

Formação em Psicologia e Políticas Públicas: Estágio no PIM-PIAPsychologist Education and Public Policies: *An internship in the PIM-PIA*Formación en Psicología y Políticas Públicas: *La práctica en el PIM-PIA***Lutiane de Lara**

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Daniel Dall'Igna Ecker

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Resumo

Este artigo é um relato de experiência do estágio supervisionado em Psicologia Comunitária no Programa Primeira Infância Melhor – Porto Infância Alegre (PIM-PIA) que atende gestantes e crianças de zero a seis anos em situação de vulnerabilidade social. A intervenção teve como foco trabalhar o vínculo entre a gestante, a criança e a família orientando quanto aos cuidados biopsicossociais. As atividades foram realizadas nos domicílios das famílias, na associação de moradores e em uma casa de cuidadora. Neste relato, discutimos a formação do estudante de Psicologia para atuar na área das políticas públicas. Nesse processo, o estágio permitiu a reflexão sobre as lacunas presentes na formação em Psicologia, especialmente, quando nos referimos sobre a construção de profissionais para atuar no campo das políticas públicas e no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Psicologia comunitária; Políticas públicas; Formação do psicólogo.

Resumen

Este artículo es un relato de experiencia de prácticas supervisadas en Psicología Comunitaria en el Programa Primera Infancia Mejor - Porto Alegre Infancia (PIM-PIA), que asiste a mujeres embarazadas y niños de hasta seis años en situación de vulnerabilidad social. La intervención se centró en trabajar el vínculo entre la madre, el niño y la familia cuanto a los cuidados biopsicosocial. Las actividades se pasaron en los hogares de las familias, en la asociación de vecinos y en una casa de una cuidadora. En este relato, se discute la formación del estudiante de psicología para trabajar en el ámbito de la política pública. En este proceso, la práctica permitió la reflexión sobre las deficiencias de la formación en psicología, sobre todo, cuando hablamos de la formación de profesionales para actuar en el ámbito de la política pública y en el Sistema Único de Salud (SUS).

Palabras clave: Psicología comunitaria, Políticas públicas; Formación.

Abstract

This paper reports an internship supervised experience in the First Childhood Program (PIM-PIA) that assisted pregnant women and children up to six years in social vulnerability. The intervention focused on the working relationship between the mother, the child and family as guiding biopsychosocial care. The activities were held in the homes of families in the neighborhood association and a caretaker's house. In this report, we discuss the student psychologist education to work in the area of public policies. In this process, the internship allowed reflections about the gaps in the psychologist education, especially when we talk about training professionals to work in the field of public policies, especially within the Brazilian Public Health System (SUS).

Keywords: Community psychology, Public policies, Psychologist education.

Introdução

Este artigo apresenta o relato de experiência do estágio supervisionado em Psicologia Comunitária desenvolvido por um estudante da Faculdade de Psicologia da PUCRS durante o primeiro e segundo semestre de 2012. Através do estágio, foi realizada a inserção no Programa Primeira Infância Melhor – Porto Infância Alegre (PIM-PIA) – da Secretaria Municipal da Saúde do Rio Grande do Sul.

O PIM-PIA é uma política pública que foi oficialmente lançada em 07 de abril de 2003 com o objetivo de desenvolver de forma integral a primeira infância, especialmente da população mais pobre. Atende de gestantes a crianças de zero a seis anos buscando trabalhar aspectos sócioemocionais, cognitivos, de aprendizagem e de comportamento em

uma perspectiva de promoção da saúde (Schneider e Ramires, 2007). Além disso, esta política se insere no Rio Grande do Sul como parte essencial de uma ação estadual de prevenção da violência (Crusius, 2007).

Assim, durante o estágio, foram realizadas intervenções com gestantes e crianças de zero a seis anos que se encontravam em situação de vulnerabilidade social. O estágio ocorreu durante o primeiro e segundo semestre de 2012 na Vila Safira que se localiza na cidade de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, especificadamente no bairro Mario Quintana.

As atividades com gestantes e crianças de zero a três anos foram realizadas em seus domicílios. Além disso, realizamos atividades em grupo com crianças de três aos seis anos, com seus

respectivos cuidadores, na associação de moradores da região e em uma casa de cuidadora¹. Através de uma equipe de quatro estagiários, com orientação da assessora, foi possível contemplar o acompanhamento de, em média, 25 famílias que foram atendidas sistematicamente ao longo do ano, durante 45 minutos, uma vez por semana.

Como sugere o programa, nos propomos a trabalhar o vínculo cuidador entre a gestante, a criança e a família orientando quanto aos cuidados biopsicossociais. Em seguida, buscamos promover o desenvolvimento integral de crianças de 0 a 6 estimulando nelas a percepção de objetos e suas qualidades, bem como o pensamento representativo que é utilizado na solução de diversas tarefas cognitivas. Para ampliar e potencializar as intervenções, solicitamos contribuição intersetorial de representantes da saúde, cultura, educação e assistência social, baseando nossa ação de trabalho na integração entre família e comunidade (Schneider e Ramires, 2007).

O início da prática do estágio na área de Psicologia Comunitária visava inserir o estudante em contextos de trabalho do psicólogo nas comunidades, especificadamente neste caso, em uma política pública. Assim, neste trabalho, propomos a discussão sobre o processo de inserção e prática do estágio buscando

integrar essa experiência a uma reflexão sobre a formação do psicólogo e sobre o modo como ela tem capacitado o estudante para atuar nas políticas públicas.

Durante o processo de formação, no curso de Psicologia da FAPSI, o aluno é estimulado a pensar de forma crítica e comprometida os aspectos relacionados à construção psíquica dos indivíduos. Desde o início do curso o estudante é desafiado a se inserir em práticas interdisciplinares, estágios extracurriculares, estágios supervisionados, atividades complementares, bolsas de iniciação científica, disciplinas eletivas, laboratório de informática e de processos psicológicos. Segundo a instituição, o currículo do curso e as disciplinas são organizados de acordo com as diretrizes curriculares regulamentadas pelo Ministério da Educação (MEC). Através do conteúdo trabalhado nas disciplinas, o estudante é formado como profissional generalista o que daria conta de uma habilitação à trabalhar dentro de diversos setores, dentre eles, as chamadas “comunidades” (PUCRS, 2012).

O trabalho com comunidades se insere, principalmente, nos estudos e práticas desenvolvidas dentro da área da Psicologia Social Comunitária. Esta disciplina sofreu diversas modificações ao longo dos anos. Inicialmente, com certo caráter positivista, as aulas de Psicologia

Social eram utilizadas para apresentar estudos e práticas que privilegiavam a utilização de escalas e métodos experimentais amparados na lógica adaptacionista dos sujeitos e a uma proposta de sociedade específica (Scarparo e Guareschi, 2007).

