



Psicologia e política social: O trato da pobreza como “sujeito psicológico”

Psychology and social policy: Poverty regarded as a “psychological subject”

Isabel Fernandes de Oliveira^[a], Keyla Mafalda de Oliveira Amorim^[b]

Resumo

A inserção dos psicólogos em instituições públicas no Brasil caracteriza-se pela ampliação das oportunidades de emprego para esses profissionais e pela expansão do público-alvo de suas atividades. Tal inserção põe em xeque os modelos sobre os quais se sustenta o exercício da profissão de psicólogo, sobretudo quando realizadas em locais que têm nas sequelas da “questão social” o foco da intervenção. Nesses espaços, mais que intervir no sofrimento psicológico, cabe ao psicólogo manejar situações cujos determinantes repousam nas condições estruturais da sociedade burguesa, especialmente aqueles resultantes da contradição fundamental entre capital e trabalho. A Psicologia, como ciência e profissão historicamente voltadas para a manutenção da ordem burguesa, ao inserir-se no campo das políticas sociais e responder pela execução dessas, vê-se diante de desafios que impelem as discussões sobre seu compromisso social, ético e político, que resultam em ações progressistas, de um lado, ou mantenedoras das condições de vida da população que agora assiste. Não obstante os desafios que o trabalho com a pobreza envolve, os psicólogos têm buscado estratégias de enfrentamento à sua própria paralisação diante de demandas que, além de variadas e amplas, devem ser tratadas dentro de um campo imbuído por embates políticos, mau uso da máquina pública e pouco direcionamento técnico. Assim, conclui-se que o trabalho no campo das políticas sociais demanda um reordenamento do arsenal teórico-técnico do psicólogo, mas, também, esbarra nas condições macroestruturais do modo de produção capitalista.

Palavras-chave: Política social. Atuação do psicólogo. Responsabilidade social.

Abstract

The insertion of psychologists in public institutions in Brazil is characterized by the increase of job opportunities for those professionals and also by the widening of their target-user interventions. This kind of professional insertion leads to the questioning of theoretical models upon which the psychologist's actuation is traditionally based, especially regarding the actuation in places where the sequels of the “social question” compose the focus of intervention. In these places, more than intervening upon the psychological suffering, it is the the psychologist's responsibility to handle with situations whose determinants lie at the structural conditions of the bourgeois society, especially the ones resulting from the fundamental contradiction between capital and work.

^[a] Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP), professora adjunta IV da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN - Brasil, e-mail: fernandes.isa@gmail.com

^[b] Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), professora de Psicologia na Universidade Potiguar (UnP), Natal, RN - Brasil, keylamafalda@gmail.com

Recebido: 08/03/2011
Received: 03/08/2011

Aprovado: 21/06/2011
Approved: 06/21/2011

Psychology, as a science and profession historically focused on the support of the bourgeois social order, when inserted into the field of public policies, faces challenges that prompt the debate concerning its own social, ethical and political commitments. The way of face those challenges results in either progressive-aligned actions, on one side, or else in the maintenance of life conditions of the population currently assisted. Notwithstanding the challenges concerning work with poverty, psychologists have pursued strategies for coping with their own stoppage before demands that, besides assorted and broad, must also be managed in a field imbued by political struggles, ill-conducted public administration and little technical directioning. Then, it concludes that work in the field of social policies demands a reordering of the psychologist's theoretical and technical repertoire, although this work also crashes against the macrostructural determinations of capitalist production system.

Keywords: Public policy. Psychologist's performance. Social responsibility.

