítico por parte dos psicólogos, com novos referenciais teóricos e técnicos que podem ou não partir dos já consolidados, mas que necessariamente, precisariam ultrapassá-los, é o grande desafio para a profissão no campo das políticas sociais em geral.

No caso da proteção de maior complexidade, os desafios se repetem. Entretanto, como nesse caso a clínica é possível, ainda que com ressalvas, os profissionais tendem a associar essa prática às demais. Nesse nível, além do guia de orientações técnicas do CREAS (MDS, s/d), foram elaborados documentos pelo CFP tendo como base os grupos em vulnerabilidade social. Esse modelo difere do adotado pelo CRAS porque a proteção especial possui como foco os indivíduos que sofreram violação de direitos. Assim, os grupos de risco são delimitados em função do tipo de violação sofrida, seja ela, vítimas de abuso e exploração sexual, adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa de liberdade assistida ou prestação de serviços à comunidade, crianças do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), pessoas em situação de rua e/ou mendicância, violência doméstica, crianças e adolescentes em cumprimento de medida protetiva, entre outras.

Os serviços oferecidos nos CREAS também obedecem à lógica dos grupos e não delimita o tipo de função ou as ações específicas que devem ser realizadas por cada profissional; entretanto, todas as ações devem se pautar por um plano de trabalho a ser elaborado com a família para que sejam identificadas estratégias apropriadas à superação da situação de violação de direitos. Isso implica conhecimento da realidade das famílias, visitas domiciliares, acompanhamento de vários membros, palestras, oficinas e “abordagens” individuais e/ou grupais (MDS, s/d).

O material produzido pelo CFP também está dividido em grupos e atualmente existem guias de orientação para o trabalho de psicólogos com crianças e adolescentes vítimas de abuso e exploração sexual (CFP, 2009d), e com adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas em unidades de internação (CFP, 2010). Importante lembrar que esse material resulta de investigações do Conselho sobre a prática profissional nesses espaços. Os dados levantados não retratam novidades. Mesmo com grupos diferenciados, a psicoterapia individual ocupa mais da metade das ações dos psicólogos. Mesmo uma categoria mais ampla, como o “atendimento psicológico”, abrange o atendimento psicossocial, o psicoterápico, o individual e o grupal. Essas derivações guardam características e especificidades bastante distintas e, mesmo um atendimento psicológico individual,

por exemplo, pode configurar triagem, orientação, apoio psicológico, acolhimento, entre outras possibilidades. Os grupos, por sua vez, podem ser terapêuticos, operativos, psicossociais, de convivência, oficinas etc. Assim, sob rótulo tão genérico, é difícil delimitar exatamente no que consistem os atendimentos psicológicos.

É necessário ressaltar, ainda, que a proteção social especial guarda especificidades conforme o modelo de trabalho proposto pelos guias de orientação. Em virtude dessa característica, algumas atividades ocorrem com mais frequência em determinados locais ou com determinado público, a exemplo dos profissionais que trabalham na rede vinculada ao sistema judiciário, cujas atividades mais frequentes, além da clínica, são a elaboração de laudos, relatórios e pareceres psicológicos para a justiça, e a elaboração, junto com o adolescente, de um Plano Individual de Atendimento (específico para adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa).

O mesmo ocorre nos serviços de enfrentamento à violência e à exploração sexual, com destaque para o fato de que, nesse caso, a frequência do atendimento psicoterapêutico é maior, tanto em sua versão individual quanto grupal. Isso pode ocorrer porque os usuários desses serviços são, quase que unanimemente, tidos como vítimas e com traumas potenciais graves. No caso dos adolescentes infratores, uma dúvida relação ocorre: ele é vítima, possivelmente teve direitos violados, mas entra no sistema como violador. Nesses casos, o trabalho do psicólogo volta-se ao ajustamento, à ressocialização do usuário, e a um acompanhamento do cumprimento da medida. Mesmo assim, há registros, nas pesquisas, de práticas consideradas inovadoras, especialmente no que se refere às concepções acerca daqueles que infringem a lei, da finalidade da medida socioeducativa, e, também, novas técnicas no trabalho com esse grupo, como as oficinas artísticas e com a comunidade, os cursos e os grupos de apoio. Curiosamente, na pesquisa com os profissionais que trabalham no campo das medidas socioeducativas em meio aberto (CFP, 2009a), o acolhimento, o atendimento individual, o encaminhamento e o trabalho com as famílias são apontados pelos psicólogos como práticas inovadoras. Ora, todas as ações apontadas fazem parte de um conjunto de ações pertencentes ao escopo da clínica tradicional, com exceção ao trabalho com as famílias. Portanto, o que há de novidade possivelmente refere-se mais a uma ampliação das atividades antes realizadas do que propriamente a uma inovação.