De acordo com as autoras, nos anos 70, em consonância ao surgimento do Conselho Federal de Psicologia e dos Conselhos Regionais, emergem discussões acerca do papel do psicólogo e de sua responsabilidade social, na qual se coloca em evidência as ideologias e valores que embasavam as práticas psicológicas da época. Assim, a lógica positivista, a favor de produzir sujeitos “saudáveis” que ofereceriam ao mercado econômico e político sua produtividade, é colocada em questionamento. A partir disso, aliado aos movimentos sociais, novas formas de pensar e fazer psicologia emergem na busca por práticas que favoreçam a emancipação social em contraponto a privatização dos sujeitos.

É importante destacar que, nessa época, são de grande importância os movimentos aliados em prol de uma saúde coletiva que, através da afirmação das leis promulgadas na Constituição Federal de 1988, propunham serviços que funcionassem dentro da lógica da inclusão, igualdade e cidadania presentes nesse documento. A Reforma Sanitária, as

Conferências de Saúde e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram fundamentais na produção desse processo e interferiram no modo como as práticas da psicologia e suas produções de conhecimento estavam se constituindo naquele período histórico (Scarparo e Guareschi, 2007).

A partir disso, principalmente através da implantação do SUS, surge todo um campo de intervenção possível para os profissionais da Psicologia. O acesso à saúde deixa de ser algo possível apenas pela lógica privada de mercado e passa a ser direito constitucional de todos os cidadãos brasileiros. O campo de intervenção psi é desafiado a reinventar suas ações, resignificar seus saberes e questionar suas práticas, éticas e efeitos que essas provocam nos sujeitos aos quais buscam intervir (Dimenstein, 2000).

No âmbito do ensino superior, em 2005, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) estabelece que as formações profissionais devem contemplar o sistema de saúde vigente no país (Brasil, 2005). Na resolução nº 350 de 2005, o CNS considerou 14 cursos como aqueles que compõem a área da saúde, entre eles está a Psicologia. A partir disso, além de contemplar as orientações do CNS, a elaboração dos Projetos Político-Pedagógicos de cada um dos cursos da área da saúde deve ser regida pelas

Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) que orientam as questões da formação para cada área específica. Essas orientações devem ser embasadas pela proposta de saúde integral presente nas Políticas do Sistema Único de Saúde que atuam dentro de uma lógica da universalidade, equidade e do comprometimento da sociedade no planejamento, gestão e avaliação das ações em saúde.

Assim, há sete anos, as políticas que regem a educação superior no Brasil já afirmaram a importância e obrigatoriedade da formação de profissionais para atuar nas políticas públicas de saúde visto que é esse o sistema de cuidado em nosso país. Apesar disso, em estudo de 2010 sobre a formação em Psicologia, percebe-se que ainda prevalece nas disciplinas conteúdos científicos dentro de uma lógica individual e racionalista que pensa o sujeito de forma isolada de seu contexto e realiza seu entendimento a partir de diagnósticos. Esses tipos de práticas científicas, por produzirem conhecimentos classificatórios e que visam explicar de forma generalizada o funcionamento humano, tem como efeito um distanciamento da noção de entendimento integral proposto na lógica do SUS (Guareschi et al, 2010).

A prática do estágio, com seu caráter formador-profissional, objetiva aproximar o estudante do campo de trabalho visando o desenvolvimento

técnico de suas habilidades e competências. Ao se inserir no local de estágio, devido a sua condição de estudante entre o 7º e 10º semestre, o aluno já possui uma ampla carga de conhecimentos adquiridos ao longo do curso através das disciplinas e atividades científicas desenvolvidas ao longo da formação.

Neste trabalho, abordaremos a experiência do estágio curricular na política do PIM-PIA discutindo dois elementos. Na descrição da experiência, em um primeiro momento, abordaremos a inserção do estudante em uma política pública. Em seguida, discutiremos sobre o encontro entre o estudante e a população que acessa o serviço oferecido pelo PIM-PIA. Esses dois aspectos serão abordados com o objetivo de fomentar a discussão sobre a formação do estudante de Psicologia para atuar na área das políticas públicas. Além disso, busca-se problematizar o modo como a formação atual em Psicologia tem auxiliado na produção de profissionais que participem da construção de um sistema único de saúde brasileiro.

Descrição do trabalho

No início do estágio o trabalho se deu na sede do programa que se localiza no prédio da Secretaria Municipal da

Educação (SMED) no centro de Porto Alegre. Nesse primeiro momento, estudamos o material que ampara as ações da política do PIM-PIA (guia da família, guia da gestante, questionários censitários e material complementar). Além disso, realizou-se a integração do estagiário com a equipe e com os outros profissionais que já atuavam nas comunidades.

Ao realizarmos uma avaliação dessa primeira inserção, percebe-se que a entrada do estagiário no serviço aconteceu de forma relativamente descontextualizada do âmbito das políticas públicas. O Programa Primeira Infância Melhor – Porto Infância Alegre – é uma política e, por isso, se insere em toda uma complexidade da administração do público. Revendo a formação do estagiário obtida anteriormente na graduação, nota-se que pouco se discutiu sobre o âmbito do público, sua organização e administração, o que resultou em uma inserção descontextualizada do estagiário na política. Como estão constituídas as Secretarias do estado? Como se dá a criação de políticas públicas? Como é a relação entre as instâncias governamentais? Como se dá a contratação de profissionais? Como se formam os serviços públicos?

Scarcelli e Junqueira (2011) mostram que a formação das políticas públicas e a construção dos serviços de

saúde do SUS acontecem atravessadas por diversos interesses que mobilizam “governantes, partidos políticos, empresários, movimentos sociais, estudantes, intelectuais, entidades filantrópicas, conselhos profissionais, associações de classes, sindicatos, etc.” (p. 344). Entender os interesses e atravessamentos é essencial para contextualizar o modo como se estrutura e se organiza uma política compreendendo então seus objetivos e ações.

No estágio, foi possível perceber que muitos dos profissionais que ali se encontravam estavam perpassados por questões políticas que interferiam no modo como as próprias ações do PIM-PIA eram executadas. A preocupação em manter a política em vigência, em garantir a existência do seu cargo, a dependência do setor do PIM-PIA a outros setores do estado construía toda uma insegurança nos profissionais do serviço que passavam a dedicar esforços em ações que evidenciassem sua “eficácia” enquanto equipe.

No momento em que o estagiário se insere nessa equipe ele funciona como mais uma ferramenta importante na perpetuação de lógicas e práticas que atuam nesses contextos. Entender então como se formam as políticas públicas, como se sustentam e quais os direitos e deveres dos que as compõem são

essenciais para a formação do estagiário. O entendimento do contexto irá facilitar a compreensão das relações que estão postas na equipe e dos interesses que mobilizam os sujeitos envolvidos. Essa ação auxiliará no modo como o próprio estudante se coloca nesta equipe e na forma como compreende e intervêm nas situações que demandam necessidade.

