



SILVIA SALES MEDEIROS

**PSICOLOGIA NA ASSISTÊNCIA SOCIAL: ANÁLISE DOS
DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE PRESENTES NO CONTEXTO DE
TRABALHO.**

SALVADOR (BA)

2015

SILVIA SALES MEDEIROS

**PSICOLOGIA NA ASSISTÊNCIA SOCIAL: ANÁLISE DOS
DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE PRESENTES NO CONTEXTO DE
TRABALHO.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde Mental, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, para obtenção de título especialista, sob orientação da docente Alessivânia Motta.

SALVADOR (BA)

2015

RESUMO

Este estudo objetivou analisar na produção científica nacional os Determinantes Sociais de Saúde existentes no contexto de trabalho de Psicólogos atuantes no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), especificamente nos CRAS. Nesse intuito, realizou-se uma pesquisa da literatura que tratava da atuação profissional relacionando-a ao modelo conceitual sobre os DSS proposto por Dalhgren e Whitehead, em 1991. Foi identificado, principalmente, que o distanciamento entre aspectos da formação acadêmica e da prática, neste campo incipiente, como também as condições precárias de trabalho constituem DSS que apontam para inúmeras iniquidades, com possível comprometimento da saúde do técnico o que, por conseguinte, impacta no atendimento prestado à população. Ademais, a questão da identidade profissional, sem contornos aparentemente claros, ressoa negativamente na subjetividade do Psicólogo fazendo-o questionar-se sobre a real utilidade de seu trabalho no Social. Embora o número de Psicólogos represente apenas 23, 3% dos profissionais atuantes em CRAS, o entendimento dos DSS envolvidos constitui-se como um norteador importante para que o Psicólogo possa engendrar mudanças de comportamento em relação as influencias inerentes ao contexto e para uma mudança da representação social sobre seu fazer. Acredita-se que, sendo o técnico o elo entre os serviços socioassistenciais e seus beneficiários, a melhoria das condições de vida, formação e trabalho possam repercutir num ganho significativo em termos de efetividade da PNAS.

Palavras – chave: Determinantes Sociais de Saúde, Políticas públicas, Psicologia, Sistema Único de Assistência Social, Centro de Referência de Assistência Social.

ABSTRACT

The purpose of this study is to analyze the scientific production about Social Determinants of Health in work context of psychologists in the National Unified Social Services, specifically in the Reference Center for Social Welfare (RCSW). A survey was conducted in the literature about the work of psychologist in social assistance with the conceptual model of the SDH proposed by Dahlgren and Whitehead, in 1991. It was identified the distance between aspects of university formation and the professional practice. The bad working conditions are SDH that can harm worker's health. These factors can influence the quality of service rendered to population. Moreover, the professional identity is poorly defined. This causes negative effects on the subjectivity of the professional. It's questioned about the importance of their work.. Although the number of psychologists represents only 23, 3% of professionals working in RCSW, the understanding about SDH contributes to the possibility of changes in professional practice. This contributes to the change of social representation about the work of psychologist in the social. It is believed that the improvement of conditions of life, university formation and work of the psychologist will be able to contribute to the effectiveness of national politics on social assistance.

Key - words: Social Determinants of Health, Public Policy, Psychology, Unified Social Assistance, Reference Center for Social Welfare.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. OBJETIVOS	10
METODOLOGIA	10
3.1 LEVANTAMENTO DE DADOS	10
3.2 AMOSTRAS	11
3.3 ANÁLISE DOS DADOS	11
4. REFERENCIAL TEÓRICO	12
4.1 O(A) PSICÓLOGO(A) COMO UM(A) TRABALHADOR(A) DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	12
4.2 CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTENCIA SOCIAL: FUNÇÃO E PÚBLICO ALVO	15
4.3 OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE	16
4.3.1 HISTÓRICO E CONCEITO	16
4.3.2 OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E AS INIQUIDADES	18
4.3.3 COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E A REALIDADE BRASILEIRA	19
4.3.4 O MODELO DE DAHLGREN E WHITEHEAD	20
5. DISCUSSÃO	23
5.1 AS CONDIÇÕES SOCIAIS NAS QUAIS OS PSICÓLOGOS DOS CRAS VIVEM E TRABALHAM	23
5.1.1 PSICÓLOGOS DOS CRAS: PERFIL	23
5.1.2 COMPORTAMENTO E ESTILO DE VIDA	24
5.1.3 REDES SOCIAIS E COMUNIDADE	26
5.1.4 CONDIÇÕES DE VIDA E TRABALHO	29

5.1.5 MACRODETERMINANTES: CONDIÇÕES SOCIOECONOMICAS, CULTURAIS E AMBIENTAIS GERAIS	32
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS	40

1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) _ criado em 2005, conforme determinação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 2004, e da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) de 1993 _ desponta no atual cenário brasileiro como um articulador de uma política pública basilar, uma vez que relaciona-se diretamente a ações e programas de transferência de renda, tais como o Programa Bolsa Família. Nesta conjuntura, vem despontando enquanto um potencial empregador, não só para os Assistentes Sociais, como também para Psicólogos e outras profissões (Pedagogos, Advogados, Sociólogos, etc), conforme prescrito nas Normas Operacionais Básicas: NOB/SUAS de 2005; NOB/RH/SUAS de 2006. Tornou-se uma obrigatoriedade, porém, a díade psicossocial (onde comumente lê-se psicólogo e assistente social) atuando enquanto técnicos de referência das equipes, responsáveis diretos por fazer chegar aos indivíduos e famílias, em situação de vulnerabilidade social, os serviços socioassistenciais.

Em se comparando, por exemplo, ao Sistema Único de Saúde (SUS), o qual data sua criação há vinte e cinco anos, o SUAS é relativamente recente e vem sendo desenhado através da implantação e do constante aprimoramento dos equipamentos de Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, CRAS e CREAS, respectivamente.

Segundo dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), existem no Brasil, atualmente, 8.088 Centros de Referência de Assistência Social. Nestes atuam 40.794 trabalhadores das mais diversas profissões, dos quais 9.507 são Psicólogos e 17.567 são Assistentes Sociais (que constituem a maioria) (CENSO SUAS, 2014).

A inserção do Psicólogo na Assistência Social deu-se, porém, a partir de uma série de tensões advindas, principalmente, da própria construção da profissão ao longo da história e da quebra de paradigma proposta pela política pública: do trabalho com a elite brasileira ao trabalho com a parcela da população em situação de extrema pobreza (BOCK, 2009; YAMAMOTO, 2009, apud SANTOS, 2014). Santos (2014) sinalizou este confronto entre o Psicólogo e o “social” como sendo atravessado por dificuldades de ordem pessoal e técnica, já que se tem que lidar com populações que vivenciam outra ordem subjetiva.

Ao adentrar no campo da Assistência Social, enquanto Psicóloga, fui tomada por um estranhamento inicial sobre o lugar a ser ocupado. A partir de observações do fazer de outros profissionais (colegas ou não, aí inseridos) e das opiniões emitidas pelos usuários do serviço socioassistencial, percebi que essa visão primeira de “lugar de estranhamento” era compartilhada e traduzida, recorrentemente, pela célebre pergunta: *“mas para que serve um*

psicólogo que não pode fazer consulta?”. Nisto consiste o primeiro nó da atuação do Psicólogo no CRAS: é o interdito da clínica tão valorizada e enfocada na formação acadêmica. Mas ao contrário da minha primeira opinião, que foi modificada ao longo do tempo pelo estudo, a visão dos demais tem grandes chances de não se modificar transformando-se em um grande empecilho.

Passados três anos de minha experiência como técnica de referência do CRAS foi possível notar algo bastante relevante: tanto profissionais de Psicologia como do Serviço Social, recorrentemente, trazem em seus discursos um característico mal-estar ligado ao exercício da função manifestado por: absenteísmo, alta rotatividade, somatizações, tristeza, sentimento de incapacidade ou inadequação, busca por outros campos de trabalho mesmo fora da profissão, dentre outros. No entanto, há um diferencial no que tange à classe profissional: enquanto para o Assistente Social ocupar um assento no CRAS é algo quase inerente_ pela natureza da formação acadêmica _ para o Psicólogo isso é dificultado pela maior indefinição de papéis e do fazer.

Alguns estudos têm se ocupado, desde 2005, sobretudo, ao entendimento da atuação do Psicólogo na Assistência Social, tais como: Santos (2014), Barreto (2011), Oliveira *et al* (2011), Fontanele (2011), Dentz (2013) e Teixeira (2010). No entanto, apesar de os mesmos trazerem rico conteúdo sobre a prática e sobre a subjetividade do profissional, identificou-se a ausência de estudos, ou pouco enfoque dos estudos, existentes aos aspectos da saúde do psicólogo relacionados ao contexto de trabalho. Esta lacuna sinaliza a necessidade de um investimento maior na exploração, descrição do fenômeno e desenvolvimento de teoria pertinente. No que se refere propriamente ao estudo dos Determinantes Sociais de Saúde no contexto de trabalho há um estudo pioneiro realizado por Rose e Marmot, na Inglaterra, em 1981; e estudos mais recentes desenvolvidos por Susanna Toivanen, em Estocolmo, em meados de 2013. A estes não se teve acesso direto. Quanto ao tema “Determinantes Sociais de Saúde no contexto de trabalho dos Psicólogos atuantes no SUAS” não houve nenhuma ocorrência de literatura pesquisada.

Compõem o cenário de trabalho do Psicólogo no CRAS algumas características peculiares, tais como: a escassez de suporte da rede socioassistencial; os impactos emocionais advindos do lidar com situações de extrema pobreza; a indefinição de papéis dos técnicos; o grande número de famílias atendidas; a baixa remuneração; os entraves de gestão municipal; a escassez de recursos materiais da instituição; dentre outras. Dessa forma surgiram algumas indagações que nortearam a produção do presente problema de pesquisa: de que maneira esses elementos incidem na subjetividade do Psicólogo/técnico de referência? Quais fatores estão

imbricados no possível processo saúde-doença? Essa interferência relaciona-se a efetividade ou não da PNAS, em longo prazo, junto aos beneficiários dos serviços socioassistenciais?