Apesar dessas diferentes nuances, o trabalho com as famílias está sempre presente seja na forma dos grupos de apoio, das visitas domiciliares ou de acolhimento (CFP, 2009b, 2009c). Já o trabalho em equipes figura como atividade frequente, mas, ao caracterizá-lo, fazem parte tanto as ações de planejamento, execução e avaliação em conjunto, como também supervisões técnicas, ou apenas uma reunião para discussão de casos/encaminhamento. Muitas dessas ações são referidas como sendo parte de um trabalho em equipes multiprofissionais.

Nas pesquisas realizadas pelo CFP, destaca-se que as atividades giram em torno de grupos de ações que são aplicados com maior ou menor frequência em função do tipo de instituição na qual se desenvolve o trabalho. No caso da proteção social básica, o trabalho tem fronteiras mais fluidas já que a proposta do SUAS é que as ações do CRAS

se deem num nível “preventivo”, prioritariamente fora do espaço institucional e com o objetivo de minimizar riscos e potencializar as famílias. Traduzir tais princípios, tão genéricos, em ações psicológicas é explorar terreno inóspito. Na proteção especial, o foco gira em torno da ressocialização e da reinserção social e familiar, seja daqueles que sofreram abuso/exploração, seja dos que cumprem medida socioeducativa. Obviamente, o trato às questões difere, mas o arsenal técnico é semelhante. As dificuldades são várias e dizem respeito a aspectos decorrentes da situação de pobreza e destituição do público atendido, ao desconhecimento do trabalho do psicólogo e à falta de condições e de autonomia para a realização das suas ações.

Considerações Finais

Passados 25 anos do início do período da transição democrática, como podemos avaliar as políticas sociais brasileiras? Um primeiro aspecto a considerar é que a estruturação de um sistema de proteção social brasileiro assumiu a face característica de uma agenda econômica de cada governo ao longo desse interregno. Em nenhum deles, a questão social (e suas sequelas) foi o ponto de partida da estruturação dos planos administrativos do país. Vimos os movimentos sociais se reerguerem e alcançarem mudanças constitucionais significativas em prol dos direitos sociais; vimos, também, parte desses ganhos serem usurpados por uma agenda neoliberal que escamoteou a única tentativa concreta de implementação de um *Welfare State* no Brasil. Em meio a escândalos políticos e ao primeiro *impeachment* de um presidente em nossa história, uma nova configuração política e social emerge. A estabilização da moeda, a retomada do crescimento e um novo modelo de política social se iniciam e começam a mudar a feição das ações de combate à pobreza. Ainda assistencialistas, clientelistas e focalizadas, sem uma articulação com programas de geração de emprego e renda, é fato que as políticas sociais foram discretamente mudando o cenário da pobreza e da destituição da população. No governo FHC, essas iniciativas, além de pontuais, coexistiram com medidas econômicas que aprofundaram o hiato entre os mais ricos e os mais pobres e, daí, mesmo possuindo algum foco na indignação, o governo em questão caracterizou-se como assistencialista, além de instituir fortemente a lógica da solidariedade social como estratégia de desresponsabilização do estado. Na gestão Lula, o quadro se transforma, embora não radicalmente. Não se pode negar a ênfase dada pelo governo aos programas de transferência de renda aos pobres e que isso, certamente, mudou as condições de vida de mais de 10 milhões de famílias em todo o país, especialmente nas regiões Norte e Nordeste. Também é inegável que os índices de desigualdade diminuíram, que o poder de compra das camadas mais pobres da população brasileira aumentou, assim como o gasto com alimentos. Além disso, o foco na família assumido desde então, sem dúvida, representa uma nova institucionalidade capaz de maximizar os impactos das políticas sociais; por fim, o destaque ao resgate e ao exercício dos direitos sociais é visível.

Entretanto, como dito no início deste texto, o governo petista tenta, ao lado de uma agenda social intensa e com gastos importantes, manter uma estratégia econômica que mina as bases de manutenção da proteção e do direito sociais. Os investimentos, além de insuficientes, são mal aplicados; as políticas, fragmentadas e sem a articulação necessária para efetivamente retirar os indivíduos da situação de pobreza; os gastos focalizados nos mais pobres dentre os pobres, quando temos um contingente imenso de pessoas que, por muito pouco, não é pobre o suficiente para entrar no grupo alvo do carro-chefe do governo Lula, o PBF. As políticas diretamente relacionadas aos programas de transferência de renda, no caso a saúde e a educação, que deveriam potencializar as condições de vida dos seus beneficiários, são de péssima qualidade, descontinuadas, recebem baixo investimento e profissionais pouco capacitados. Portanto, pode-se afirmar que as políticas adotadas até aqui assumem uma funcionalidade compensatória e são insuficientes para reverter o quadro social de pobreza que marca a sociedade brasileira.