A inserção do Psicólogo em serviços do SUS requer o reconhecimento de que esse setor é um espaço de disputas entre diversos campos. Esse reconhecimento é essencial para que os princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização, intersetorialidade e controle social sejam realmente efetuados no campo da saúde. O desafio é que por muito tempo as ações da Psicologia vieram fragmentadas, tendo apenas a inserção desse profissional na área da saúde mental. Nela, se produziu dicotomias em que se psicologizava questões humanas, enfatizando a subjetividade, afastando-se de uma noção de coletivo (Scarcelli e Junqueira, 2011).

Ao entrar no âmbito público, em que o trabalho se sustenta em uma noção de coletivo, surge o desafio de o profissional sair de uma lógica da Psicologia com viés individualizante (Rivero, 2010). Esse aspecto do imaginário da Psicologia, enquanto disciplina que individualiza e classifica, tornou-se

evidente a partir da inserção na comunidade em que realizamos as atividades do PIM-PIA. Nos primeiros contatos com a região, pudemos nos integrar com a equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) que atende a região da Vila Safira (MS, 1998). Nesse contato inicial, foi possível perceber a intensidade com que se sustenta o imaginário em torno da profissão do psicólogo como aquele que analisa e elabora diagnósticos. Ao conversarmos com os Agentes de Saúde do posto éramos convidados a escutar sobre a história de vida das famílias que eles atendiam. Os Agentes descreviam comportamentos e condutas visando oferecer elementos para nosso entendimento das situações. Ao final da descrição, eles questionavam: *Qual o diagnóstico que eles têm? O que podemos fazer? Será que eles devem ser medicados?* (sic).

Percebe-se que os próprios sujeitos da comunidade compartilhavam de uma noção de Psicologia que, a partir da descrição de condutas e comportamentos, viria a estabelecer diagnósticos e classificar os comportamentos humanos. Em termos de formação, esses questionamentos fizeram lembrar discussões ocorridas na disciplina de Psicologia Comunitária que problematizavam os conceitos de saúde nas práticas psicológicas. Para

compreendermos esses conceitos, e as lógicas que os sustentam, é necessário entendermos os três eixos históricos principais que embasam a Psicologia enquanto ciência e disciplina. São eles: razão, inconsciente e psicotécnicas (Medeiros et al., 2005).

No eixo da razão, sustentado principalmente no final do século XIX, a Psicologia se volta para o conceito de consciência com o intuito de definir o ser humano como alguém constituído por processos conscientes e cognitivos. Nessa definição, o sujeito seria capaz de ser estudado, pois analisando esses processos poder-se-ia entender como ele funciona e porque funciona com determinada configuração. Nesse enfoque a saúde não é relevante, tampouco a doença (Medeiros et al., 2005).

Em relação ao inconsciente reportasse a ideia de um indivíduo que não possui total controle de si. Constrói-se uma interioridade, desconhecida e incontrolável, na qual habitaria a verdade do sujeito. Nesse contexto, emergem tecnologias de investigação que visam analisar esse humano. Criam-se psicopatologias e, com base nelas, o conceito de saúde é pensado. Nesse eixo, a ideia de indivíduo é fortalecida, reforçando assim, práticas de cunho individualizante e apolítico.

No ultimo eixo, das psicotécnicas, as práticas da Psicologia se estruturam atravessadas por contextos emergentes da Segunda Guerra Mundial. O foco nesse eixo não é a construção de teorias sobre o sujeito, mas sim, a produção de tecnologias aplicáveis com foco no adestramento e na busca por indivíduos funcionais. Através de classificações hierárquicas se estabelece comparações excludentes: alguns são mais aptos, mais inteligentes, alguns não são capazes e nem funcionais. Em termos de saúde, esse eixo baseia-se principalmente em critérios de “normalidade”, tendo os incapazes, como o foco das intervenções (Medeiros et al., 2005).

Este último conceito, como se percebe no discurso dos Agentes de Saúde, integra a visão que grande parte da população ainda possui da Psicologia enquanto profissão: aquela que classifica na busca por enquadrar e comparar comportamentos e, a partir disso, estabelecer estratégias de modificação. Através da prática do estágio se percebe que cabe ao profissional em formação o desafio de colocar em questionamento e própria noção de Psicologia atribuída pelo senso comum. Noção, muitas vezes, construída pelos próprios psicólogos quando esses se colocam em posições de supostos especialistas que, através do seu saber, teriam as respostas sobre o comportamento humano.

Machado et al. (2007) identifica que muitas das limitações encontradas no processo de implantação do SUS ocorreram devido ao fato de que uma renovação nas ações em saúde necessita de novas práticas para se consolidar. Estas são possíveis a partir da formação de profissionais que estejam em consonância com o novo modelo de promoção e produção de saúde. A consequência do atual descompasso é que, embora a saúde seja um direito garantido constitucionalmente, o que se encontra na realidade é uma crise, vivenciada por usuários e profissionais. Crise esta caracterizada pela dificuldade de superar o modelo herdado de práticas de saúde que consistem na fragmentação do sujeito e do atendimento, centrada na produção de atos, na utilização de instrumentos e técnicas de identificação de doenças e na adoção prioritária de tratamentos medicamentosos.

Guareschi et al. (2010) evidencia que a Psicologia, há anos, tem sido provocada a ocupar outros espaços para além da tradicional clínica privada que ainda predomina no imaginário da sociedade como a principal forma de atuação do trabalhador *psi*. Esse modo de atuação baseado, de forma geral, em uma lógica individualizante, focada na busca por verdades e patologizadora das ações dos sujeitos, permanece nos currículos de Psicologia como vieses que se apresentam

em grande parte das disciplinas. Assim, a formação ainda mantém lógicas tradicionais de ensino que sustentam a construção de profissionais que tratam de questões simplesmente individuais, fragmentadas do contexto e fora da realidade dos sujeitos, não contemplando a noção de integralidade proposta nas políticas do SUS.

No Programa PIM-PIA a noção de saúde proposta nas cartilhas da política enfatiza a importância de que as atividades intervencionistas desenvolvam a saúde das gestantes e crianças de forma integral, mediante a contribuição da rede intersetorial de representantes da saúde, cultura, educação e assistência social, baseando as ações na integração entre família e a comunidade. Surgem questões: Quais os serviços disponíveis na rede? Como acionar esses serviços? De que forma intervir para aumentar a integração entre a rede intersetorial?

Apesar das orientações do programa, devido a resquícios de uma formação em Psicologia focada em uma perspectiva individual, apolítica e elitista, percebe-se a dificuldade de pensar em estratégias de entendimento e intervenção no contexto das políticas públicas. A própria equipe do PIM-PIA, composta por diversos estagiários de Psicologia, denunciam essas lógicas quando, frequentemente, se colocam na posição de

especialistas que buscam prever o ser humano se utilizando de critérios teóricos sobre comportamentos e condutas para diagnosticar as famílias atendidas.