Neste intuito, optou-se em realizar uma leitura desta realidade relacionando-a ao estudo dos Determinantes Sociais de Saúde, modelo de Dahlgren e Whitehead (1991), situado no rol da Saúde Pública. Determinantes Sociais de Saúde correspondem aqui a um conjunto de fatores que caracteriza particularidades dos indivíduos e também refletem sua inserção em um tempo-espaço (SANTANA *et al*, 2010). Ou ainda, são as características sociais nas quais a vida transcorre (TARLOV, 1996, *apud* BUSS *et al*, 2007).

O conhecimento sobre os DSS destaca-se, ainda, por ter o potencial de possibilitar mudanças de comportamento em relação aos fatores de risco ou fortalecer a capacidade das pessoas em lidar melhor com as influências negativas advindas de sua condição de vida e trabalho (ROCHA, *et al* 2015).

Este estudo pretende trazer contribuições no sentido de analisar determinantes sociais de saúde envolvidos no contexto de trabalho dos Psicólogos atuantes no CRAS, constituindo-se, assim, uma possibilidade de intervenção e mudança. Estas podem se dar tanto no sentido do profissional sobre seu próprio trabalho como também na vertente de transformações das representações que a sociedade, em geral, tem do trabalho do Psicólogo neste lócus. Longe da expectativa de, meramente, provar hipóteses e encerrar relações diretas de causalidade, este trabalho propõe-se a problematizar, instigar indagações sobre o fazer do Psicólogo, o trabalho proposto pelos CRAS à população e compreender como os DSS aí existentes podem contribuir para o processo saúde-doença do profissional.

2. OBJETIVOS

Esta revisão bibliográfica, de caráter exploratório, tem por objetivo geral analisar os Determinantes Sociais de Saúde presentes no Contexto de Trabalho dos Psicólogos atuantes no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), mais especificamente nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

Os objetivos específicos são:

- Descrever aspectos das condições de trabalho e de atuação dos Psicólogos alocados no SUAS/CRAS;
- Identificar no contexto as lacunas existentes entre a formação acadêmica e a prática do trabalho na Assistência Social;
- Compreender as dificuldades vivenciadas no exercício profissional e a repercussão disto na satisfação ou insatisfação dos profissionais quanto à prática e na efetivação do serviço prestado;

3. METODOLOGIA

A revisão bibliográfica, ou revisão de literatura, constitui-se da análise crítica, meticulosa de referenciais teóricos publicados. O levantamento de dados tem o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema para o qual se almeja respostas (FONSECA, 2002 *apud* SILVEIRA e CÓRDOVA, 2009). Sendo classificada no rol das pesquisas exploratórias, este tipo de pesquisa pretende maior familiaridade com o problema com o intuito de torna-lo mais explícito ou construir hipóteses (GIL, 2007 *apud* SILVEIRA e CÓRDOVA, 2009).

3.1 LEVANTAMENTO DE DADOS

A base de dados utilizada foi basicamente composta por artigos encontrados no portal de periódicos da Comissão de Aperfeiçoamento do Ensino Superior (CAPES); no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na *Scientific Eletronic Library OnLine* (SciELO); a partir dos seguintes descritores: DSS, CRAS e Psicologia na Assistência Social. Além disso, foram utilizados livros que tratam do tema, bem como publicações presentes no site da Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) da Fiocruz.

3.2 AMOSTRA

A amostra foi composta por 21 publicações nacionais selecionados a partir das variáveis de interesse. Tais textos correspondem ao período de 2005 até 2015. Sendo os mesmos escritos em português, selecionados após leitura criteriosa, conforme consonância com as variáveis mesmo que não falassem estritamente do tema tratado. A coleta dos dados foi realizada entre abril e setembro de 2015.

3.3 ANÁLISE DOS DADOS

Dada a coleta dos dados, foi realizada a leitura de todo o material, as informações referentes às variáveis foram compiladas. Posteriormente, foi realizada uma análise descritiva das mesmas buscando estabelecer um fio condutor para o trabalho onde houvesse coerência e clareza no que tange aos objetivos propostos no início. Desta forma, buscou-se ampliar o conhecimento pesquisado apontando para as lacunas existentes no campo de pesquisa e novas possibilidades de olhar o fenômeno abordado.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 O (A) PSICÓLOGO(A) COMO UM(A) TRABALHADOR(A) DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS)

A abertura de um campo de trabalho na Assistência Social para profissionais da Psicologia, a partir de 2005, fomentou ampla discussão pautada no encurtamento da distância, historicamente construída, entre a Psicologia e as camadas mais vulneráveis da sociedade, a tão dura realidade social brasileira.

Nos Centros de Referência em Assistência Social (CRAS), instituição privilegiada como foco neste estudo, deu-se o encontro entre o Psicólogo e o usuário dos serviços socioassistenciais. Este encontro, porém, não ocorre, ainda hoje, isento de efeitos (tensões e conflitos) para ambos. Neste cenário, o profissional depara-se com questões do usuário as quais muitas vezes falam de extrema vulnerabilidade, em diversos aspectos. Ao usuário, há também o estranhamento primeiro de lidar com uma política que se compromete a ser efetiva quanto à complexa problemática vivenciada, mas pouco consegue, dada a grandiosidade da demanda. Para a população em geral (inclui-se aí usuários e até mesmo trabalhadores do SUAS), ainda parece não estar clara a função da Assistência Social, dos CRAS e suas equipes. Afinal, a Assistência Social significa uma dádiva ou um direito? Isto porque há no Brasil marcas arraigadas do Assistencialismo fazendo com que a população ainda se sinta ‘em dívida’ diante do acesso ao que é de direito.

A Psicologia, no âmbito nacional, foi, por muito tempo, uma ciência e profissão voltada ao indivíduo (exclusivamente) e às elites. Bock (2009, como *apud* SANTOS, 2014) sinaliza uma preocupação da Psicologia, num primeiro momento, em controlar, categorizar e diferenciar o indivíduo. Dado esse reconhecimento prévio, onde se insere, afinal, a necessidade da atuação do profissional de Psicologia no Social quando se fala em desigualdade? Como a Psicologia lida, agora, com o coletivo, com as populações que vivenciam outra realidade subjetiva? O que dizer dessa mudança de paradigma?

Souza (2006, *apud* SANTOS, 2014) revela haver no processo histórico brasileiro acesso diferenciado tanto a recursos de ordem material quanto simbólico, o que incide na maneira como os sujeitos desenvolvem e constroem suas subjetividades. Dado isto, não podem ser vistas de maneira isolada as dimensões econômicas daquelas que concernem às dimensões subjetivas e existenciais.

Conforme afirma Scalon (2011, *apud* SANTOS, 2014) todas as sociedades vivenciam desigualdades manifestadas em variados aspectos: prestígio, poder, renda, entre outras, mas o ponto central é em que níveis de desigualdade são toleráveis. Embora o pressuposto básico da cidadania seja a igualdade no acesso aos direitos, a realidade brasileira corresponde ainda à prática do privilégio onde, à grande maioria, os direitos são subtraídos. Há um fenômeno psicológico a ser considerado nessa conjuntura, tal como proposto pela psicologia sócio-histórica, que será reflexo da condição social, econômica e cultural, revelando a concretude da desigualdade social (SANTOS, 2014). A atuação do psicólogo, mais uma vez, faz-se de suma importância para ampliar, por meio de estudos da Psicologia, a visibilidade da dimensão subjetiva dos fenômenos sociais. As lacunas teóricas a esse respeito são sinalizadas por Bock e Gonçalves (2009) e Santos (2014).

Faz-se válido considerar a dimensão objetiva que relaciona a pobreza e a desigualdade social diretamente à má distribuição de renda à população (BOCK, 2010 *apud* SANTOS, 2014). No entanto, uma análise que não privilegie a dimensão subjetiva da desigualdade negligencia a complexidade do fenômeno social. Assim, a intervenção interdisciplinar proposta para o trabalho no SUAS, com famílias em situação de vulnerabilidade e risco socioeconômico, se compromete com o esforço interpretativo para a compreensão da desigualdade social no Brasil. Esta pode ser considerada uma realidade complexa que inclui elementos contraditórios (SANTOS, 2014). Tal fato coloca o profissional de Psicologia como um agente fundamental para a superação da dicotomia indivíduo-sociedade.

No contexto da Assistência Social, mais especificamente no CRAS, as funções atribuídas aos Psicólogos, enquanto componentes das equipes técnicas, constituem uma tentativa de superação das desigualdades sociais e pobreza no país. A política, basilar que normatiza a atuação apela para a noção de ‘compromisso social’ da Psicologia, a capacidade de dirigir um olhar atento à realidade socioeconômica do sujeito/usuário para além do que é dado. Assim, cabe a este profissional problematizar o contexto no qual se inscreve a necessidade do usuário, a qual não se restringe ao âmbito individual. Tornando a política, o quanto possível, isenta do assistencialismo, da rotulação, da marginalização da pobreza e da alienação de quem necessita dos serviços prestados. É atender à necessidade e não ao necessitado.

A mudança de paradigma proposta pela inserção no campo social manifesta-se no olhar atento para os aspectos subjetivos sem perder de vista a conjuntura na qual estão

inseridos. O psicólogo comprometido socialmente enfatiza, em sua prática, que a desigualdade social não é um processo natural, mas que vem de uma construção coletiva e consolidada no cotidiano das relações estabelecidas pelos sujeitos. Advém de práticas sociais e são reafirmadas por crenças e valores (SANTOS, 2014). Há, assim, um entrelaçamento das dimensões objetivas e subjetivas. Justamente neste aspecto, faz-se relevante inserir um profissional que, a partir de uma análise crítica, venha a identificar possibilidades de intervenção preventiva. Deverá, assim, evitar que os indivíduos sejam expostos a situações de vulnerabilidade e risco social. Isto está no cerne da política de Proteção Social Básica da Assistência Social.