Apesar da constatação de que o projeto de combate à pobreza do governo Lula não tem como alvo a sua eliminação, ou, até mesmo, a sua diminuição em grande nível, pouco a pouco temos assistido a um evoluir de ações que visam alterar esse quadro. Parte da mudança reside num certo protagonismo que os movimentos sociais têm assumido na defesa dos direitos humanos e sociais. É nesse cenário que vislumbramos a contribuição da Psicologia. Mas, efetivamente, qual tem sido a sua participação?

Se retomarmos o período de profissionalização da Psicologia e os caminhos por onde se desenvolveu, dificilmente seria possível pensar num trabalho com a pobreza ou com um caráter político reformista. A hegemonia da clínica privada e dos referenciais importados, sem a devida consideração acerca da adequabilidade às situações nas quais aplicar, que em quase nada ajudam na compreensão da realidade brasileira, pareciam não dar espaço a transformações no campo. Contudo, ainda que primordialmente impulsionados por aspectos contextuais (e não políticos), os psicólogos adentraram no terreno do trabalho com populações pobres e, desde então, esse campo só tem crescido, seja em intervenção, seja em pesquisa. Ramificações da Psicologia surgem, adaptações de referenciais teóricos e técnicos idem, assim como o direcionamento das entidades de representação em busca da problematização dos campos e da construção de parâmetros que guiem o trabalho dos psicólogos de forma transformadora e não mais adaptativa. Assim, a saúde pública passa de um trabalho caracterizado como de “psicoterapia para os pobres” para ações na comunidade – de saúde mental na atenção básica, de prevenção e promoção à saúde, de educação popular. Na assistência, desafio ainda maior, a Psicologia tenta contribuir para a diminuição da destituição, da violência, enfim, de todas as derivações que sobrevêm em quadros de pobreza extrema. As dificuldades e os problemas ainda são múltiplos. Os limites da ciência psicológica e da formação dos profissionais figuram entre os principais, mas o delineamento das políticas de corte contribui sem medida para o lento evoluir do campo.