Nessa lógica, permanece a leitura dos sujeitos através de um viés com cunho biologicista em que o corpo biológico é descontextualizado da noção do social. Surge então, na relação entre profissional em formação e as práticas de estágio, o desafio de o estudante incluir em sua leitura das situações conceitos como o de cidadania, direitos humanos, humanização e atenção integral. Esses conceitos, principalmente em ações nos contextos de vulnerabilidade social, são de extrema importância visto que estamos nos referindo a populações que possuem seus direitos constitucionais básicos negligenciados.

Encontro entre o estudante e a população que acessa o PIM-PIA

O Programa PIM-PIA tem como foco de intervenção a época da gestação e o período da primeira infância, principalmente, das populações mais pobres. A escolha das regiões nas quais irá se implantar o serviço se baseia em critérios de vulnerabilidade social justificados através de estudos sobre os dados sociodemográficos da região (natalidade, mortalidade, questões

econômicas, de moradia, etc.), definidos e mensurados pelo governo do estado (Schneider e Ramires, 2007).

De acordo com Meyer et al. (2006), a noção de vulnerabilidade social no campo da saúde apresenta diversas discussões quanto a sua conceitualização. Na discussão, os autores apontam que, ao se pensar em uma descrição, a ideia de vulnerabilidade estaria associada a uma maior exposição e suscetibilidade dos sujeitos ao adoecimento e, em consonância, a recursos de proteção limitados ou reduzidos para lidar com essas condições. É importante destacar que essa noção de vulnerabilidade social na área da saúde deve ser discutida colocando em questão as próprias ideias de “sujeitos saudáveis” vinculadas nas práticas educativas. Assim, trata-se de questionar as lógicas que sustentam as ações em saúde quando essas colocam o sujeito em um patamar de comparação a determinados ideais de higiene ou o quantificam através de categorias na busca por enquadrá-los a grupos de supostos “seres saudáveis”. Questiona-se: “Vulnerabilidade de quem? Vulnerabilidade a quê? Vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições?” (p. 1339).

No campo de intervenções do PIM-PIA a questão econômica, da vida e da morte orienta a noção de vulnerabilidade social: o local de moradia, suas condições,

o acesso ao trabalho, à renda salarial, o número de filhos mortos e vivos determina o quão vulneráveis estarão os sujeitos em questão. Assim, a escolha da intervenção se dá através de dados do governo que definem a pobreza como caráter principal da noção de vulnerabilidade. Nesse momento nos questionamos sobre a formação em Psicologia e como ela se coloca nessa discussão: Como a noção de vulnerabilidade social é contemplada pela formação? Como a Psicologia se insere nesses contextos? Que questões éticas estão implicadas nessas discussões? Qual o papel político da Psicologia enquanto profissão do cuidado? Como pensar a pobreza no contexto social brasileiro? Essas perguntas nos demandam situar e descrever a situação em que vivem as famílias atendidas pelo PIM-PIM na Vila Safira, no bairro Mário Quintana, para que possamos pensar as intervenções *psi* nesse campo.

Apesar de ter sua origem datada em 1896, com a instalação de chácaras locais, o bairro Mário Quintana foi oficialmente criado no dia 22 de dezembro de 1998 pela Lei ordinária nº 8258 de Porto Alegre. Sua ocupação se deu, principalmente, nos anos 80. Nessa época, moradores de vilas próximas do centro de Porto Alegre (Borges, Ipiranga e Harmonia) foram transferidos para essa região. Assim, o bairro é considerado uma área de expansão

urbana. De acordo com Darui e Lunardi (2011), no ano de 2000, o rendimento médio mensal dos responsáveis por arcar com as despesas do domicílio era de 2,45 salários mínimos. Além disso, a taxa de analfabetismo da região é de 7,6% da população total. Atualmente, o bairro tem uma população de, em média, 28.518 habitantes, sendo 4.206,19 por km² (Observa POA, 2012).

O bairro Mario Quintana pertence à região 6/Nordeste do Orçamento Participativo. Sua área geográfica representa 1,42% do município de Porto Alegre, ocupando 6,78km². Sua região possui uma rede de médio porte no que se refere a serviços como, por exemplo, escolas, creches, postos de saúde, supermercados, ferragens, madeireiras, bazares e transporte local. Porém, um aspecto se faz relevante tendo em vista que parte do bairro é composto por áreas de ocupação, tornando essa população mais vulnerável em detrimento a outras. Os serviços de infraestrutura são precários ou inexistentes e as políticas públicas não atingem em massa os moradores.

Nesse contexto que se atravessa o estágio em Psicologia Comunitária. Através do Programa Primeira Infância Melhor, o estudante é desafiado a se inserir na comunidade com o objetivo de desenvolver atividades de intervenção. Como sugere o programa, nos propomos a

trabalhar o vínculo cuidador entre a gestante, a criança e a família, orientando quanto aos cuidados biopsicossociais. Em seguida, buscamos promover o desenvolvimento integral de crianças de zero a seis anos estimulando nelas a percepção de objetos e suas qualidades, bem como o pensamento representativo que é utilizado na solução de diversas tarefas cognitivas. Para ampliar e potencializar essa intervenção, solicitamos contribuição intersetorial baseando nossa ação de trabalho na integração entre família e comunidade (Schneider e Ramires, 2007).

Os atendimentos com gestantes e crianças de zero aos três anos, de forma geral, foram realizados na casa das famílias. Além desse formato, também efetuamos atividades em uma casa de cuidadora e na associação de moradores do bairro, locais nos quais desenvolvemos atividades com as crianças de três aos seis anos. Das 25 famílias contempladas pelo programa alguns contextos se repetiam frequentemente: extrema pobreza, alimentação restrita, pouco diversificada e precária (devido à baixa condição econômica), moradias insalubres, espaços limitados, úmidos, casas de madeira com buracos, goteiras, frequentemente habitadas por ratos e baratas que perambulavam pelos alimentos, camas e, inclusive, por vezes mordiam as crianças

que ficavam expostas a essas condições. Nossas ações se inseriram nesses ambientes, por vezes, tendo que visualizar choros matinais das crianças por estarem sentindo fome, por não terem o que comer.

O esgoto a céu aberto, com água encanada de pouca qualidade devido à má formulação da estrutura de canos. Repetidamente, as famílias passavam mal por causa da água que bebiam. A solução encontrada era a fervura da água, porém, por vezes, não possuíam gás ou nem a própria água pelo fato de não haver encanamento. Algumas famílias buscavam a água em galões ou baldes, tomavam banho gelado mesmo no inverno, realizavam os chamados “gatos” (unindo fios de eletricidade clandestinamente uns aos outros), na busca por obter energia. Em algumas regiões da Vila, ainda não há postes de eletricidade, nem nome de rua ou espaços onde se possa caminhar com tranquilidade sem cair em buracos, resvalar em pedras soltas, andar no barro molhado, em poças de água suja ou pisar em fezes de animais. O lixo habita a vizinhança e, em muitos casos, compunha a maioria dos espaços.