A história recente da relação entre a Psicologia e as políticas de corte social tem sido alvo de vários estudos, sejam para discutir criticamente a inserção dos psicólogos em campos como a Saúde Pública e a Assistência Social, sejam para retratar as práticas que vêm sendo desenvolvidas nesses espaços (Arca-ro & Mehias, 1990; Botomé, 1979; Coimbra, 2003; Conselho Federal de Psicologia - CFP, 2009a, b, c, d). Os estudos têm em comum a constatação de que foi aberto um espaço amplo de trabalho para os psicólogos no campo das políticas sociais, mas muito ainda há de ser feito no tocante aos modelos de atuação utilizados pelos profissionais que se aventuram em tal espaço. Essas discussões tomam corpo ao longo da década de 1980, capitaneadas pelo CFP (1988, 1994), que, sob o discurso do compromisso social, convoca a profissão a repensar suas práticas, tidas como anis-tóricas, descontextualizadas e descomprometidas. Ora, ao analisar tal incursão, é preciso fazê-lo, mini-mamente, sob duas esferas: a da política social e a da profissão. Vejamos brevemente tais aspectos.

A política social no contexto brasileiro

Não é possível discutir a prática psicológica em instituições do campo social sem remeter à discus-são acerca de como se estrutura o sistema de pro-teção social brasileiro por meio de suas políticas sociais. Antes de adjetivar a política, contudo, reto-memos sua noção de “conflito”, conforme proposta por Abranches (1985). Assim, a política social, como parte de um processo de alocação de recursos, é um

terreno de embates e de contradição de interesses. No interior do modo de produção capitalista, a pol-ítica social tem sido uma estratégia do Estado para minimizar as sequelas da chamada “questão so-cial”. Expliquemos. Yamamoto (2003, p. 42) define a “questão social” como “o conjunto de problemas po-líticos, sociais e econômicos postos pela emergência da classe operária no processo de constituição da sociedade capitalista”. Efeito ou característica dessa contradição, a “questão social” se manifesta de di-ferentes formas, a exemplo da fome, da pobreza, da miséria, do desemprego, da violência, etc.

Esses desdobramentos da “questão social” são alvo de intervenção do Estado por meio das políti-cas sociais, mas, como são gestadas no interior da ordem burguesa, cabe às políticas tão somente a função de suavização de tensões sociais, de forma a preservar e controlar a força de trabalho necessária à manutenção e reprodução do capital. Então, a pri-meira constatação a se fazer é que a política social, qualquer que seja essa, não visa a eliminar bases de sustentação da ordem burguesa, quais sejam, as condições de exploração e suas consequências, den-tre as quais, a pobreza (Pastorini, 2004).

Outro alerta diz respeito ao limite da políti-ca social. Atenemos para a operacionalização das políticas sociais brasileiras, por exemplo. Embo-ra a “questão social” seja *única*, o ataque às suas consequências se faz de forma parcializada e frag-mentada; intervêm-se na pobreza, na fome, na edu-cação, na saúde, etc., de forma desarticulada, com investimentos distintos e protagonismo variável em função de circunstâncias específicas (mobilização,

ensionamentos, reivindicações, entre outros) (Santos, 1987). Disso verifica-se que o trato às mazelas que acometem cerca de 70 milhões de brasileiros (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2009) é sempre parcial e, como feito, tais mazelas são insolúveis. Portanto, por mais democrática que seja uma política, essa não visa à supressão das condições sociais que geram exploração. Feitos esses esclarecimentos, falemos das políticas nas quais os psicólogos se inseriram mais expressivamente.

A Psicologia no Sistema Único de Saúde

A saúde foi um campo de destaque na chamada Constituição Cidadã, promulgada em 1988. Nessa, o Estado torna-se responsável principal pela garantia das condições que geram e mantêm a saúde e isso representou um dos maiores ganhos democráticos na histórica do setor. Como forma de operacionalizar um novo sistema de saúde brasileiro, é criado, em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS), pautado pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade. A concepção de saúde embutida na lógica do SUS reflete uma retomada das concepções de cidadania plena, especialmente ao desvincular o acesso ao sistema de saúde de contribuição prévia (como existia até então). Com isso, a demanda por atendimento no novo sistema aumenta brutalmente e exige uma reorientação das ações que, agora, deveriam focar a atenção básica à saúde como grande eixo norteador do fluxo de usuários (Ministério da Saúde, 1999; Oliveira, 2005).