Referências

- Abranches, S. H. (1985). *Os despossuídos: crescimento e pobreza no País do Milagre* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Alves, M. H. M. (2005). *Estado e oposição no Brasil: 1964-1984*. Bauru: Edusc.
- Arcaro, N. T., & Mehias, N. P. (1990). A evolução da assistência psicológica e em saúde mental: do individual para o comunitário. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 6, 251-266.
- Aureliano, L. E., & Draibe, S. (1989). *A especificidade do Welfare State brasileiro. Economia e Desenvolvimento*. Brasília: MPAS/CEPAL.
- Barros, M. E. D. (1997). Política de saúde: a complexa tarefa de enxergar a mudança onde tudo parece permanência. Em A. M. Canesqui (Org.), *Ciências sociais e saúde* (pp. 113-133). São Paulo: Hucitec.
- Behring, E. R., & Boschetti, I. (2007). *Política social: fundação e história*. São Paulo: Cortez.
- Bettoi, W. (2003). *Natureza e construção de representações sobre a profissão na cultura profissional dos psicólogos*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Bock, A. M. (1999). Superando as concepções tradicionais: o ponto de vista das entidades. Em A. M. Bock (Org.), *Aventuras do Barão de Münchhausen na Psicologia* (pp. 77- 167). São Paulo: EDUC/Cortez.
- Bock, A. M. B. (2003). *Psicologia e compromisso social*. São Paulo: Cortez.
- Boschetti, I. (2006). *Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social*. Brasília: Letras Livras/Editora da UnB.
- Botomé, S. P. (1979). A quem, nós, psicólogos, servimos de fato? *Psicologia*, 5, 1-16.
- Brasil (1988). *Constituição 1988. Dispõe sobre a Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Diário Oficial da República Federativa da União.
- Campos, G. W. S. (1997). *Reforma da reforma – Repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec.
- Carvalho, H. T. (2005). A ordem do dia: o Programa Fome Zero nos meios de comunicação. Em V. V. Valla, E. N. Stotz & E. B. Algebaile (Orgs.), *Para compreender a pobreza no Brasil* (pp. 153-165). Rio de Janeiro: Contraponto.
- Cohn, A. (1999). As políticas sociais no governo FHC. *Tempo Social*, 11, 183-197.
- Coimbra, C. M. B. (2003). Direitos humanos e a atuação na área jurídica. Em Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Os Direitos humanos na prática profissional dos psicólogos* (pp. 7-9). Brasília: CFP.
- VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS (1987). *Anais*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde.
- Conselho Federal de Serviço Social & Conselho Federal de Psicologia (2007). *Parâmetros para atuação de assistentes sociais e psicólogos(as) na Política de Assistência Social*. Brasília: CFSS/CFP.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP (2008). *Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS*. Brasília: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP (2009a). *A prática profissional dos(as) psicólogos(as) no campo das medidas socioeducativas em meio aberto*. Brasília: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP (2009b). *A prática profissional dos(as) psicólogos(as) em medidas socioeducativas em unidades de internação*. Brasília: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP (2009c). *A prática profissional dos(as) psicólogos(as) nos serviços de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes*. Brasília: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP (2009d). *Serviço de proteção social a crianças e adolescentes vítimas de violência, abuso e exploração sexual e suas famílias: referências para a atuação do psicólogo*. Brasília: CFP.
- Conselho Federal de Psicologia – CFP (2010). *Referências técnicas para a atuação de psicólogos no âmbito das medidas socioeducativas em unidades de internação*. Brasília: CFP.
- Constituição Federal (1988). *Diário Oficial da República Federativa da União* (05 de outubro de 1988) (anexo), Brasília.
- Couto, B. R. (2006). *O Direito Social e a Assistência Social na sociedade brasileira: uma equação possível?* São Paulo: Cortez.
- Cruz, J. M. O. (2009). Práticas psicológicas em Centro de Referência da Assistência Social. *Psicologia em Foco*, 2, 11-27.
- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3, 95-121.
- Donnangelo, M. C. (1975). Estado e assistência médica. Em M. C. Donnangelo (Org.), *Medicina e sociedade (O médico e seu mercado de trabalho)* (pp. 1-46). São Paulo: Pioneira.
- Draibe, S. (1993). As políticas sociais e o neoliberalismo. *Novos Estudos Cebrap*, 17, 86-101.
- Draibe, S. (2003). A política social no período FHC e o sistema de proteção social. *Tempo Social*, 15, 63-101.
- Fontenele, A. F. G. T. (2008). *Psicologia e Sistema Único da Assistência Social - SUAS. Estudo sobre a atuação dos psicólogos no Centros de Referência da Assistência Social - CRAS*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- Freitas, R. de C. M. (2007). O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. *Revista Katálisis*, 10, 65-74.
- Germano, J. W. (1993). *Estado militar e educação no Brasil (1964/1985)*. São Paulo: Cortez.
- Iamamoto, M. V., & Carvalho, R. (1983). *Relações sociais e Serviço Social no Brasil*. São Paulo: Cortez.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2010). *Objetivos de desenvolvimento do milênio. Relatório nacional de acompanhamento*. Retirado em 28/07/2010, de <http://www.ipea.gov.br>.
- Laurell, A. C. (1995). Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. Em A. C. Laurell (Org.), *Estado e políticas sociais no neoliberalismo* (pp.151-178). São Paulo: Cortez.
- Lesbaupin, I. (2006). Governo Lula: o governo neoliberal que deu certo? Retirado em 09/07/2010, de <http://www.iserassessoria.org.br/novo/arqsupload/133.doc>.
- Loiato, L. V. C. (2009). Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos de constituição de 1988. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 721-730.
- Luz, M. T. (1979). *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal.
- Marques, R. M., & Mendes, A. (2007). Servindo a dois senhores: as políticas sociais no governo Lula. *Revista Katálisis*, 10, 15-23.
- Marques, R. M., & Mendes, A. (2009). O social sob o “tacão de ferro” da política econômica do período 2003-2006. *Economia e Sociedade*, 18, 567-582.