As crianças brincavam em meio a essa realidade. A questão econômica às colocava a impossibilidade de acessar instituições de educação infantil. Além disso, era evidente a baixa escolaridade, ou o próprio analfabetismo, dos cuidadores e

familiares da criança. A educação a qual eles tinham acesso era de caráter público ou estadual que, com frequência, resultava na descrição de escolas aonde “*os professores não vão, não há cuidado nenhum com a manutenção de regras, os professores deixam os alunos na sala sem fazer nada, não cobram tarefas e repetidamente eles agredem uns aos outros por não haver alguém responsável cuidando das relações*” (sic). Ao conversarmos com a direção da escola da região, na busca por esclarecer essas situações, a orientadora pedagógica relata “*que os professores são muito mal remunerados, não há qualidade de trabalho devido sobrecarga de tarefas e poucos funcionários para auxiliar. Além disso, o governo não investe em infraestrutura e esse descaso desmotiva os profissionais*” (sic).

No âmbito da cultura, do lazer e do acesso ao vestuário a questão econômica aparecia novamente como um limitador. As famílias tinham que priorizar as necessidades tendo que optar entre comprar comida, usar o dinheiro para sair de ônibus ou comprar uma peça de roupa. Nessas situações, é evidente que a necessidade de alimentação era priorizada, refletida na repetida estadia das famílias em casa. Assim, impossibilitadas de saírem e de acessar locais de lazer além da praça do bairro, se viam aprisionadas

em seus pequenos ambientes, resultando na produção de sentimentos de estresse e desgaste, que acabavam por se refletir nas relações cotidianas. Essa condição de pobreza, também construía uma imagem de si autodepreciativa e inferiorizada: “*desculpe o jeito que estou vestindo*” (sic), “*eu estou toda mulambenta*” (sic), “*desculpe por eu não ter me arrumado direito*” (sic), “*não repara que hoje eu estou horrível*” (sic), “*desculpe por que hoje ainda não consegui tomar banho*” (sic) são exemplos de frases que escutamos frequentemente nos atendimentos. É importante destacarmos que, apesar delas terem um caráter “ingênuo”, em que a descrição colocava os sujeitos que as relatavam como responsáveis por aquela condição, na verdade, as frases em questão denunciam a situação de pobreza e de desigualdade social ao qual eles estavam inseridos.

Dessa forma, não havia no contexto daquelas famílias uma escolha por seus membros estarem usando roupas rasgadas, surradas ou velhas. Eles não haviam optado por não tomar banho, não comer ou não circular na cidade, mas sim, a realidade que viviam impunha a falta de materiais de higiene, de água, de comida ou de dinheiro. De acordo com pesquisas do IPEA (2007), o Brasil ainda é um país marcado por grande desigualdade social. Nessa conjuntura, Dantas, Oliveira e

Yamamoto (2010) se indagam sobre a Psicologia enquanto profissão situada no campo do bem-estar social: “quais são as respostas que têm sido dadas pelos psicólogos em sua prática profissional no trato da questão da pobreza?” (p.105). No estudo, apontam que o tema da pobreza ainda se apresenta sendo abordado de forma descontextualizada da noção de sociedade, que atualmente está pautada em um sistema econômico capitalista, ou a pobreza passa a ser discutida de forma isolada da existência de outras problemáticas sociais. Nesse contexto, essa temática não aparece como uma preocupação da Psicologia enquanto campo de intervenção. Para os autores, isso é refletido através da pouca produção acadêmica sobre esse assunto que viria justificada, também, como uma consequência sobre o modo como a própria Psicologia se produziu e se afirmou enquanto ciência ao longo de sua criação, a partir das temáticas que elegeram como prioritárias.

Se pensarmos que a formação ainda está pautada por uma “cultura profissional” amparada na produção de conhecimentos especialmente pensados para as classes sociais mais favorecidas economicamente (Dimenstein, 2000) surge o desafio: Como intervir em um campo de vulnerabilidade social, com saberes adquiridos na graduação, se esses estão

descontextualizados das discussões acerca da pobreza e da lógica capitalista atual?

Dimenstein (2000) aponta para o modo com que determinadas concepções de “categoria profissional”, produzidas na formação, reverberam nas propostas de atuação do sujeito formado no campo dos espaços públicos de saúde. Assim, ao chegar ao local de intervenção o profissional está tomado por uma cultura profissional produzida na área da Psicologia que se apresenta através de um:

“conjunto de idéias, visão de mundo e estilo de vida profissional adotado por um grupo (...) que vem determinar a adesão e preferência por certos modelos de atuação, por certos referenciais teóricos, assim como, por certos padrões, códigos e regras de relacionamento entre os pares e com a comunidade leiga” (p.101).

No âmbito da formação, Botomé (1996) acredita que há uma adesão dos estudantes de forma acrítica e cega as teorias, técnicas, rituais e modelos profissionais que são apresentados ao longo da graduação. Nesse processo de subjetivação dos alunos, se padroniza o comportamento e as respostas dos estudantes frente às demandas do cotidiano profissional que resultam em uma ausência da responsabilidade social e pessoal desse estudante com o contexto de intervenção.

A supervisão e a prática do estágio

Em nossas orientações de supervisão do estágio na Prefeitura fomos capacitados para que as atividades propostas pelos visitantes deveriam envolver a participação dos cuidadores junto à criança. Os atendimentos nas casas tinham como dispositivo inicial de intervenção atividades com caráter pedagógico como, por exemplo, pintura, desenho, recorte, colagem e massagem corporal, de acordo com a característica de cada criança, gestante ou família atendida.

A partir dessas atividades, conversávamos sobre a situação da família, as rotinas, o cotidiano, as relações, os objetivos, seus percursos de vida, trabalho, educação, cuidado, higiene, saúde, futuro e outras questões pontuais. Em seguida, propúnhamos que todos se envolvessem na atividade que estávamos realizando com o objetivo de desenvolver o vínculo entre os envolvidos no cuidado da(s) criança(s). A partir dos encontros, notamos que os cuidadores passaram realmente a se engajar mais no desenvolvimento educacional de seus filhos realizando atividades durante a semana com eles através da, por exemplo, contação de histórias, músicas, realização de brincadeiras, atenção à saúde e as práticas de higiene.