Não é possível compreender a constituição da subjetividade individual sem apreciar a subjetividade dos espaços sociais que colaboram para a sua construção (MARTINEZ, 2005 *apud* Santos, 2014). Os aspectos subjetivos do social não se contrapõem aos aspectos das subjetividades individuais, mas se constituem mutuamente. Esta reflexão permite inferir uma possível tendência de que qualquer indivíduo possa ser influenciado por seu contexto de vida e de trabalho. Assim, também o Psicólogo, no exercício de sua função, não está isento de tais repercussões. Os fatores que venham a incidir, de um modo direto ou indireto, na constituição da subjetividade do psicólogo social, mais especificamente, remetem a noção de Determinante Social de Saúde. Faz-se necessário, assim, indagar acerca de como se dá o exercício dessa função: que meios e instrumentos esses profissionais dispõem para ‘o fazer’ na Assistência Social desde sua formação acadêmica? Quais repercussões desta prática, até então nova, trariam para esses profissionais em termos de Saúde?

Dito de outro modo, é provável que os fatores circunscritos no contexto de trabalho da Assistência Social venham a “adentrar” na subjetividade dos Psicólogos influenciando nos seus modos de executar o trabalho, nos seus hábitos de vida e saúde, nisto constitui-se o entendimento dos Determinantes Sociais de Saúde. Tal como afirmaram Badiziak e Moura (2010) estes são elementos que irão permitir que a saúde seja alcançada ou não. Faz-se, então, necessário uma reflexão acerca de como se ocorre este processo.

A formação dos Psicólogos, em sua maioria, ainda privilegia referenciais teórico-técnicos que desconsideram a relevância de aspectos objetivos, históricos e sociais no desenvolvimento humano (BOCK, 2001, *apud* SANTOS, 2014). O contato de Psicólogos com o “social” produz repercussões em suas vidas, objetiva e subjetivamente, proveniente da tensão invisibilidade/concretude da desigualdade, sendo a prática dos profissionais moldada

também sob o efeito da afetação de tal processo (SANTOS, 2014). Uma questão relevante a ser colocada é sobre quais elementos podem contribuir para o avanço da prática profissional e, em consequência, da atenção aos sujeitos da política. Neste cenário, o CRAS, como um equipamento público de Assistência Social, no nível básico, mostra-se como um potencial *locus* de estudo e aprimoramento do trabalho dos Psicólogos sob esta nova lógica, o olhar para o social e o modo de inserção agora como um trabalhador do SUAS.

4.2 CENTRO DE REFERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL: FUNÇÃO E PÚBLICO-ALVO

A Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), de 1993, veio preconizar, com base na Constituição de 1988, que a proteção social é um direito de todos que dela necessitem. Não é preciso contribuição prévia do indivíduo para o acesso. A Política Nacional de Assistência Social (PNAS), criada em 2004, é operacionalizada pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS), de 2005. Este propõe a sua intervenção a partir de duas grandes estruturas articuladas entre si: Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial, para ações de média e alta complexidades. De acordo com a PNAS (2004, p. 33-34),

a proteção social básica tem como objetivos: prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e ou, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiência, dentre outros (...)) Prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada.

Os CRAS são unidades públicas estatais de base territorial, localizados em áreas de vulnerabilidade social. Devem atender à um número específico de famílias por ano executando serviços de proteção social básica, organizando, coordenando a rede de serviços socioassistenciais locais da política de assistência social (PNAS/ 2004, 2005). Sendo assim, é considerado a principal porta de entrada do SUAS para os usuários.

O CRAS é legítimo executor do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF). Todos os serviços ofertados pelo SUAS são pautados na matricialidade sociofamiliar como uma de suas bases estruturantes. Tem a finalidade de assegurar a toda a população o

direito de convivência familiar como pré-requisito para que a família possa prevenir, proteger e manter seus membros faz-se necessária a ação efetiva do poder público (MDS, 2009).

Destacam-se como principais funções do CRAS: i) ofertar o serviço do PAIF e outros serviços, programas e projetos socioassistenciais; ii) articular e fortalecer a rede de Proteção Social Básica local, ii) Prevenir as situações de risco em seu território de abrangência fortalecendo os vínculos familiares e comunitários e garantindo direitos (MDS, 2009).

4.3 OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE

4.3.1 HISTÓRICO E CONCEITO

Saúde é considerado o estado de completo bem-estar físico, psíquico e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidades, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, *apud* ALVES e RODRIGUES, 2010).

A concepção adotada pela OMS, que vigora até os dias atuais, resultou de uma série de tensões conceituais, uma vez que ao longo do século XX havia diferentes abordagens sobre qual seria o enfoque na conformação da saúde. O choque aqui descrito dava-se entre o paradigma da saúde enquanto um campo científico, médico-biológico, *versus* um enfoque sócio-político e ambiental (BUSS e FILHO, 2007).

Uma noção, por assim dizer, mais holística do fenômeno saúde inaugurou-se com a Constituição da OMS, em 1948, trazendo a visão da saúde para além da doença. Isto foi solidificado na década de 50, quando o uso de tecnologias de prevenção e cura, por meio das campanhas de combate a doenças específicas, repercutiram, de modo relevante, na melhoria das condições de saúde dos indivíduos, a exemplo da erradicação da varíola (BUSS e FILHO, 2007).

No que tange unicamente à gênese conceitual de Determinantes Sociais de Saúde, faz-se necessário realizar uma digressão ao século XIX. Tal conceito adveio, numa longa trajetória, da tentativa de tornar compreensíveis os porquês dos problemas de saúde. Para tanto, foram construídos modelos explicativos da realidade. Um célebre exemplo destes foi a Teoria Miasmática, a qual elucidava a ocorrência de doenças a partir de uma compreensão biológica. Apesar de atualmente obsoleto, este modelo teórico contribuiu sobremaneira para o fortalecimento da noção de Saúde Pública (SUSSER, 1998 *apud* BUSS e FILHO, 2007).

A ampliação das concepções da época tiveram como principal representante o destacado cientista Virchow, o qual propôs que a ciência médica seria uma intrínseca e essencialmente uma ciência social. Assim sendo, condições econômicas e sociais causariam efeito importante sobre a saúde e a doença. A Saúde Pública conformou-se aqui como algo de caráter político e útil para intervenção socialmente, já que favorecia a identificação e a eliminação de fatores prejudiciais à saúde da população (ROSEN, 1980 como *apud* BUSS e FILHO, 2007). Faz-se notável o fato de Engels, em 1845, apontar para a incidência destes fatores no mundo do trabalho em sua obra “A situação das classes trabalhadoras na Inglaterra” (BUSS e FILHO, 2007).

A emergência dos Determinantes Sociais de Saúde teve alguns marcos históricos significativos, a exemplo da Conferência de Alma-Ata, final dos anos 70 e o debate sobre as Metas do Milênio, nos anos 90, a qual culminou, em 2005, na criação da Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde da OMS (BUSS e FILHO, 2007). Nesta ocasião, surgiram indagações, que destacavam quão limitadas eram as intervenções sobre a saúde quando orientadas pelo risco de doença nos indivíduos. As mesmas giravam em torno da afirmação de que para compreender e melhorar a saúde fazia-se necessário focalizar as populações, por meio de pesquisas e ações de políticas direcionadas às sociedades as quais os indivíduos pertenciam. No intuito de responder ao movimento global que se delineava acerca dos DSS, no Brasil houve a criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, por meio de decreto presidencial, em 13 de março de 2006. Esta Comissão elevou o Brasil à condição de produção de conhecimento e intervenções neste campo (BUSS e FILHO, 2007).

Cabe abrir um parênteses, de fundamental importância para a presente pesquisa, sobre o clássico estudo de Rose e Marmot (1981, como *apud* FILHO, 2011) sobre risco relativo de morte por doença coronariana em funcionários públicos do Reino Unido. Esta contribuição exemplifica a importância do conhecimento dos determinantes de saúde dos diversos grupos para diminuir as diferenças entre eles. Relaciona, portanto os DSS ao mundo do trabalho e ao adoecimento de ordem ocupacional.

Todos os marcos históricos apresentados anunciaram uma mudança de paradigma no que tange aos fatores (individuais e coletivos) que contribuíam para manutenção de saúde das pessoas. As críticas promoveram ênfase ao caráter preventivo: o auxílio à saúde das pessoas deixava de ser exclusivamente a atenção médica, quando estavam doentes, cedendo lugar aos fatores que ajudavam as pessoas a manterem-se saudáveis (CNDSS, 2005)

Os Estudos sobre DSS nas últimas décadas avançam, nacional e internacionalmente, na compreensão de como a organização e o desenvolvimento de uma determinada sociedade se relaciona à situação de saúde de sua população (Almeida- Filho, 2002, *apud* BUSS e FILHO, 2007). Circunscrito no rol da Saúde Pública, o conhecimento sobre os DSS traz a possibilidade da identificação, previsão e prevenção, ou seja, essencial à promoção de saúde.

Segundo a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), nos últimos 15 anos, diversos modelos vêm sendo desenvolvidos para demonstrar os mecanismos por meio dos quais os Determinantes Sociais de Saúde afetam os resultados na saúde. Dentre os principais podem ser citados: Dahlgren e Whitehead (1991); Diderichsen e Hallqvist (1998); Mackenbach (1994); Marmot e Wilkinson (1999) (CNDSS, 2005)

Para CNDSS, os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS e FILHO, 2007).

Diversos autores propuseram definições sobre os DSS, dentre os quais pode, ser destacados Nancy e Krieger; e Tarlov. Para Nancy e Krieger (2001, *apud* BUSS e FILHO, 2007) DSS são fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação. Enquanto Tarlov (1996, *apud* BUSS e FILHO, 2007) preconiza que os DSS são as características sociais dentro das quais a vida transcorre.

A Organização Mundial de Saúde adota a definição de DSS como sendo as condições sociais nas quais as pessoas vivem e trabalham. Assim, cabe considerar que os DSS constituem-se como fatores de uma conjuntura social que “adentram” ao corpo dos indivíduos favorecendo ou não a ocorrência de problemas de saúde; sendo os mesmos passíveis a intervenção.

4.3.2 OS DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E AS INIQUIDADES

Falar em Determinantes Sociais de Saúde significa admitir que há iniquidades, as quais são desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes são também evitáveis, injustas e desnecessárias (WHITEHEAD, 2000, como *apud* BUSS e FILHO, 2007). Iniquidades não são diferenças naturais.