Esse nível de atenção, então, se expande em captação de recursos e em infraestrutura, mas não garante a efetividade do princípio da acessibilidade. Assim, na tentativa de aprimorar o sistema, em 1994, cria-se o Programa de Saúde da Família, estratégia de reorganização da Atenção Básica que, por meio de ações baseadas na territorialidade, na prevenção, na promoção da saúde e na vigilância sanitária, visa a atender e assistir às famílias que não usufruíam do sistema de saúde e que eram consideradas em situação de “vulnerabilidade social”. Mesmo com essa nova organização, que ocasionou um incremento expressivo no acesso da população referida ao sistema de saúde, este ainda precisava expandir-se. Essa expansão transforma o programa em estratégia de organização de todo o sistema de saúde pública, com a criação concomitante de outros

equipamentos de suporte às equipes de saúde da família. Tais instâncias, de complexidade intermediária, possibilitariam, além do suporte referido, uma ampliação do escopo das ações da Atenção Básica e a realização de ações de cuidado e proteção à saúde mais especializadas em estabelecimentos outros, que não os hospitais. Com esse objetivo, em 2008, são criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Ministério da Saúde, 2008).

Os NASFs, como instituições de suporte, focalizam suas ações em áreas correspondentes e complementares à Estratégia Saúde da Família na rede de serviços. Assim, são definidas nove áreas estratégicas para intervenção, dentre as quais figura a Saúde Mental. Práticas até então consideradas “alternativas” ao modelo tradicional biomédico em saúde, como a acupuntura, também são oferecidas de forma mais sistemática nos NASFs, revelando mais uma tentativa de ações de saúde menos centradas nas especialidades médicas (Ministério da Saúde, 2008).

É no cenário apresentado até aqui que os psicólogos se inseriram, num movimento mais amplo de resgate da cidadania e de retomada da democracia, cujos desdobramentos se davam em diferentes esferas da vida social. É necessário pontuar que a Saúde Pública, ao contrário de outras esferas das políticas sociais, foi um espaço no qual os psicólogos deliberadamente buscaram trabalho. Em que pese às motivações, prioritariamente de ordem corporativa e econômica, é fato que, em tempos anteriores ao SUS, a presença de psicólogos era incipiente nos hospitais psiquiátricos e serviços ambulatoriais de Saúde Mental, e suas atividades não eram sistematizadas, previstas ou uniformizadas. A clínica individual, centrada nos consultórios particulares, e dirigida a um sujeito de classe média, capaz de *insights*, era o modelo de referência profissional da época. Tal modelo tinha as noções psicanalíticas ortodoxas, psicologizantes e individualizantes como terrenos sobre os quais se erige uma cultura profissional que dominará a profissão nesse campo nos anos subsequentes (Bock, 1999; Dimenstein, 1998; Vasconcelos, 1999).

Se é possível estabelecer um marco de entrada para os psicólogos no campo da Saúde Pública, este diz respeito à constituição de equipes mínimas de Saúde Mental, ainda na década de 1980, com as Ações Integradas de Saúde (Arcaro & Mehias, 1990). Tal entrada não se fez sem críticas a um modelo que visava à adaptação e ao ajustamento, com

enfoque nos sintomas, nas queixas e em quadros nosológicos pré-definidos. Desde então, tem havido um movimento encabeçado pelo CFP para apontar e definir outros rumos para a profissão, reiterando-a como uma prática potencialmente transformadora, desde que pautada por novos parâmetros teórico-metodológicos e políticos. Como resultado do esforço das entidades de representação, em 1997, o Ministério da Saúde enquadra os psicólogos no rol dos profissionais de saúde, mas sem vinculação direta com a Saúde Mental.

Na verdade, mesmo com o protagonismo das entidades representativas, não se pode dizer que a entrada do psicólogo na Saúde Pública tenha sido resultado de uma “conscientização profissional” quanto à sua função junto às camadas mais pobres da população (função esta que nunca esteve clara). A escassez do mercado de trabalho para o exercício liberal da profissão associa-se às discussões acadêmicas acerca da relevância social da atuação psicológica que, até esse momento, parecia não considerar as camadas de menor renda como alvo de sua atenção. Esse contexto impele a categoria profissional para novos espaços de atuação, capazes de absorver a sua mão de obra. Contudo, não se oferecia ao psicólogo um modelo de trabalho adequado a tal contexto, e, sim, colocavam-se expectativas de uma ação nos moldes tradicionais, numa tentativa de levar a psicoterapia para os mais pobres (Bettoi, 2003).