Nesse percurso, compreendemos que os tipos de vínculos formados não são estáticos e independentes do contexto, mas sim, modos de ser que se atravessam e são produzidos pelos acontecimentos cotidianos para se constituir de determinadas formas. Assim, em alguns encontros, o pai, a mãe e os familiares se apresentavam dispostos a interagirem nas atividades, mas em outros atendimentos pareciam distantes e preocupados com outras questões como, por exemplo, compromissos externos, conflitos na família, no trabalho, na vizinhança, acontecimentos na semana que eram importantes, necessidades não supridas, preocupações com questões referentes à saúde de algum membro ou dúvidas quanto a decisões que deveriam ser tomadas. Cabia a nós a ação de investigar o motivo do distanciamento, identificar as necessidades que eles apresentavam para então pensar em estratégias de intervenção além das ações focadas apenas nas relações entre cuidador e criança.

Em termos de formação, nos sentíamos em condições para lidar com questões referentes ao autoconhecimento, relações interpessoais, conflitos, relações de grupo, desenvolvimento infantil ou outros aspectos ligados a uma noção mais individual de entendimento dos sujeitos. Mas, ao contextualizarmos as demandas, percebemos que essa nossa própria

condição estava diretamente atrelada a uma noção hegemônica de sujeito como se houvesse um modelo abstrato de humano que serviria de base para compreendermos todos os outros.

Dimenstein (2000) escreve que a universidade instrui o aluno de Psicologia a partir de um modelo teórico-técnico amparado por uma “ideologia individualista” (p.104) oriunda, principalmente, das classes médias urbanas. Nela, há um enfoque que prioriza o indivíduo e seus supostos aspectos intrapsíquicos tomados como modelos naturalizados de interior subjetivo. Nessa lógica, a Psicologia passa a ser considerada como uma disciplina marcada por teorias essencialistas e universalistas que passam a pensar que as pessoas e noções de, por exemplo, saúde, doença, corpo, vida, morte, cuidado e afeto são iguais em qualquer lugar e momento histórico (Spink, 1992).

Ao realizarmos as atividades com as famílias, principalmente por estarmos inseridos dentro de suas casas, estávamos constantemente em contato com a realidade a qual viviam. A cada encontro, uma nova demanda nos era apresentada: em um dia, a mãe relata preocupação com a saúde do filho, pois ele apresentava problemas respiratórios. Em outra casa, o pai usava drogas e estava vendendo as coisas de casa e brigando com a esposa

porque ela havia gasto o dinheiro dos filhos sem sua permissão. Em outro momento, a mãe relata a necessidade uma vaga na escola para que pudesse se manter matriculada em um curso que lhe renderia um emprego ao final. Em outra casa, a preocupação da família gira em torno do filho mais velho que não se adapta a escola. Em outro atendimento, a mãe se encontra desanimada por se sentir enclausurada na casa de seus sogros já que não tinha outro lugar para morar.

Cada uma dessas situações evidenciavam demandas que eram aparentemente exteriores as ações do PIM-PIA. A princípio, nossas intervenções tinham como foco as relações e vínculos entre cuidador e criança, assim como a estimulação de aspectos do desenvolvimento infantil nas crianças atendidas. Em termos de praticidade, poderia ser interessante deixarmos de lado as demandas que se apresentavam nos contextos das famílias e focarmos apenas nas relações intrafamiliares. Seria prático, pois nossa formação em Psicologia havia nos habilitado para pensar essas relações, mas não possibilitou o aprendizado de outras questões que se atravessam na noção de saúde integral proposta nas políticas do SUS e inerentes a vida de todos os seres humanos.

A vivência do estágio possibilitou percebermos que a produção da saúde se

dá de uma forma integral (Brasil, 2003), já que a vida dos sujeitos depende de diversos fatores como, por exemplo, das condições básicas de habitação (local para dormir, proteção do frio, proteção de animais transmissores de doenças, acesso à água tratada, à luz, aos meios de comunicação, a móveis e aparelhos que facilitem o dia a dia). Acesso a uma alimentação de qualidade (comida não contaminada, diversificada e no prazo de validade). Acesso aos meios de transporte (tanto públicos, que possibilitam uma circulação pela cidade e acesso aos outros serviços, como os privados, que facilitam o cotidiano e permitem a possibilidade do sujeito ocupar outros espaços). Acesso à educação (escolas de educação infantil, ensino fundamental, ensino médio, cursos profissionalizantes, ensino superior e formações complementares) que interferem significativamente no conhecimento que o sujeito desenvolve sobre o mundo e na forma como ele consegue se inserir no mercado de trabalho. Acesso à higiene e saúde (vestuários, produtos e serviços), que proporcionam uma melhor qualidade de vida e possibilitam um amplo autocuidado. Acesso à relações interpessoais (em grupos sociais e familiares no qual possam haver interações produtivas e gratificantes).

Mas, no momento em que essas famílias vivem situações de pobreza, na

qual não possuem recursos para acessar os serviços que poderiam garantir os aspectos presentes em uma noção de saúde integral, estas se veem aprisionadas em modos de vida limitados e com as possibilidades reduzidas. Ao nos inserirmos nesses núcleos, enquanto profissionais produtores de saúde nos vimos impossibilitados de negligenciar essas realidades. Assim, acionamos os serviços presentes na região na busca por atendimento a essas famílias.

Nesse processo, sentimos uma lacuna em termos de conhecimento adquirido na academia sobre as atuais políticas de assistência social, educação, transporte, moradia e direitos humanos presentes no país que poderiam nos servir de auxílio nas ações de intervenção do PIM-PIA. Na graduação de Psicologia, apresentaram-nos alguns aspectos sobre o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) e como se organiza sua rede de serviços, ações e benefícios (Brasil, 2004). Mas, devido a uma enorme predominância de disciplinas focadas em aspectos individuais, processos terapêuticos e questões intrapsíquicas, fomos formados de forma muito superficial para atuar no campo do público. Além disso, discussões referentes aos aspectos sociais, políticos e ideológicos que embasam as relações em sociedade ficaram quase que negligenciados na formação.

Diante das famílias atendidas pelo PIM-PIA, que já naturalizavam a pobreza e a miséria como um aspecto “natural” de suas vidas e, inclusive, se responsabilizam e sentiam vergonha de sua condição como se fosse uma escolha, nos surgiu o desafio: Como produzir sujeitos autônomos que reconheçam seus direitos? Como tornar consciente o papel político dos membros familiares? De que forma situá-los enquanto cidadãos de um país que se diz democrático e igualitário?

Essas perguntas nos fizeram deparar novamente com uma formação em Psicologia que, de certa forma despolitizada, negligencia a noção de cidadania, direitos humanos, constituição federal e legislações complementares, enquanto via de acesso e garantia dos direitos dos brasileiros. A Constituição Federal de 1988 surge no contexto brasileiro com o intuito, principalmente, de acabar com os resquícios do período autoritário da ditadura militar (Couto; Arantes, 2002). Assim, desde então, direitos como, por exemplo, de acesso à saúde, educação e trabalho são deveres do estado e, não apenas os gestores, mas também a própria sociedade, deve ser conhecedora de seus direitos e exigir que eles sejam respeitados.