Considera-se que as iniquidades em saúde são geradas por determinantes sociais de diferentes condições de vida. Nesse sentido, o nível de saúde seria decorrente da estratificação social, determinante do contexto ou do território, assim como a distribuição desigual de fatores produtores de saúde, materiais, biológicos, psicossociais e comportamentais. A desigualdade econômica, caracterizada pela posição social ocupada pelo indivíduo na estratificação social, determinaria uma desigualdade de acesso aos fatores de boa ou má saúde, implicando em um aumento das iniquidades (ROCHA e DAVID, 2015). Conforme afirmam Graham e Kelly (2004, *apud* CNDSS, 2005) a iniquidade implica num fracasso para evitar ou superar desigualdades em saúde que infringem as normas de direitos humanos, ou seja, são injustas.

O entendimento dos Determinantes Sociais de Saúde aponta para uma visão ampla de Saúde Pública, pois, considera que os mesmos são causados pela ação humana, enquanto iniquidades, e devem ser transformados por ela. Suscita, desta forma, um compromisso com a ação para a mudança.

Os Determinantes Sociais não devem ser encarados como objetos do setor Saúde, mas, também, Social. Assim, a criação de políticas públicas, nos mais diversos setores, deve levar em consideração o impacto sobre a saúde dos indivíduos/usuários a serem alcançados. Isto remete ao conceito de intersetorialidade. Para Mioto e Schutz (2011), a intersetorialidade é evocada, atualmente, por contrapor-se ao aparato setorial que molda as políticas sociais. Envolve ações integradas de distintos setores, no atendimento a população de acordo com a realidade concreta. Neste campo, a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) estaria consonante com a noção da pobreza como um importante determinante social, de natureza multidimensional, cuja compreensão e superação dar-se-á pela via da intersetorialidade. Esta partiria da necessidade de se fazer ações e políticas integradas focadas na família e em seu desenvolvimento integral para uma mudança, de fato, da realidade.

O combate a desigualdade significaria melhorar o nível de saúde, mas, para tal, faz-se necessário desenvolver políticas intersetoriais (econômicas, de emprego, de renda, moradia, educação, etc) garantindo a participação e o empoderamento das populações para que esta possam colaborar com a transformação social (ROCHA e DAVID, 2015).

4.3.3 COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE E A REALIDADE BRASILEIRA

Em 2006, foi criada por Decreto Presidencial a Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Esta comissão teve como objetivos: produzir conhecimentos e informações sobre os DSS no Brasil, contribuir para o desenvolvimento de políticas, planos, modelos e programas para a promoção da equidade em saúde e mobilizar a sociedade civil e o governo para atuar sobre o DSS (Decreto presidência, 2006, como *apud* ROCHA e DAVID, 2015)

A Comissão adota como referencial teórico o modelo de estudos proposto por Dahlgren e Whitehead (1991). Esse modelo propõe sobre os DSS em diferentes camadas. Uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada onde se situam os macrodeterminantes. Isso é, são identificados em quatro níveis de atuação que não se excluem e são inter-relacionados (BUSS, como *apud* ROCHA e DAVID, 2015).

4.3.4 O MODELO DE DAHLGREN E WHITEHEAD.

O modelo conceitual proposto por Dahlgren e Whitehead propõe-se a explicar os mecanismos pelos quais as interações entre os diferentes níveis de condições sociais produzem desigualdades em saúde, desde o nível individual até o nível das condições econômicas, culturais e ambientais que predominam na sociedade como um todo (GEIB, 2012). Há de se salientar, porém, que tal divisão não estabelece um corte estanque, uma separação clara entre o que é da ordem do social e do individual. Isto porque considera-se que nem sempre um aspecto individual parte de uma escolha do indivíduo livre e isenta de influência do meio no qual esta inserido (CNDSS, 2005).

Os autores trazem um diferencial no sentido de favorecer o discernimento entre o que são desigualdades e o que são iniquidades. Em se comparando, por exemplo, um grupo de homens com um grupo de mulheres, as condições de saúde serão, obviamente, diferentes, já que há características biológicas próprias ao sexo masculino e feminino, logo, há uma desigualdade considerada como natural. No entanto, se por conta de uma diferenciação biológica são atribuídos papéis e lugares sociais diferenciados que signifiquem prejuízo a um ou outro grupo, estas são desigualdades não naturais, injustas e que devem ser evitadas, são as iniquidades (CNDSS, 2005). É proposta a divisão dos DSS em quatro níveis de atuação, os quais são inter-relacionados.

O primeiro nível diz respeito aos fatores individuais. São consideradas algumas características como idade, gênero e fatores genéticos que influenciam a saúde dos indivíduos (GEIB, 2012). São enfocados os comportamentos e o estilo de vida. As políticas direcionadas para este nível baseiam-se no fortalecimento dos indivíduos. Adota-se aqui a premissa de que ao munir uma pessoa de conhecimento sobre os DSS, a motivação, a competência e as habilidades permitem alterar seu comportamento em relação aos fatores de risco pessoais, ou lidar melhor com o estresse e desgastes causados por danos à saúde, advindos de outras camadas de influencia. Enfatiza-se, assim, a capacidade de decisão individual (CNDSS, 2005).

O segundo nível demonstra a influência das interações estabelecidas na sociedade e na comunidade disponibilizada por meio de redes comunitárias e de apoio, serviços sociais, de lazer e segurança. Essas redes expressam o nível de coesão social e constituem-se como elemento fundamental para a saúde da sociedade (GEIB, 2012). Filho (2011) sinaliza que diversos estudos vem demonstrando que um dos principais mecanismos pelo qual as iniquidades de renda produzem impacto negativo na situação de saúde é a fragilidade dos laços de coesão, das relações de solidariedade e da confiança entre pessoas e grupos. Aqui é reconhecido o potencial que a força interna das famílias, os amigos, as organizações voluntárias, e comunidades podem ter, a qual supera a capacidade do individuo atuando isoladamente. Essa vinculação faz-se fundamental para a promoção e a proteção da saúde individual e coletiva, uma vez que favorece a constituição de atores sociais ativos. Assim, as intervenções neste âmbito visam o fortalecimento dos laços de coesão para o combate aos danos à saúde (CNDSS, 2005).

Terceiro nível: Neste nível a atuação se dá sobre as condições físicas e psicossociais nas quais as pessoas vivem e trabalham. Aqueles que estão em desvantagem social são submetidos a riscos oriundos de condições habitacionais humildes, de exposição a condições de trabalho perigosas e estressantes, além de menor acesso aos serviços essenciais. As políticas de atuação devem assegurar um melhor acesso à água limpa, rede de esgoto, serviços essenciais de saúde e educação, ambientes de trabalho saudáveis, serviços essenciais de saúde e educação, ambientes de trabalho saudáveis e um emprego seguro e realizador, entre outros (CNDSS, 2005).

O quarto nível aponta para as condições socioeconômicas, culturais e ambientais prevalentes na sociedade como um todo. Inclue-se aqui determinantes supranacionais como,

por exemplo, o processo de globalização. Esses macro-determinantes atuam sobre todos os outros, pois o padrão de vida alcançado por grupos específicos determina a escolha da moradia, do trabalho, das interações sociais, dos hábitos alimentares, com repercussões importantes sobre a saúde (GEIB, 2012). A ação sobre esse nível de determinantes é orientada às políticas macroeconômicas e de mercado de trabalho, de fortalecimento de valores culturais e de proteção ambiental, a fim de promover um desenvolvimento sustentável reduzindo as desigualdades socioeconômicas, a violência, a degradação ambiental e seus efeitos sobre a sociedade (CNDSS, 2005).

A seguir, a figura demonstra didaticamente o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991):



Figura 1 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead

A saúde e seus determinantes necessitam serem pensados na dimensão social, cultural e econômica que se manifesta no ambiente onde o indivíduo e sua coletividade se inserem. O estudo dos DSS possibilita identificar melhor seleção, adequação e planejamento das ações a serem desenvolvidas objetivando a integralidade e a universalização da atenção.

5 DISCUSSÃO

5.1 AS CONDIÇÕES SOCIAIS NAS QUAIS OS PSICÓLOGOS DOS CRAS VIVEM E TRABALHAM...

Estabelecer uma correlação entre os Determinantes Sociais de Saúde e o trabalho do Psicólogo consiste na tentativa de construção do conhecimento atenta às iniquidades presentes no contexto de trabalho e o resultado disto na saúde dos profissionais. Apesar do desafio trazido pela escassez de referências bibliográficas específicas, o modelo proposto por Dalgren e Whitehead auxilia no processo de análise dos DSS envolvidos, por destacar a relevância dos fatores não-clínicos sobre a situação de saúde dos indivíduos e das populações (GEIB, 2012). Assim, será utilizado como marco conceitual para a classificação dos aspectos ligados ao contexto conforme as quatro dimensões/camadas propostas pelo modelo.

5.1.1 Psicólogos dos CRAS: perfil em números, gênero e formação.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia (CFP), em 2011, dos 215 mil profissionais cadastrados, 190 mil eram mulheres, o que equivale a uma proporção de nove a cada dez profissionais. Neste contexto o fator gênero adquire notável importância traduzida na seguinte indagação: Em se tratando de uma profissão majoritariamente feminina, pode favorecer a existência de uma iniquidade?

Nesse sentido, Santos (2014) faz referência ao trabalho de Mota (2011) considerando que a psicologia como profissão eminentemente feminina segue a mesma lógica apontada pelo último autor às Assistentes Sociais. Neste campo, o recorte feminino da profissão pode predispor as trabalhadoras a vivências marcadas pelas questões de gênero como discriminação e reprodução da cultura de subordinação das mulheres. Uma repercussão disto seria os baixos salários e qualificação inferior em relação às ditas profissões ‘masculinas’ (MOTA, 2011 *apud* SANTOS, 2014). Assim, sob a perspectiva dos DSS pode-se inferir que o fato de haver mais psicólogas que psicólogos aponta para a produção de uma iniquidade, ou seja, uma diferenciação não natural e injusta que desfavorece o gênero feminino.