Aliás, embora a Saúde Mental tenha sido a via de acesso dos psicólogos ao SUS, eles não priorizaram suas ações nesse segmento; ao contrário, a demanda para esses profissionais foi pouco a pouco triada e focou-se nas queixas escolares, no atendimento a grupos específicos (mulher, idoso, gestantes, etc.) e na demanda espontânea de usuários não cronificados (Dimenstein, 1998).

Conquanto tenham se ampliado os contextos e as situações de trabalho, a diversificação das atividades exercidas pelos psicólogos manteve-se restrita, revelando uma tendência à reprodução tal e qual do cenário (ou *setting*) dos consultórios privados, independentemente dos objetivos das políticas de saúde em vigor (Silva, 1992).

Decorridas mais de duas décadas da entrada dos psicólogos na Saúde Pública, averigua-se que a clínica tradicional ainda compete (e ganha) com outras concepções e práticas em Psicologia. Nessa nova seara, emergem temas como clínica ampliada, plantão psicológico, acompanhamento terapêutico,

apoio matricial, humanização, entre outros, que têm constituído, se não um “modelo”, novas diretrizes de atuação. Mesmo sinalizando uma tendência de mudança, essas inovações, muitas vezes, são apenas as mesmas práticas travestidas de uma roupagem social, mas que continuam fundadas nos mesmos determinantes teóricos e epistemológicos. O que se verifica de novo é fruto de iniciativas não mais pontuais, mas ainda vinculadas a grupos ou a profissionais que não hesitam em lançar mão de referenciais teóricos de fora da Psicologia ou tomar os existentes tendo em vista seus limites e possibilidades reais de adequação ao contexto de atenção à saúde em populações pobres.

Mais recentemente e com particularidades ainda mais distantes da história da profissão, a Assistência Social é outro campo que tem se aberto à entrada de psicólogos. Amplo em espaço, tal campo não explicita claramente as noções e expectativas em torno do que seria a atuação desse profissional no trato a um segmento populacional ainda mais destituído.

A psicologia no Sistema Único de Assistência Social

Se a saúde, um dos três pilares da Seguridade Social na Constituição de 1988, já trouxe o direito social como base de todas as reformas do setor, esse enfoque se espraiou para a Assistência Social. Assim, as políticas gestadas para esse campo, a partir dessa época, adquirem caráter universalizante e igualitário, garantindo direitos que, juridicamente, deveriam ser destinados a todos os cidadãos (Couto, 2006).

A criação do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), em 2004, possibilita nova organização das políticas de Assistência Social, de caráter historicamente vinculado à caridade, ao assistencialismo e ao clientelismo. Criado na esteira de uma agenda ao governo petista, que visava ao combate à fome com base em programas de transferência de renda e em ações que retirassem os indivíduos da situação de risco e de vulnerabilidade social, o SUAS é a grande estratégia de operacionalização das propostas do Programa Fome Zero, no que se refere à Assistência Social. Agrega vários programas que incluem, desde estratégias de inserção produtiva, passando por aqueles que visam a minimizar privações nutricionais e, também, os programas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família (PBF) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC)

(Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome [MDS], 2004). O modelo de gestão do SUAS, tal qual o SUS, deve ser descentralizado e participativo, pautado pela regulação e organização em todo território nacional das ações socioassistenciais. Ainda, assemelhando-se à saúde, seus princípios incluem a matricialidade familiar, a territorialização, a proteção pró-ativa, a integração à seguridade social e às políticas sociais e econômicas.