- Martins, C. E. (2007). O Brasil e a dimensão econômico-social do governo Lula: resultados e perspectivas. *Revista Katálysis*, 10, 35-43.
- Mello, S. L. (1975). *Psicologia e profissão em São Paulo*. São Paulo: Ática.
- Ministério da Saúde (04/03/2008). Portaria 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. *Diário Oficial da União*, 43, 38-42.
- Ministério da Saúde (1999). *Manual para a organização da atenção básica*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS (2004). *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília: MDS.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS (2005a). *Norma operacional básica – NOB/SUAS*. Brasília: MDS.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS (2005b). *Guia de Orientação Técnica – SUAS N° 1. Proteção Social Básica de Assistência Social*. Brasília: MDS.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS (s/d). *Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS. Guia de Orientação nº 1*. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social, MDS.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS (2009). *Orientações técnicas - Centro de Referência da Assistência Social*. Brasília: MDS.
- Monnerat, G. L., Senna, M. C. M., Schottz, V., Magalhães, R., & Burlandy, L. (2007). Do direito incondicional à incondicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 1453-1462.
- Montaño, C. (2002). *Terceiro setor e questão social*. São Paulo: Cortez.
- Nery, V. P. (2009). *O trabalho de assistentes sociais e psicólogos na política de assistência social – saberes e direitos em questão*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Netto, J. P. (1990). *Ditadura e Serviço Social*. São Paulo: Cortez.
- Netto, J. P. (2007). *Capitalismo monopolista e Serviço Social* (6ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Noronha, J. C., & Levcovitz, E. (1994). AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. Em R. Guimarães & R. A. W. Tavares (Orgs.), *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80* (pp. 73-111). Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- O'Connor, J. (1977). *USA: a crise do Estado capitalista*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Oliveira, F. (1988). O surgimento do antivalor. *Novos Estudos CEBRAP*, 22, 8-28.
- Oliveira, I. M. F. F. (2005). *A Psicologia no Sistema de Saúde Pública: diagnóstico e perspectivas*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Pastorini, A. (2004). *A categoria “questão social” em debate*. São Paulo: Cortez.
- Pécaut, D. (1990). *Os intelectuais e a política no Brasil: entre o povo e a nação*. São Paulo: Ática.
- Pereira, C. A. (1996). *A política pública como caixa de pandora: organização de interesses, processo decisório e efeitos perversos na reforma sanitária brasileira (1985-1989)*. Dados. Retirado em 22/03/2002, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581996000300006&lng=pt&nrm=iso.
- Ribeiro, D. (1978). *UnB: invenção e descaminho*. Rio de Janeiro: Avenir.
- Santos, W. G. (1979). *Cidadania e justiça*. Rio de Janeiro: Campus.
- Santos, W. G. (1987). A trágica condição da política social. Em S. H. Abranches, W. G. dos Santos & M. A. Coimbra (Orgs.), *Política social e combate à pobreza* (2ª ed.) (pp. 33-63). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Schwarz, R. (1970). Remarques sur la culture et la politique au Brésil, 1964-1969. *Les Temps Modernes*, 288, 37-73.
- Senra, C. M. G. (2009). *Psicólogos sociais em uma instituição pública de Assistência Social: analisando estratégias de enfrentamento*. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.
- Silva, M. O. S. (2007). O Bolsa Família: problematizando questões centrais na política de transferência de renda no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 1429-1439.
- Silva, R. C. (1992). A formação em psicologia para o trabalho na saúde pública. Em F. C. B. Campos (Org.), *Psicologia e saúde: repensando práticas* (pp. 25-40). São Paulo: Hucitec.
- Soares, L. T. R. (2001). *Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina*. Petrópolis: Vozes.
- Sposati, A. (2007). *A menina LOAS: um processo de construção da Assistência Social* (3ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Teixeira, S. F. (1995). *Reforma sanitária: em busca de uma teoria*. São Paulo: Cortez.
- United Nations Development Programme (2002). *Human development report 2002: Deepening democracy in a fragmented world*. Oxford: Oxford University.
- Vasconcelos, C. P. (1997). *Atores e interesses na implantação da reforma sanitária no Rio Grande do Norte*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Vasconcelos, E. (1999). Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública nas duas últimas décadas. Em A. M. Jacó-Vilela, F. Jabur & H. B. C. Rodrigues (Orgs.), *Clio-Psychê: histórias da Psicologia no Brasil* (pp. 121-147). Rio de Janeiro: UERJ.
- Ximenes, V. M., Paula, L. R. C., & Barros, J. P. P. (2009). Psicologia Comunitária e Política de Assistência Social: diálogos sobre atuação em comunidades. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29, 686-699.
- Yamamoto, O. H. (1996). *A educação brasileira e a tradição marxista (1970-90)*. São Paulo: Moraes.
- Yamamoto, O. H. (2007). Políticas sociais, “terceiro setor” e “compromisso social”: perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. *Psicologia e Sociedade*, 19, 30-37.
- Yazbek, M. C. (2004). O Programa Fome Zero no contexto das políticas sociais brasileiras. *São Paulo em Perspectiva*, 18, 104-112.
- Zimmermann, C. R. (2006). Os programas sociais sob a ótica dos direitos humanos: o caso do Bolsa Família do governo Lula no Brasil. *Revista Internacional de Direitos Humanos*, 4, 144-159.