Autoras como Fontanele (2008) e Santos (2014) em seus estudos, observam atuando nos CRAS Psicólogas, recém-formadas - às quais não foram ofertadas outras oportunidades de inserção no mercado-, concursadas ou em pessoas em conciliação com outros empregos. Geralmente, possuem formação e especialização diversa da área social, destacando-se uma soma de saberes na área da Psicologia Clínica.

5.1.2 COMPORTAMENTO E ESTILO DE VIDA DAS PESSOAS.

Quanto à camada “Comportamento e estilo de vida” destacam-se alguns possíveis DSS referentes aos comportamentos que são requisitados do profissional e aqueles que realmente dizem respeito a sua subjetividade. Valido ressaltar que aqui a camada está sendo considerada como composta por fatores que são proximais ao indivíduo e passíveis a sua intervenção mais direta. Quesitos como hábitos de vida e saúde, por exemplo, poderiam ser apreendidos somente numa pesquisa em campo.

Parece prevalecer no contexto de trabalho da Assistência Social uma tendência, entre os próprios profissionais atuantes e da comunidade assistida, de traçarem um perfil do psicólogo apto para o trabalho baseado em características de cunho pessoal (como humanidade, sensibilidade, humildade, por exemplo), o que também é verificado por Santos (2011). Assim, não há associação das habilidades necessárias diretamente com o manejo técnico frente a situações de desigualdade. Desta maneira, para a área social a formação é ‘da pessoa’ havendo confusão entre o que é da ordem das características de personalidade e o que é da ordem do caráter técnico-profissional.

Em consonância com o argumento anterior, parâmetros ético-profissionais e de identidade profissional estariam também circunscritos no âmbito dos fatores individuais por haver ênfase numa espécie de ‘disposição a’ que o psicólogo, uma vez adentrando ao SUAS, deve ter ou desenvolver prontamente. Essa disposição remete, mais uma vez, a algo de ordem mais subjetiva do que técnica. Dito de outro modo, estudos sobre a atuação do profissional ressaltam a necessidade da realização de uma ‘Psicologia engajada’, comprometida socialmente. Nesse sentido, aponta Santos (2014), é dever dos técnicos de referência encarnar o zelo pela cidadania; sair do lugar de ‘acriticos’ e passar ao lugar de técnicos comprometidos com a transformação social. Isto é corroborado por Barreto (2011) e Lane (1994 *apud* FONTANELE, 2008) quando sinalizam a responsabilidade do profissional com uma práxis de ação-reflexão e a importância da ‘consciência de si’ como pressupostos para a construção de uma identidade profissional que rompa com a naturalização da desigualdade.

Conforme os autores citados, estar atuando no serviço público, no campo social, não significaria uma condição *sine qua non* para o desenvolvimento de uma Psicologia comprometida e engajada socialmente. Haja visto ser recorrente, como observou Santos (2014) e Guzzo e Sanro (2012) que os Psicólogos, com formação técnica em outras áreas sejam ‘alocados’ na Assistência Social, nos CRAS, sem a devida capacitação. E muitas vezes

ocorre a revelia de sua vontade. Onde prevalecem questões relativas a garantia de um espaço no mercado de trabalho para a permanência na Assistência Social. O engajamento e o compromisso ético do Psicólogo no social tende a ser encarado como o ‘vestir a camisa’ do serviço, doar-se, ter vocação, condições que perfazem uma espécie de estereótipo para atuar junto às famílias socialmente vulneráveis.

Compõe, ainda, o conjunto de atributos do ‘profissional com perfil’ características específicas como, por exemplo, agressividade e passividade, tal qual observa Barreto (2011). O mesmo propõe que a agressividade, longe de ser confundida com a mera raiva, traduz-se em uma postura ativa de externalização de ações e sentimentos que povoam a subjetividade do profissional. Grifos à palavra subjetividade. Deste modo, serviria à delimitação de sua identidade no campo de atuação, sendo necessária para a formulação de estratégias de ação capazes de lidar com as demandas cotidianas. A passividade, por outro lado, possibilitaria ao profissional a sabedoria de dar lugar ao tempo de cada sujeito atendido, não estar a frente do processo decisório, mas atrás no sentido de deixar emergir o desejo e a autonomia dos usuários. Nisto consistiria a gênese de uma prática reflexiva e transformadora distanciando-se de ações mecânicas e reprodutoras das desigualdades. O profissional deveria fazer, então, um movimento pendular entre os extremos agressividade/ passividade compondo seu *modus operandi* na Assistência Social.

O fazer do técnico de referência do CRAS, pode ser analisado sob o ponto de vista de incoerências ou contradições cotidianas que se formam da interposição entre ‘o que se espera do mesmo’ e ‘aquilo que é previsto na PNAS e nas diretrizes do SUAS’. Realizar ou não atendimentos individualizados quando procurado pelos usuários que demandam atendimento clínico? Fazer ou não atividades no CRAS, que necessariamente, não são previstas para sua função? Conceder ou não benefícios eventuais baseando-se em critérios pouco definidos de quem deve recebê-los? Ser técnico ou ser humano/solidário diante do sofrimento do outro? Não há, obviamente, problemas nas contradições em si, estas podem existir e são salutares até mesmo para o aprimoramento da própria prática. No entanto, constitui-se uma problemática a partir do momento em que postura adotada pelo profissional em seu fazer é encarada como uma escolha meramente pessoal e arbitrária tornando-se questionável. Não são considerados os porquês de o psicólogo optar por esta ou aquela conduta. Sendo assim, infere-se haver uma supervalorização do “poder de escolha individual” do psicólogo em detrimento dos fatores relacionados ao ambiente, a cultura, às gestões municipais e a própria política da Organização em que está imerso o CRAS.

Quanto ao exposto, estudos como o de Oliveira *et al* (2011), Fontanele (2008), Santos (2014) sinalizam que apesar de estarem cientes de que não devem utilizar modelos de atuação tradicional (leia-se atendimentos clínicos) na Assistência Social, os psicólogos continuam a utilizá-los. O que, então, motivaria o profissional a recorrer a tais artificios? Observa-se um esforço, inclusive, do Conselho Federal de Psicologia em fornecer uma gama de orientações por meio de publicações do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). Logo, há informações, mas que por algum motivo sucumbem na conjuntura de demandas da Assistência Social, o que também é corroborado por Guzzo e Sanro (2012). Seria a não efetivação das políticas algo da ordem de uma má vontade, de um descompromisso do técnico? Seria ainda o resquício paradigma da Psicologia para a elite distanciada das questões sociais? Ou simplesmente o psicólogo do CRAS não se vê empoderado de meios para realizar o que de fato considera que venha a contribuir para a melhoria das condições de vida dos usuários? Sejam quais forem as respostas persistem evidências de um distanciamento paradoxal para o técnico entre ‘o que deve ser feito’ e ‘o que é possível fazer’ nesse cenário. Ressalta-se a cautela em constituir um juízo de valor simplório quanto aos métodos adotados pelos profissionais. Nesse sentido Oliveira *et al* (2011) indaga que antes de se fazer críticas a esse respeito, cabe atentar para os determinantes de um panorama que vigora na Assistência Social que contamina seus trabalhadores.

5.1.3 REDES SOCIAIS E COMUNIDADE

No que tange a camada “Redes sociais e comunidade” que trata basicamente das interações sociais e pressões ocultas que influenciam os comportamentos e estilos de vida (CNDSS, 2005) destacam-se alguns possíveis DSS: trabalho interdisciplinar, rede socioassistencial e inserção comunitária.

O trabalho interdisciplinar prescrito às equipes técnicas de referência do CRAS é condição fundamental para o entendimento do fenômeno da desigualdade social sob diversos aspectos, conforme sua complexidade. Embora muitos profissionais se dediquem a fazê-lo, há fortes indícios de que tal fenômeno ainda seja abordado de forma fragmentada.

No cenário atual, a análise e o fazer de Psicólogos e Assistentes sociais permanecem, em algum grau, sob perspectivas distintas, de acordo com a formação acadêmica peculiar. Isto é evidenciado pelas próprias discussões entre o CFESS (Conselho Federal de Serviço Social) e o CFP (Conselho Federal de Psicologia), os quais em suas agendas não chegam a um consenso a respeito de questões metodológicas básicas para a atuação no CRAS. Tome-se

como exemplo a Resolução CFESS nº 557/2009 que dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais. A mesma enfatiza a importância de o Assistente Social integrar as equipes multiprofissionais e incentivar a interdisciplinaridade, simultaneamente, deve emitir opiniões técnicas separadamente. O CFP, por não apresentar normativa específica para este fim, sugere aos Psicólogos adotar a normativa do CFESS. No cotidiano dos CRAS a leitura que se faz desta normativa traduz-se em, até mesmo, registros de evolução do acompanhamento familiar feitos isoladamente, o que contraria as determinações do MDS o qual prevê a continuidade e a integração dos fazeres no atendimento as famílias.

As considerações sobre o trabalho interdisciplinar e suas consequências são pertinentes à discussão nesta camada por ilustrar que a ‘rede social’ mais próxima dos Psicólogos nos CRAS, constituída pelos Assistentes sociais, é marcada por uma série tensões e conflitos. Tal tendência já observada por Guzzo e Sanro (2012) e Santos (2014), traria em seu bojo preconceitos em relação a algumas práticas e métodos adotados pela outra categoria. A fragilidade desta ‘rede social’ imediata repercute em questionamentos e dúvidas que dificultam possibilidades de intervenção no campo, pois as mesmas não são aprofundadas coletivamente (SANRO, 2004 *apud* GUZZO e SANRO, 2012).

O trabalho do CRAS no território em que se insere é incompatível com ações isoladas das demais políticas públicas e setoriais. Isto é evidenciado por ser uma das funções do CRAS a referência e a contra-referência dos usuários, com o devido encaminhamento das demandas às instituições municipais mais competentes para seu atendimento, da forma mais integral possível. No entanto, nessa conjuntura ainda impera choques e abismos nas relações interinstitucionais e intersetoriais. O distanciamento das políticas públicas e de seus agentes (profissionais) concretiza a fragilidade da rede socioassistencial nos municípios, principalmente. Nesse sentido, Barreto (2011) expõe que apesar das legislações de garantias de direitos enfatizarem a importância de uma rede que seja articulada, na prática, ainda não há efetivação.