Visando ao funcionamento numa rede hierarquizada, o SUAS divide-se em graus de complexidade, em função do que é definido nos documentos oficiais do MDS como risco e vulnerabilidade social, e violação de direitos, com ou sem rompimento de vínculos. No primeiro caso, cabe o cuidado às famílias em instituições da Proteção Social Básica e, no segundo, da Proteção Social Especial.

Segundo a Norma Operacional Básica do SUAS (MDS, 2005, p. 90), a Proteção Social Básica 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”. A Proteção Social Especial destina-se àqueles indivíduos que já tiveram direitos violados e, por conta disso, liga-se mais diretamente a outros equipamentos da rede de garantia de direitos.

A estratégia adotada no governo Lula da Silva para a diminuição da desigualdade tem sido alvo de várias análises. Em que pese ao caráter ideológico de várias delas, é possível identificar certo consenso quanto ao fato de que há aspectos positivos, mas não sem problemas. De fato, o PBF alcançou um contingente expressivo de famílias que viviam em situação de pobreza extrema, meta nunca antes visada nem muito menos alcançada por governos anteriores. O poder de compra desse imenso grupo aumentou, principalmente com alimentação, e houve uma redução da pobreza extrema de 12% em 2003 para 4,8% em 2008 (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010). A articulação obrigatória com outras políticas, como as de saúde e educação (por meio das condicionalidades do PBF), sinaliza intervenções de mais largo curso, objetivando criar condições efetivas para a superação da situação de pobreza.

Os problemas residem, primeiramente, na extensão desse grupo, cerca de 12 milhões de famílias; além do fato de que uma massa ainda mais expressiva, não caracterizada na faixa da pobreza

extrema, padece de condições de vida não muito distintas daquela que é alvo do PBF. Outra questão é a dificuldade em se estabelecerem ações interseoriais e de qualidade com as políticas conveniadas, condições necessárias para enfrentamento das demandas da população atendida (Lobato, 2009; Zimmermann, 2006).

Mesmo avaliando a política de redução das desigualdades sociais como compensatória e focalizada, identifica-se uma nova forma de organização dos serviços, que contam com a participação de psicólogos como seus operadores frequentes, acompanhados de assistentes sociais e pedagogos.

A entrada sistemática de psicólogos no campo da Assistência Social é recente. Ocorreu a partir da implementação das modificações propostas na Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em 2004, e da estruturação do SUAS e de suas instituições de proteção social. Sem entrar nas minúcias de funcionamento dos serviços, a determinação geral é a de que esses funcionem por meio de ações articuladas, em equipe, enfocando famílias e comunidades. Todas as ações devem buscar o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, seja por meio de projetos destinados à geração de emprego e renda, de acompanhamento das famílias no Sistema de Garantia de Direitos (SGD), sobretudo dos grupos minoritários ou que estejam reconhecidamente em risco. Enfim, as ações da Assistência Social têm como base o desenvolvimento de um protagonismo de grupos vulneráveis de forma a possibilitar sua emancipação. Esse quadro provoca reflexos distintos nas diversas categorias profissionais envolvidas. No caso dos psicólogos, o desafio é ainda maior que o enfrentado quando da sua inserção na Saúde Pública. Se nesta foi possível triar usuários menos cronicados, na Assistência Social não é possível triar usuários “menos pobres”.

Atuar na Proteção Social Básica, particularmente nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), tem desencadeado certa inadequação nas ações e, até mesmo, uma paralisia nos psicólogos. As recomendações do MDS e do CFP para as atividades reiteram o não uso da psicoterapia, dos testes psicológicos, ou dos atendimentos individuais que não visem apenas ao acolhimento do usuário na rede de proteção social. Aos profissionais cabe uma prática que deve se comprometer com a transformação social, especialmente nos determinantes que geram a pobreza. Mesmo assim, ao analisar,

como exemplo, o guia de referência dos psicólogos no CRAS, denominado “Referências Técnicas para a atuação do psicólogo no CRAS/SUAS” (CFP, 2008), percebe-se que a função do psicólogo permanece atrelada ao indivíduo e à sua subjetividade. Caberia aos psicólogos “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).