Em relação à população atendida pelo PIM-PIA destacamos o Estatuto da Criança e do Adolescente que coloca a

criança como um cidadão em desenvolvimento, que deve ser respeitado através dos seus direitos: direito a receber afeto, direito de brincar, de sonhar, de conhecer e, principalmente, de vivenciar uma infância com estímulos e experiências. Esses direitos visam desenvolver e fortalecer sua intelectualidade, autonomia, o físico, suas relações, redes de apoio e de cuidado (Oliveira, 1995).

Considerações finais

O estágio na área da Psicologia Comunitária permitiu a produção de diversos questionamentos acerca da formação do profissional psicólogo e sua atuação no campo das políticas públicas. Através da inserção do estudante no Programa Primeira Infância Melhor (PIM-PIA), do contato com as famílias, as gestantes e as crianças em situação de vulnerabilidade social, conseguimos pensar a questão da formação e como ela tem apresentado lacunas quando nos referimos a produção de profissionais para atuar SUS do contexto brasileiro. Essa própria ideia de “sistema único” acaba sendo colocada em questionamento, visto que a própria formação denuncia que existem outras formas de se fazer saúde, que se acessa a partir do âmbito privado, que são sustentadas por outras lógicas de cuidado

já que o público atendido nesses serviços, de forma geral, possuem outras demandas se compararmos aos usuários que se utilizam dos serviços públicos.

Boltanski (1989) já apontava que as diferenças econômicas são essenciais para entendermos os modos como se expressam os corpos, as noções de saúde e doença visto que cada cultura e seus “códigos de boas maneiras para viver com o corpo” (p. 146) são constituídos e atravessados por diferentes lógicas. No campo da Psicologia, Coimbra (1993, citado por, Dimenstein, 1993) evidencia que a noção de saúde produzida pelos profissionais da área ainda está muito ligada a uma concepção muito difundida nos anos 60/70 que enfatiza na “privatização e nuclearização da família, na responsabilidade individual de cada um de seus membros, a ênfase nos projetos de ascensão social, na descoberta de si mesmo, na busca da essência e na libertação das repressões” (p.99).

Essa lógica de produção em saúde no campo da Psicologia ficou evidente através do modo como fomos tratados na comunidade enquanto profissionais “*que vieram nos analisar*” (sic) como declaravam diversas vezes, tantos os profissionais de saúde que compunham os serviços da região, quanto os membros das famílias contempladas pelo Programa PIM-PIA.

Assim, frente às famílias e suas necessidade tínhamos como primeiras intervenções as tão academicamente divulgadas noções de “escuta”, “conscientização”, “autoconhecimento”, “desenvolvimento de visão crítica” e “autonomia”. Conceitos que, repetem-se frequentemente nos relatos de experiência e nas práticas em Psicologia divulgadas em livros e artigos, mas que podem soar vazios quando esses não estão realmente engajados na busca por mudanças e melhoria da qualidade de vida das pessoas atendidas.

No caso das famílias contempladas pelo PIM-PIA, não bastava apenas uma reflexão ou escuta das demandas se estas não estivessem diretamente atreladas a ações de mudança. Escutar a pobreza, refletir sobre as desigualdades sociais, se conscientizar sobre o seu processo de passar fome, desenvolver autoconhecimento sobre si em situações de agressão, negligência ou exploração podem soar como intervenções negligentes quando estamos nos referindo à atuação de um profissional do cuidado. Assim, saindo do campo da negligência adentramos no campo da ética. Que tipo de ética tem embasado as formações em Psicologia e as disciplinas que compõe seus currículos?

Diante da crescente formação de profissionais, percebida através do aumento de instituições de ensino superior,

se torna eminente à necessidade de mudanças nos cursos de graduação em Psicologia para que seus Projetos Político-Pedagógicos possam dar conta do novo perfil de profissional da saúde requisitado desde a década de 90 através da constituição de um Sistema Único de Saúde. Há necessidade de aprimoramento da visão holístico-ecológica tanto na produção do conhecimento, quanto na prestação de serviços, resgatando a participação dos contextos de vida. Além disso, busca-se profissionais capazes de reconhecer as limitações de seu campo de saber, assim como sua a necessidade de ampliação dos referenciais para, em conjunto com a equipe, construir um repertório de ação e compreensão dos processos de saúde e adoecimento da população que lhes concerne (Machado et al., 2007)

É importante destacar que, nessa experiência do estágio em uma política pública, fica evidente a importância das disciplinas de Psicologia Social e Psicologia Comunitária que, durante a formação, permitiram questionar e refletir sobre temas que envolvem a prática do psicólogo como, por exemplo, os conceitos de saúde que embasaram as práticas psicológicas ao longo do processo histórico, o conceito de vulnerabilidade social, a noção de coletivo, a inserção do psicólogo em serviços do SUS, assim

como a problematização das lógicas individualizantes, focada na busca por verdades e patologizadora que ainda sustenta muitas das práticas psicológicas que resultam em ações apolíticas, elitistas, descontextualizadas e etnocêntricas. No percurso do estágio notamos a importância de uma formação que forme o profissional para entender como se dá a administração do público, que problematize os diversos interesses e complexidades nos quais estão inseridas as políticas do SUS, assim como incentive o aprendizado de estratégias para que o aluno não se torne uma mera ferramenta na perpetuação de lógicas e práticas que constituam “cidadãos exemplares” sem contextualizar as propostas de sociedade que estão embasando as diferentes noções de cidadania.

De qualquer forma, nos parece evidente a relevância da proposta do Programa PIM-PIA que, se efetuada com ética, crítica e comprometimento social terá ações que poderão contribuir para a produção de saúde dos participantes envolvidos, especialmente no que se refere à maternidade e ao desenvolvimento infantil. Percebemos que as ações do PIM-PIA podem auxiliar e ampliar as ferramentas da família em suas ações diárias, mas também compreendemos que muitos dos conhecimentos propostos pela política pública só poderiam ser postos em

prática se a família tivesse uma condição econômica mais favorável. Nesse sentido, algumas orientações sobre alimentação, higiene e educação só poderiam ser efetivadas se as famílias realmente pudessem comprar alimentos, produtos de higiene e materiais de estímulo pedagógico. Essa impossibilidade era um limitador de nossas ações e, conseqüentemente, uma lacuna no próprio programa.

Nessas lacunas, entravam as políticas de assistência social as quais podíamos encaminhar as famílias para que elas solicitassem apoio e auxílio: CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), Programa Bolsa Família, Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PET), Benefício de Prestação Continuada (BPC), entre outros, eram algumas das possibilidades de ampliar o acesso dos sujeitos a seus direitos básicos de existência (Brasil, 2012).

Portanto, enfatizamos o caráter político que toda ação em Psicologia produz. Político não no sentido partidário, mas sim, em relação a um posicionamento que abandona a ilusória ideia de neutralidade e se coloca como uma profissão implicado na construção de uma sociedade mais igualitária, justa e democrática, exatamente como propõe as

diretrizes que embasam a política brasileira.