Em especial, quanto à figura do Psicólogo, há destaque para a recorrente associação: ‘se psicólogo, logo (e irrefutavelmente) psicoterapeuta’. Apesar do incessante esforço do mesmo em delinear a singularidade de sua atuação no CRAS, com relativa frequência são enviadas demandas relacionadas a tratamento clínico também evidenciado nos estudos de Dentz e Oliveira (2013), Santos (2014), Fontalene (2008), Guzzo e Sanro (2012). Dez anos de

inserção deste profissional na Assistência Social parecem ainda insuficientes à mudança da representação concebida pela população e pelos demais entes da rede socioassistencial.

Para compor tal cenário, há o agravante de que, na realidade dos municípios brasileiros, não há outros profissionais de Psicologia compondo rede (tais como na Educação, na Saúde e no Judiciário) recaindo demandas de toda sorte ao profissional alocado na Assistência Social. Assim, ao pontuar o interdito do trabalho clínico no CRAS, o psicólogo está sujeito a ser encarado como pouco disponível aos anseios dos usuários, do município e para o trabalho em rede. Chega-se à seara dos equívocos na qual são enfraquecidas as relações com a comunidade contribuindo para noção de pouca valia do profissional já que “é pago para trabalhar, mas não faz consulta”.

O psicólogo, enquanto atuante no CRAS, deverá ser referência para os usuários do serviço de modo que os mesmos sintam confiabilidade e segurança no trabalho desenvolvido. Tal requisito remete à inserção comunitária que pode ser inscrita nesta camada. A solidificação do vínculo técnico de referência / usuários do serviço socioassistencial esbarra em alguns empecilhos advindos dos vínculos frágeis de trabalho (contratos de curta duração), alta rotatividade de profissionais e também por estes, em alguns casos, não pertencerem a comunidade. Uma vez provenientes de outras cidades, adentrando ao funcionalismo público por meio de concurso, muitos técnicos enfrentam resistência da comunidade local pela ausência de vínculos, a priori.

Com a finalidade de intervir de forma abrangente na realidade local, o profissional deve lançar mão dos diagnósticos socioterritoriais e de identificação das necessidades de serviços. Este aspecto refere-se, porém, a teor técnico da prática. O aspecto vivencial junto à comunidade demanda do Psicólogo abertura às relações interpessoais e tempo. Este último é incompatível com o curto período dos contratos de prestação de serviço a que os profissionais são submetidos. Nesse sentido acrescenta-se a fala de Góis (*apud* FONTANELE, 2008) em que consta: “sem a interação e a convivência a vida do lugar é apreendida de modo estranho e superficial, por isso implica pouca valia”. O autor sinaliza ainda que o Psicólogo deve aliar uma ação intelectual com uma ação de convivência real na comunidade. Assim, a depender de como ocorre a aproximação técnico/população atendida, pode haver maior ou menor adesão à proposta do CRAS e, obviamente, maior ou menor valorização e reconhecimento do trabalho prestado pelo profissional.

5.1.4 CONDIÇÕES DE VIDA E DE TRABALHO

A camada “Condições de vida e de trabalho” reúne nesta pesquisa, basicamente, os fatores físicos e psicossociais relacionados ao contexto de trabalho. Nesse sentido, os DSS podem ser reconhecidos quando se fala em recursos materiais, métodos, ambiente, vínculos empregatícios, identidade profissional e envolvimento emocional.

Embora não seja recomendado o uso de generalizações, a realidade dos CRAS instalados nos diversos municípios brasileiros parece marcada pela escassez de condições básicas ao desempenho satisfatório das funções da instituição junto à população atendida. Por conseguinte, isto precariza o fazer do Psicólogo que não dispõe dos meios suficientes para o atendimento da maior parte da demanda. Neste sentido, diversos estudos vem a corroborar, já que os autores identificaram situações semelhantes, tais como: Santos (2014), Barreto (2011), Dentz e Oliveira (2013) e Teixeira (2010).

Trata-se de condições da ordem de infraestrutura e recursos tais como, computadores, transporte, vestimenta, materiais para o trabalho com grupos, etc. A isto é acrescido o fato de os CRAS ainda funcionarem em ambientes inadequados para a realização do atendimento: com pouca ou nenhuma ventilação (chegando muitas vezes à insalubridade), sem segurança e, o mais importante, sem a possibilidade de prover o sigilo ao usuário atendido. Não raro, falta também a acessibilidade às pessoas com deficiência. Cabe aqui citar a descrença atribuída ao trabalho do CRAS associada à falta ou escassez de repasse de recursos dos entes (município, estado e união) ao custeio dos serviços, programas e projetos. Se em um dado momento há recurso para os benefícios eventuais e em outros momentos este benefício é “cortado”, o usuário passa a não mais solicitá-lo e desacredita no serviço prestado pelo profissional.

A discussão dos DSS nesta camada engloba ainda os métodos utilizados pelo profissional que se alia a questões do trabalho interdisciplinar, ainda. Os psicólogos, desde sua inserção na Política de Assistência Social permanecem carentes de referências para o exercício profissional, metodologias que produzam, segundo Barreto (2011), respostas efetivas ao combate das desigualdades. Nesse sentido, a interdisciplinaridade do trabalho remete a funções e papéis com bordas pouco definidas incidindo num fazer generalizado dos profissionais, com pouca singularidade à prática psicológica.

Em consonância com o argumento anterior, Santos (2014) refere que há uma separação de fazeres entre os técnicos de referência segundo a qual as demandas de natureza de adoecimento mental que batem às portas dos CRAS são direcionadas aos psicólogos, enquanto questões referentes a dificuldades socioeconômicas se destinariam a intervenção do assistente social. Em outros momentos, porém, o psicólogo desenvolve em seu fazer uma postura semelhante ao assistente social, comprometendo, assim, a consolidação de uma identidade profissional neste campo.

A identidade profissional é ressaltada aqui como um fator significante, pois à medida que não há definições de papéis, os Psicólogos tendem a valer-se de discursos e argumentos que legitimem suas práticas, recorrendo a artifícios que beiram o atendimento clínico tradicional. Outrora buscam afirmar sua importância no CRAS por meio da realização de grupos de convivência e informacionais ou dinâmicas de grupo, que emergem como intervenção singular ao profissional. No entanto, a concretização dos mesmos esbarram na escassez de recursos, pouca adesão dos usuários e pela falta de preparo de alguns profissionais para efetivar o trabalho (SANTOS, 2014; FONTANELE, 2008).

Ainda sob esta perspectiva Costa e Cardoso (2010, *apud* SANTOS, 2014) ressaltam que trata-se de um novo campo de atuação com possibilidades variadas mas cujo papel não parece estar claro, o que por vezes levanta dúvidas sobre a real necessidade desse profissional.

Quanto as condições de empregabilidade e renda diversos autores observam precariedade, tais como Santos (2014), Fontalene (2008), Barreto (2011), Oliveira et al (2011). As diretrizes do SUAS determinam, por meio da NOB-RH/SUAS (2004) que a equipe de referência seja composta por servidores públicos efetivos visando a baixa rotatividade. Deste modo deverá ser garantida a continuidade, a eficácia e a efetividade dos serviços e ações ofertados no CRAS a despeito das mudanças de gestão. Apesar disto, no universo de trabalhadores dos CRAS (entre técnicos e não técnicos) 53, 4% do total ainda mantêm-se no rol de profissionais com vínculos não permanentes (SENSO SUAS, 2014).

Em geral, a remuneração é considerada baixa pelos profissionais a qual, muitas vezes, não contempla maior qualidade de vida e investimento em formação continuada. Não raro, os Psicólogos da área social recorrem a mais de um vínculo empregatício o que significa sobrecarga de trabalho e, no geral, pouco acesso aos direitos trabalhistas. A escassez ou

ausência de capacitação dos profissionais incentivadas pelos empregadores, gestões municipais, também soma-se a esta realidade.

Quanto ao envolvimento emocional, Santos (2014) identificou no discurso das psicólogas atuantes nos CRAS recorrente referência ao intenso desgaste pessoal forjado para enfrentar as situações nas quais o profissional depara-se com a díade desigualdade e injustiça social. Dado o contexto baseado em regras pouco definidas para o acesso aos serviços, o profissional é levado a agir de modo arbitrário e recorre a recursos mais subjetivos, e não necessariamente recursos técnicos, no processo decisório. A exemplo, tem-se o acesso aos chamados benefícios eventuais, dentre os quais encontra-se o auxílio cesta básica, nos quais deve haver um perfil do usuário atendido para o acesso. No entanto, esse perfil traz contornos pouco definidos e diante considerável demanda, o profissional acaba por ter que “decidir” para quem vai o benefício dando vida a uma prática não igualitária diante das desigualdades sociais vivenciadas pelos usuários.

O desgaste humano também é sentido no âmbito das relações institucionais manifestada pela luta por uma prática isenta de vícios, que de fato atenda a quem necessita. Sem privilégio de uns e favorecimento de outros. Nesse sentido Barreto (2011) reitera o desgaste humano como proveniente do conflito que se dá pela existência de interesses diversos de ordem política e de capital na Assistência Social.

Quanto ao envolvimento subjetivo no trabalho, pode-se dizer que ocorre quando o técnico é convocado a lidar com diversos tipos de sofrimento, com a miséria financeira e afetiva; situações nas quais os usuários teriam suas individualidades dilaceradas por experiências repetidas de privação, violência e dor. Chama-se atenção para o fato de os profissionais de Psicologia necessitarem de subsídios para a atuação neste campo do ponto de vista do cuidado ao cuidador. Barreto (2011) propõe ainda se pensar sobre qualidade do contato humano entre técnico e usuário, uma vez que pode haver limites e escassez de recursos subjetivos dos profissionais ao lidarem com a gama de sofrimento trazida pelos indivíduos assistidos. Devendo-se atentar também para as limitações do suporte institucional dado ao psicólogo.