Em suma, embora se identifique um discurso sociocomunitário, com ênfase na coletividade, reconhecendo a pobreza em seu caráter estrutural, ao delimitar as ferramentas de trabalho, os documentos do CFP pendem para o arcabouço mais tradicional da Psicologia. Isso se deve, possivelmente, ao reconhecimento, como exposto nos documentos, de que são necessárias mudanças nos referenciais teórico-metodológicos existentes, bem como na fundamentação dos projetos, dos programas, dos serviços e benefícios, ressaltando, ainda, a necessidade de se compreender a pobreza e seus desdobramentos de uma forma que possibilite romper o ciclo que a gera.

Diante da tradição histórica da clínica e da psicoterapia como sinônimos de Psicologia, da fluidez das orientações dos documentos e da organização cotidiana dos serviços, os psicólogos acabam por recorrer, se não de forma idêntica, por meio de adaptações, a ações que em muito se aproximam da clínica tradicional. Estudos realizados por Cruz (2009), com psicólogos que se inseriram em CRAS de Sergipe; Fontenele (2008), com psicólogos que atuavam no Ceará; além de Nery (2009), ao analisar a atuação de trabalhadores sociais na Proteção Social Básica, em municípios de Minas Gerais e São Paulo, e Senra (2009), em Campinas, SP, confirmam essas conclusões. Mais que apenas uma ação, os autores apontam que muito pouco os psicólogos sabem sobre o trabalho com comunidades.

O imperativo do compromisso político do psicólogo

Há de se reconhecer que muito ainda precisa ser feito no campo das políticas sociais e não é só com relação à Psicologia. As políticas têm entraves sérios em vários graus (financiamento, intersectorialidade, capacitação dos servidores, entre outros), que são fatores importantes na fluidez e nebulosidade das ações que devem ser realizadas. Reconhecemos

esse fato. Para a Psicologia, o trabalho, tanto na Saúde Pública quanto na Assistência Social, exige, como um primeiro passo, uma contextualização dos referenciais teórico-técnicos que norteiam as práticas. Nessa seara, enquadram-se a clínica ampliada, os trabalhos educativos em grupos, as oficinas, dentre vários que já vêm sendo desenvolvidos, especialmente no escopo do que hoje se conhece como Saúde Coletiva. Contudo, é preciso avançar; é preciso conhecer aspectos do cotidiano das pessoas que estão fora do escopo do que a Psicologia delimitou em seus estudos. O trato à pobreza, numa vertente transformadora das condições de vida, requer mais que adaptações. Requer, primeiramente, uma ação política dos profissionais, tendo em vista a finalidade ideológica dessa ação, se de caráter reformador ou revolucionário; requer a apropriação de saberes de outros campos e um trabalho efetivamente em parceria com outras profissões; requer a invenção de novos conhecimentos. Essas mudanças deverão refletir uma postura diferente da que marca historicamente a atuação dos psicólogos. Disso ressalta-se que as noções de “sujeito psicológico” e da Psicologia como aquela que intervém apenas no sofrimento psíquico ou no ajustamento – características do desenvolvimento da Psicologia moderna –, não se adequam, por si sós, aos desafios desse campo.

Tendo em vista o exposto, discutem-se aqui possibilidades de rearticulação das forças políticas que atuam nos espaços de intervenção do Estado sobre as sequelas da “questão social” e que enfrentam desafios grandiosos. Se critica-se o fato de que os psicólogos não seguem as determinações das políticas, deveríamos lutar para que sigam. Em última instância, essas políticas não objetivam a eliminação da desigualdade e uma sociedade mais justa? Como operadores dessas políticas, podem os psicólogos ir de encontro a essas de uma forma que atuem sob uma práxis efetivamente transformadora? Nesse último caso, essa práxis não levaria à eliminação das políticas que, mesmo com grandes problemas, ainda são a única estratégia de minimização das péssimas condições de vida em que vive a população-alvo de suas intervenções? São muitas as questões e de difíceis respostas. Não podemos crer que uma práxis dos psicólogos chegará à supressão da sociedade de classes, mas podemos tentar provocar fissuras na estrutura de exploração que vitima e culpa os pobres, retira do Estado a responsabilidade pelas mazelas da sociedade e a atribui aos indivíduos,

fragmenta as noções de coletividade e relega àqueles que deveriam ser os principais atores na distribuição da riqueza socialmente produzida o *status* de problema social.