Evidente que, nesse processo, a própria noção de tradição, utilizada na apresentação de muitos cursos de graduação em Psicologia para justificar sua qualidade, deve ser colocada em evidência visto que ferramentas de mudança social devem estar amparadas por uma noção da constante renovação para que possam se produzir de acordo com a necessidade daqueles que acessam seus serviços e não a favor de ações verticais, superficiais, descontextualizadas, que ignoram o sujeito cidadão, seus direitos e deveres.

Notas

¹ As casas de cuidadoras são domicílios particulares nos quais a moradora cuida de crianças da região enquanto os pais trabalham ou fazem outras atividades. Diferente das creches reguladas, estas casas concentram um número significativo de crianças e tem como objetivo apenas os cuidados básicos com alimentação e higiene. Não há explicitamente um estímulo psicopedagógico pensado por faixa-etária e, muitas vezes, o adulto referência é sobrecarregado ou desconhece práticas psicopedagógicas, o que limita e dificulta as práticas de cuidado. Por isso,

as crianças das cuidadoras são alvos importantes nas ações do PIM.

Referências

- Bernardes, K. I.(2010) Avaliação do Primeira Infância Melhor através de estudos de casos: o encontro entre a educação formal e não-formal. *Dissertação de Mestrado em Educação*. Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Botomé, S. P.(1996) Serviço à população ou submissão ao poder: o exercício do controle na intervenção social do psicólogo. *Estudos de Psicologia (UFRN)*, 1, 173-202.
- Boltanski, L.(1989) *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal.
- Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde.(2003) *Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. - Brasília: CONASS.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.(2004) *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília.
- Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Nacional de Saúde.(2005) *Resolução nº 350, de 09 de Junho de 2005*. Brasília.
- Brasil.(2011) *Plano Brasil sem miséria*. Brasília: Governo Federal.
- Brasil.(2012) Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Apresentação*.
- Couto, C. G; Arantes, R. B. Constituição ou políticas públicas? Uma avaliação dos anos FHC. In Abrucio, F. L; Durand, M. R. L.(2002) *O Estado numa era de reformas: os anos FHC*. Brasília, Brasil: Enap.
- Coimbra, C. M. B.(1993) A produção de subjetividade nos anos 70 no Brasil e as práticas “Psi”. In J. F. Silva Filho & J. Russo (Org.), *Duzentos Anos de Psiquiatria* (pp. 59-70). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Crusius, Y. R. (2007). Apresentação. (In) Schneider, A; Ramires; V. (Orgs). *Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública*. Brasília: UNESCO, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.
- Dantas, C. M. B; Oliveira, I. F; Yamamoto, O. H.(2010) Psicologia e pobreza no Brasil: produção de conhecimento e atuação do psicólogo. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 104-111.
- Darui, S; Lunardi, S. R. de M.(2011) *Geotecnologias aplicadas à manutenção e gestão de redes de abastecimento de água: estudo de*

- caso do setor Vila Safira do Departamento Municipal de água e esgotos de Porto Alegre. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Geociências. Curso de Engenharia Cartográfica. Trabalho de conclusão. Porto Alegre.
- Dimenstein, M.(2000) A Cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública a saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-122.
- Friedrich, M (2010) et al. Trajetória da escolarização de jovens e adultos no Brasil: de plataformas de governo a propostas pedagógicas esvaziadas. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*; Rio de Janeiro, v.18, n. 67, Junho.
- Guareschi, N. M. de F; Dhein, G; Reis, C; Machry, D; Bennemann, T.(2010) A Psicologia e a Formação do Profissional da Saúde para o SUS: um estudo a partir dos currículos de Psicologia do Rio Grande do Sul. In: Guareschi, n.; Scisleski, a.; Reis, c.; Dhein, g.; Azambuja, M. (Orgs.). *Formação, Política e Produção em Saúde*. Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 29-53.
- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.(2007) *Objetivos de desenvolvimento do milênio*: relatório nacional de acompanhamento. Brasília: Autor.
- Machado, M. de F.; Monteiro, E. M.; Queiroz, D.(2007) Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol. 12, n. 2, p. 335-342.
- Medeiros, P. F. de; Bernardes, A. G; Guareschi, N. M. de F.(2005) O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília, v. 21, n. 3, Dezembro.
- Meyer; Dagmar, E; Estermann(2006) et al. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, Junho.
- MS. Ministério da Saúde.(1998) *Programa de Saúde da Família – Saúde Dentro de Casa*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, MS.
- Observa POA.(2012) Observatório da Cidade de Porto Alegre. *Mario Quintana*. Porto Alegre, Rio Grande do Sul.
- Oliveira, J. (Org.).(1995) *Estatuto da criança e do adolescente: Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990* (5a. ed.). São Paulo: Saraiva.

PUCRS.(2012) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. *Apresentação*. Faculdade de Psicologia (FAPSI). Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Rivero, N. E. E.(2010) Entre zumbi e o fantasma: O paradoxo das formações profissionais. In: Guareschi, N. M. de F; Scisleski, A.; Reis, C.; Dhein, G.; Azambuja, M. (Orgs.). *Formação, Política e Produção em Saúde*. Porto Alegre: EDIPUCRS, p. 29-53.

Scarcelli, I. R; Junqueira, V.(2011) O SUS como desafio para a formação em Psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, v. 31, n. 2.

Scarparo, H. B. K; Guareschi, N. M. F. G.(2007) Psicologia Social Comunitária e Formação Profissional. *Psicologia & Sociedade*; 19, Edição Especial 2: 100-108.

Schneider, A; Ramires, V. R.(2007) *Primeira Infância Melhor: uma inovação em política pública*. Brasília: UNESCO, Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

Spink, M. J.(1992) Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In F. C. B. Campos (Org.), *Psicologia e saúde: repensando*

práticas (p. 11-24). São Paulo: Hucitec.

Lutiane de Lara: Doutoranda em Psicologia Social e Institucional no PPGPSI da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Núcleo e-politics (Estudos em Políticas e Tecnologias Contemporâneas de Subjetivação). Conselheira do CRPRS Gestão Composição (2010/2013).

E-mail: lutianelara@yahoo.com.br

Daniel Dall'Igna Ecker: Graduando em Psicologia pela PUCRS. Bolsista de Iniciação Científica (CNPq) no PPGPSI da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Núcleo e-politics (Estudos em Políticas e Tecnologias Contemporâneas de Subjetivação).

E-mail: daniel.ecker@hotmail.com

Endereço para correspondência: Instituto de Psicologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Rua Ramiro Barcelos, 2600, sala 300c. Bairro Santa Cecília, Porto Alegre - RS – Brasil. CEP: 90035-003 - Fone: (51) 3308-5066.