5.1.5 MACRODETERMINANTES: CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS, CULTURAIS E AMBIENTAIS GERAIS

A camada “condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais” reúne nesta pesquisa, basicamente, os fatores que estão mais distanciados da intervenção direta do indivíduo, porém, exercem relevante impacto sobre as demais camadas. Nesse sentido, os DSS podem ser reconhecidos quando se fala em: Política Nacional de Assistência Social, formação acadêmica, capitalismo e assistencialismo.

A institucionalização e a inserção do Psicólogo na Assistência Social teve maior notoriedade, especialmente, por ter sido contemporânea à ascensão dos programas sociais governamentais nos últimos dez anos, como por exemplo, o Programa Bolsa Família. Tal ênfase pôs o Psicólogo como um potencial agente de mudança social, atuando no combate à desigualdade. A partir disto, houve maior cobrança da sociedade no que se refere ao seu engajamento. Mas, para além do engajamento inerente ao sujeito, auto-motivado, há influências significativas de múltiplos fatores que colaboram para a efetividade ou não efetividade do serviço prestado, principalmente aqueles ligados às questões políticas e partidárias.

Há de se considerar, então, que esta inserção foi realizada de forma abrupta. Oliveira et al (2011) pontua o alto investimento de recursos nos programas sociais, mas pouco investimento no incremento técnico e estrutural. Assim, os profissionais foram disponibilizados ao trabalho com as famílias sem, necessariamente, disporem de condições estruturais e até mesmo capacitação para tanto. O que deveria vir primeiro: a empregabilidade do Psicólogo na Assistência Social ou a Formação do Psicólogo para a Assistência Social?

Sejam quais forem as repostas à esta indagação crucial, é possível inferir que a PNAS insere, no cenário das questões sociais, uma promessa a respeito do Psicólogo. Promessa esta que o mesmo parece ainda não ter recursos suficientes para assumir. Isto resulta em sofrimento ao profissional que ainda rascunha seu lugar, reconhecimento e utilidade dentro do contexto. Santos (2014) corrobora esta perspectiva quando observa, dentre as profissionais, a confissão do total desconhecimento, durante a formação acadêmica, sobre o trabalho desenvolvido no CRAS, predominando a aceitação desse espaço por necessidade de ordem econômica, sendo a primeira oportunidade de emprego ou a mais estável (no caso de concursadas municipais). Não obstante as mesmas profissionais sinalizam insatisfação quanto a colocação profissional e a prática.

Nos Centros de Referência de Assistência Social o lidar com populações que vivenciam situações de extremas pobreza e vulnerabilidade soa como um constante desafio ao Psicólogo e um investimento a longo prazo, já que suas intervenções não tem respostas imediatas. Nesse cenário são escancaradas as dificuldades de ordem pessoal e técnica denunciando um distanciamento gritante entre a formação acadêmica e a prática. As carências da formação são sinalizadas por diversos autores como Ribeiro e Guzzo, 2014, Fontanele (2008), Oliveira (2011), Mota e Goto (2009), Santos (2014) e Barreto (2011).

Sob uma perspectiva dos macrodeterminantes, tanto a formação acadêmica quanto as diretrizes da PNAS (sem a devida infraestrutura de trabalho) são determinantes sociais de saúde que condicionam o profissional a certa paralização diante da demanda, já que também encontra-se, como supõe Barreto (2011), destituído de sua principal estratégia de trabalho (o uso da psicoterapia).

O processo de constituição das políticas públicas no Social traz em seu bojo características do molde capitalista. A política de Assistência Social não está isenta, por isso, é possível haver um mecanismo que retroalimenta e mantém os interesses capitalistas de exclusão. Nesse sentido, Fontanele (2008) refere que:

“a idéia de proteção social assume as contradições do capitalismo e reconhece que deve haver a responsabilização dos segmentos que detêm o poder pelas sequelas sociais decorrentes do sistema, ao mesmo tempo em que serve para manter o sistema funcionando num ritmo que as questões sociais não o comprometam (p.30)”.

Diante do exposto, o Psicólogo pode servir tanto à promoção de autonomia da população atendida pelo CRAS como também pode apenas contribuir para a manutenção da desigualdade. Fontanele (2008) chama a atenção para o fato de que alguns Psicólogos apresentam um discurso higienista que em sua relação com o usuário acaba por reproduzir relações hierárquicas, de autoridade e que pouco consideram a realidade dos sujeitos. Tornam-se assim, agentes fiscalizadores do Estado. Isto encontra consonância com os achados de Barreto (2011) e Santos (2014).

A partir desta problemática constitui uma condição impar para prática, não só do Psicólogo, o reconhecimento de que a Assistência Social possui uma herança clientelista/assistencialista com a qual deve-se buscar romper sob pena de não se efetivarem mudanças reais. A perspectiva assistencialista colaborava para a manutenção das classes subalternas por meio da alienação e das dádivas, não contribuindo para a noção de autonomia,

do sujeito como portador de direitos e de potencial para a mudança. Fontanele (2008) ressalta que tal herança reflete no modo como os serviços socioassistenciais são estruturados, na qual prevalece uma lógica emergencial e não emancipatória. Essa forma de estruturação é reconhecida também por Santos (2014) e Barreto (2011).

No atual cenário da Assistência Social, Barreto (2011) e Oliveira *et al* (2011) reconhece a existência de algumas ações, engendradas pelos profissionais, para a emergência do desejo e das possibilidades de mudança dos usuários, porém, há forte impacto das influências macrossociais, dos modos capitalistas de relacionamento. Mais uma vez, reitera-se a predominância dos aspectos macrossociais que encontram terreno fértil, para sua reprodução, em práticas descuidadas e descomprometidas politicamente dos principais executores da política, os técnicos de referência.

Assim, não cabe somente à Psicologia romper com a lógica, inerente à tradição da profissão, particularizada e individualizante de trabalho. É preciso que as políticas públicas, com destaque à Assistência Social, avancem na consolidação de um sistema de garantia de direitos que efetivamente consiga alterações basilares nos padrões de distribuição das riquezas no cenário nacional (OLIVEIRA et al 2011).

6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo bibliográfico cumpriu seu intento de revisitar as obras relacionadas ao tema como também promover a construção de conhecimento. Quanto aos objetivos, considera-se que os mesmos foram minimamente atingidos, haja visto a constatação da presença de significativos Determinantes Sociais de Saúde presentes no contexto de trabalho dos Psicólogos atuantes na Assistência Social, especificamente nos CRAS.

Para tanto, entende-se também que os objetivos específicos foram contemplados no estudo de forma que: i) realizou-se uma descrição cuidadosa sobre os aspectos e condições de trabalho dos profissionais no locus proposto; ii) de fato, observou-se a existência de inúmeras lacunas entre formação acadêmica e a prática do trabalho, que se traduzem na pouca ou nenhuma habilidade do profissional em lidar com a desigualdade social; iii) constatou-se a existência de dificuldades de ordem objetiva e subjetiva na execução do trabalho do Psicólogo manifestados por sentimentos de impotência e frustração (por exemplo), culminando na pouca efetividade do trabalho junto às populações atendidas.

No que tange aos DSS elencados na discussão faz-se necessário tecer algumas possíveis conclusões. Os DSS encontrados corroboram a hipótese inicial desta pesquisa referente à possibilidade de, no contexto de trabalho do Psicólogo atuante na Assistência Social, existirem fatores que condicionam ao possível adoecimento. Exemplifica-se com as constatações de Barreto (2011) sobre o chamado “adoecimento ocupacional” dos trabalhadores da Assistência Social. Segundo o autor, em seis anos de serviços prestados, neste campo, notou que Psicólogos, Assistentes Sociais, Educadores sociais e Pedagogos, ingressavam comumente em episódios depressivos e, posteriormente ao quadro, apresentavam reações defensivas e de economia subjetiva, traduzida em grande quantidade de pedidos de exoneração, busca continuada por outras oportunidades, redução do investimento energético e motivacional para o trabalho. Os poucos profissionais que não relatavam tais episódios tendiam para a somatização da carga ocupacional manifestada por dores de coluna, enxaquecas, torcicolos, alergias e problemas respiratórios, dentre outros.

O mesmo autor deu ênfase à escuta diferencial fornecida pelo profissional de Psicologia que doa-se ao encontro com a realidade do outro, revestida de memórias dolorosas trazidas pelos usuários. Segundo as observações feitas neste estudo é possível inferir que este

profissional, mesmo com a interdição do método clínico no CRAS, está propenso a sobrecarga emocional mais intensa já que os próprios usuários o procuram para falar de problemas de uma outra ordem, que não se limita à questões meramente econômicas e de escassez de recursos objetivos. Isto reverte-se comumente em stress e frustração, os quais tendem a converter-se em uma espécie de mecanismos de defesa. Estas estratégias utilizadas pelo profissional podem culminar num distanciamento entre o Psicólogo e o público atendido por ele no CRAS. Assim, instauram-se as condições ideais para atuações pouco efetivas, acríticas, que naturalizam a desigualdade pouco colaborando para que o trabalho realizado produza verdadeiro impacto na efetivação dos direitos dos usuários. Tais aspectos foram observados, sobretudo nos estudos de Barreto (2011) e Santos (2014).

Diante do exposto, há fortes indícios de que a afetação subjetiva, aos quais os Psicólogos estão submetidos, decorrente dos Determinantes Sociais de Saúde presentes no contexto de trabalho da Assistência Social, apresentem potencial correlação com adoecimento ocupacional, insatisfação do profissional e, por conseguinte, tendem a repercutir negativamente na efetivação dos serviços junto à população.

A constituição do social como objeto das políticas públicas no Brasil é atravessada por uma relação de mão dupla onde as ações dos sujeitos têm efeitos na vida social, bem como a vida social, por vezes, impõe os limites que circunscrevem a ação dos sujeitos (SANTOS, 2014). Desde modo, a atuação do Psicólogo tanto exerce efeitos sobre o contexto de trabalho e a efetividade da assistência, como também sofre efeitos que determinam os aspectos de sua prática.