Referências

- Abranches, S. H. (1985). **Os despossuídos: Crescimento e pobreza no País do Milagre** (2a ed.). Rio de Janeiro: J. Zahar.
- 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*(3), 251-266.
- 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. B. (1999). Superando as concepções tradicionais: O ponto de vista das entidades. In A. M. B. Bock (Org.). **Aventuras do Barão de Münchhausen na Psicologia** (pp. 77-167). São Paulo: EDUC; Cortez.
- Botomé, S. P. (1979). A quem nós, psicólogos, servimos de fato? **Psicologia**, *5*(1), 1-16.
- Coimbra, C. M. B. (2003). Direitos Humanos e a atuação na área jurídica. In Conselho Federal de Psicologia (Org.). **Os Direitos Humanos na prática profissional dos psicólogos** (pp. 7-9). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Federal de Psicologia. (Org.). (1988). **Quem é o psicólogo brasileiro?** São Paulo: Edicon.
- Conselho Federal de Psicologia. (Org.). (1994). **Psicólogo brasileiro: Práticas emergentes e desafios para a profissão**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Conselho Federal de Psicologia. (2008). **Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Federal de Psicologia. (2009a). **A prática profissional dos(as) psicólogos(as) em medidas socioeducativas em unidades de internação**. Brasília: Autor.
- Conselho Federal de Psicologia. (2009b). **A prática profissional dos(as) psicólogos(as) no campo das medidas socioeducativas em meio aberto**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Federal de Psicologia. (2009c). **A prática profissional dos(as) psicólogos(as) nos serviços de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Federal de Psicologia. (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: Conselho Federal de Psicologia.
- 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 & M Foco**, *2*(1), 11-27.
- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: Desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, *3*(1), 95-121.
- Fontenele, A. F. G. T. (2008). **Psicologia e Sistema Único da Assistência Social – SUAS: Estudo sobre a atuação dos psicólogos nos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. (2010). **Objetivos de desenvolvimento do milênio**. Recuperado em 28 jul. 2010, em <http://www.ipea.gov.br>
- Lobato, L. V. C. (2009). Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos de constituição de 1988. **Ciência & Saúde Coletiva**, *14*(3), 721-730.
- Ministério da Saúde. (1999). **Manual para a organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (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. Recuperado em 28 jul. 2010, em http://189.28.128.100/nutricao/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2004). **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: Autor.
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (2005). **Norma Operacional Básica – NOB/SUAS**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

- 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.
- 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.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (2009). **Relatório de Desenvolvimento Humano 2009**. Recuperado em 7 mar. 2011, em http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2009_PT_Complete.pdf
- Santos, W. G. (1987). A trágica condição da política social. In S. H. Abranches, W. G. Santos, & M. A. Coimbra (Org.). **Política social e combate à pobreza** (pp. 33-63). Rio de Janeiro: J. Zahar.
- 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, R. C. (1992). A formação em Psicologia para o trabalho na Saúde Pública. In F. C. B. Campos (Org.). **Psicologia e saúde: Repensando práticas** (pp. 25-40). São Paulo: Hucitec.
- Vasconcelos, E. (1999). Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública nas duas últimas décadas. In A. M. Jacó-Vilela, F. Jabur, & H. B. C. Rodrigues (Org.). **Clio-Psychê: Histórias da psicologia no Brasil** (pp. 121-147). Rio de Janeiro: Ed. UFRJ.
- Yamamoto, O. H. (2003). Questão social e políticas públicas: Revendo o compromisso da Psicologia. In A. M. B. Bock (Org.). **Psicologia e o compromisso social** (pp. 37-54). São Paulo: Cortez.
- 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(3), 144-159.