A concepção do profissional quanto à prática que exerce e quanto aos usuários (em sua condição peculiar de vulnerabilidade) constitui-se como um diferencial para a efetividade da assistência. Nesse sentido, uma tendência dos técnicos em culpabilizar as vítimas do processo de desigualdade social pode culminar no distanciamento técnico-usuário, na produção de obstáculos e inabilidade da assistência (COTTA et al , 2007, CREPOP, 2008, YUNES & SZYMANSKI, 2003, *apud* SANTOS, 2014).

A importância do papel do Psicólogo na Assistência Social deve ser resgatada por meio de atuações pautadas numa atitude reflexiva e constantemente questionadora sobre o contexto e o fazer. Barreto (2011) nos lembra que “um grande desafio se nos apresenta: construir vínculos diferentes em relações transformadores, que possam semear, na intimidade

dessas pessoas, sentimentos de segurança, prazer, cuidado e potencia (p. 416).” Porém, levando em consideração a existência de DSS que muitas vezes podem repercutir de forma negativa na realização do trabalho, como fomentar ou resgatar no profissional o desejo pelo trabalho no Social?

No mundo do trabalho a compreensão sobre os DSS envolvidos viabiliza intervenções pautadas na educação de pessoas. Se estas trabalham em condições monótonas, por exemplo, ao entender os fatores que determinam sua condição de vida e trabalho podem intervir, ativamente, criando estratégias para lidar com o estresse (ROCHA e DAVID, 2015). São maneiras de evitar o declínio mental decorrentes de situações estressantes. O que seria possível, assim, no contexto de trabalho dos psicólogos atuantes no SUAS.

Falar em DSS não significa falar apenas nas causas de casos isolados. Sob uma perspectiva epidemiológica, investiga-se as causas da incidência do possível adoecimento do profissional de Psicologia mesmo se considerando que os CRAS relatados nos estudos estão situados em territórios diferentes, atendendo usuários de culturas e hábitos diferentes. Isto fundamenta indagar: que causas provocam a incidência do possível adoecimento do Profissional de Psicologia que atuam na Assistência Social?

A resposta a este questionamento parece extrapolar os limites deste estudo por requerer maior aprofundamento. No entanto, o mesmo torna-se exitoso em clarificar que problemática em questão não está inscrita apenas no âmbito micro, no fazer de determinado psicólogo, em determinado CRAS ou para determinada população atendida. De modo mais amplo, indica que a superação dos entraves para a concretização da PNAS necessita de ações coordenadas e pensadas para uma profunda reestruturação.

No que concerne às iniquidades em saúde, seria necessário estabelecer foco na comparação entre duas categorias profissionais que compõe as equipes técnicas para conclusões mais fidedignas. Assim, seria possível levantar maiores evidências sobre a questão: os Psicólogos estão mais propensos a adoecimento ocupacional que os Assistentes Sociais no Contexto de trabalho do CRAS?”. Neste estudo foi privilegiado apenas o fator “interdisciplinaridade” que aponta indícios da existência dessas diferenças sem aprofundá-las. Isto porém, não inviabiliza enfatizar que a pouca proximidade histórica entre a Psicologia e o trabalho na Assistência Social e os modos de formação acadêmica ainda baseados, na grande maioria, na tradição clínica; fornecem indícios para uma diferenciação que coloca o Psicólogo

em situação de desvantagem em relação a identidade profissional. O que interessa, neste momento, é ressaltar a importância de se buscar a equidade, para que todos tenham condições semelhantes de acesso à saúde.

Conforme salienta a CNDSS (2005) as desigualdades em saúde afetam a capacidade de funcionamento das pessoas. Propor condições de equidade com vistas a favorecer a saúde e, por conseguinte, o funcionamento das pessoas, deve ser uma preocupação na formulação ou reformulação das políticas públicas. Nisto cabe inserir a inegável importância do cuidado ao cuidador. Mas, como assim, cuidador na Assistência Social? A noção de cuidado não estaria mais relacionada às políticas de Saúde? Do ponto de vista da Saúde Pública, mesmo os trabalhadores da área Social são cuidadores, em especial o trabalho do CRAS promove o saúde indiretamente, em caráter preventivo às situações de risco e de violação de direitos. Nesse sentido, Barreto (2011) é citado para reiterar que o ‘cuidar do cuidador’ parece um consenso como concepção mas que se esvai na prática. O cuidar reforça a disposição íntima da Psicologia, que oferece suporte à subjetividade que é demandada ao profissional; já o ser cuidado afirma semelhança humana (técnico- usuário), a coerência interna do profissional com o serviço que é ofertado por ele.

Por fim, a conclusão deste trabalho me remete à célebre: *“Quando se sonha sozinho, é apenas um sonho; quando se sonha junto, é o começo da realidade* (Dom Quixote, 1965). Esta citação encontra sentido na motivação íntima para dedicar-me a este tema e não a outros. É a tentativa de compartilhar uma leitura crítica sobre a atuação do Psicólogo na Assistência Social, longe de estereótipos sobre o mesmo, ressaltando, por outro lado, os desafios e dificuldades encontradas pelo profissional no reconhecimento de sua própria utilidade dentro da PNAS.

Resguardando a importância de elencar o que é da ordem objetiva, este trabalho vem a contemplar, sobretudo aquilo que não é sempre visível ou falado, os aspectos subjetivos. O debate aberto sobre as afetações imbrincadas no processo de inserção do Psicólogo na Assistência Social significa possibilitar outra via de elaboração angustia muitas vezes experimentada como impotência diante da demanda.

Ao refletir sobre o trecho *“... quando se sonha junto, é o começo da realidade”* vem a minha consciência lembranças da minha própria atuação como psicóloga do CRAS. É encorajadora e revigorante a sensação de ver se materializar no discurso dos usuários do

CRAS, transformações em seus modos de vida associadas à promoção do acesso ao direito. Ou mesmo quando um idoso, que se encontrava no mais completo isolamento, integra-se à comunidade e demonstra uma gama de habilidades ou potencial até então adormecidos. De fato, a Assistência Social não é de um, e sim, de todos e para todos. Atentar para os DSS ai envolvidos e as formas de intervir no processo de precarização do fazer surge como uma ferramenta de empoderamento do profissional e sinaliza uma via de transformação que encoraja mudanças no âmbito dos macrodeterminantes. Mudanças mais consolidadas que permita ao profissional de Psicologia, para além das defesas, apropriarem-se, contribuírem e reconhecerem na PNAS mais que uma utopia.

REFERÊNCIAS

- ALVES, A.A.M.; RODRIGUES, N.F.R. Determinantes Sociais e econômicos da SM. **Rev. Portuguesa de Saúde Pública**, v. 28, n.2. p. 127-131. 2010.
- BADZIAK, R.P.F.; MOURA, V.E.V. Determinantes Sociais de Saúde: um conceito para a efetivação do direito à saúde. **Rev. Saúde Pública**, Santa Catarina, v. 3, n.1,p.69-79. jan/jun. 2010.
- BARRETO, A.F. Sobre a dor e a delícia da atuação psicológica no SUAS. **Rev. Psicologia, Ciência e Profissão**, Petrolina v. 31, n.2, p.406-419. 2011.
- BUSS, P.M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p.77-93. 2007.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resolução CFESS 557/2009. Parâmetros para a edição de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Resoluções e Portarias CFESS. Brasília, 2009. P.
- CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS (CREPOP). **Referências técnicas para a atuação do (a) psicólogo (a) no CRAS/SUAS**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2008.
- COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **Modelo conceitual para análise e ação sobre os Determinantes Sociais de Saúde** [internet]. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T42_CSDH_Conceptual%20Framework%20-%20tradu%C3%A7%C3%A3o%20APF.pdf
- FILHO, A. P. Determinantes Sociais de Saúde e Determinantes Sociais de Iniquidades: a mesma coisa? **Portal e observatório sobre iniquidades em saúde**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://dssbr.org/site/opinioes/determinantes-sociais-da-saude-e-determinantes-sociais-das-iniquidades-em-saude-a-mesma-coisa/>
- FONTANELE, A.F.G.T. **Psicologia e Sistema único de Assistência Social (SUAS): estudo sobre a inserção dos psicólogos nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS)**. 2008. 185 p. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2008.
- GEIB, L.T.C. Determinantes Sociais de Saúde do idoso. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Passo Fundo, v17, n. 1, p. 123-133. 2012.
- MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, 2004.
- MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME (MDS). **Orientações técnicas: Centro de Referência de Assistência Social**. Brasília, 2009.

MIOTO, R.C.T.; SCHUTZ, F. Intersetorialidade na política social: reflexões a partir do exercício profissional de assistentes sociais. 2011 In: Diprosul, Pelotas. **Anais eletrônicos**: <http://www.ucpel.tche.br/mps/diprosul/docs/trabalhos/28.pdf>

OLIVEIRA, I.F. et al. A prática da psicológica na proteção social básica do SUAS. **Rev. Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v.23, p. 140-149.2011.

ROCHA, P.R. da; DAVID, H.M.S.L. Determinação ou Determinantes? Uma discussão com base na teoria da produção social da saúde. **Revista Escola de Enfermagem**, São Paulo, v.49, n.1, p. 129-135. 2015.

SANT'ANNA, C.F. et. al. Determinantes Sociais de Saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 92-99. 2010.

SANTOS, L. N. Psicologia na Assistência Social: convivendo com as desigualdades. São Paulo: Cortez Editora, 2014.

SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTENCIA SOCIAL. **Censo SUAS – Resultados Nacionais Centros de Referência de Assistência Social**. Brasília: Coordenação Geral de Vigilância Socioassistencial, 2014.

SENRO, C.M.G.; GUZZO, R.S.L. Assistência social e psicologia: sobre as tensões e conflitos do psicólogo no cotidiano do serviço público. **Rev. Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v.24, n. 2, p. 293-299. 2012.

SILVEIRA, D. T.; CÓRDOVA, F.P. A pesquisa científica. In: GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D. T. (Org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. p. 17-25.

TEIXEIRA, S.M. Trabalho interdisciplinar no CRAS: um novo enfoque no trato à pobreza? **Rev. Textos e Contextos**, Porto Alegre, v.9, n.2, p. 286-297. 2010.