

Autorização concedida a Biblioteca Central da Universidade de Brasília pela Professora Andreia de Oliveira, em 07 de fevereiro de 2020, para disponibilizar a obra, gratuitamente, de acordo com a licença conforme permissões assinaladas, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da obra, a partir desta data.

A obra continua protegida por Direito Autoral e/ou por outras leis aplicáveis. Qualquer uso da obra que não o autorizado sob esta licença ou pela legislação autoral é proibido.

REFERÊNCIA

OLIVEIRA, Andreia de; GHIRALDELLI, Reginaldo; MARTINS, Michelle da Costa. Condiciones de trabajo de asistentes sociales en la atención primaria en salud en Brasil. In: SEMINARIO LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE DE ESCUELAS DE TRABAJO SOCIAL, 22., 2018, Bogotá, Colômbia.



XXII
SEMINARIO
LATINOAMERICANO
Y DEL CARIBE DE ESCUELAS
DE TRABAJO SOCIAL

Del 24 al 27 de Septiembre de 2018
Bogotá, Colombia
xxiiseminarioalaeits2018@gmail.com

CONDICIONES DE TRABAJO DE ASISTENTES SOCIALES EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN BRASIL

Andreia de Oliveira¹

andreiao@unb.br

Reginaldo Ghiraldelli²

ghiraldellire@gmail.com

Michelle da Costa Martins³

michellecmartins@uol.com.br

Universidade de Brasília (UnB)

Brasil

**Eje: 1 La investigación en Trabajo Social/Servicio Social: Caminos
Recorridos y por recorrer**

**Sub eje: 1.3 Aportes de la investigación social, la investigación acción
participativa (IAP) y la sistematización de experiencias a la transformación
social.**

¹ [1] Asistente Social. Maestra y Doctora en Servicio Social por la PUC-SP. Docente del Departamento de Servicio Social y del Programa de Postgrado en Política Social de la Universidad de Brasilia (UnB). Vice Coordinadora del Grupo de Estudios e Investigaciones sobre Trabajo, Sociabilidad y Servicio Social (TRASSO-UnB).

² [2] Asistente Social. Maestro y Doctor en Servicio Social por la Unesp. Docente del Departamento de Servicio Social y del Programa de Postgrado en Política Social de la Universidad de Brasilia (UnB). Coordina el Grupo de Estudios e Investigaciones sobre Trabajo, Sociabilidad y Servicio Social (TRASSO-UnB).

³ [3] Asistente Social. Secretaria de Estado de Salud del Distrito Federal (SES-DF).

Ponencia presentada en el XXII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. PROYECCIONES PROFESIONALES, ACADÉMICAS Y DE INVESTIGACIÓN PARA EL TRABAJO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE ANTE EL DESAFÍO DE LA CRISIS MUNDIAL. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá - Colombia, 24 - 27 de septiembre de 2018.



Resumen

El presente artículo expone resultados de la investigación “El Servicio Social en la Atención Primaria en Salud del Distrito Federal” en Brasil, realizada en el período de marzo de 2015 a julio de 2017. La investigación comprende revisión de literatura sobre la temática, aplicación de cuestionario online y entrevistas semiestructuradas con asistentes sociales, con el objetivo de analizar las transformaciones contemporáneas en el trabajo del Asistente Social en el área de la salud, particularmente en la Atención Primaria en Salud del Distrito Federal (Brasil). La investigación enfatiza las condiciones de trabajo, las atribuciones y competencias profesionales, los avances y desafíos para el trabajo de asistentes sociales en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS), en un contexto de precarización estructural del mundo del trabajo, con desdoblamientos nocivos para la vida y la salud de la clase trabajadora y, en ese caso en discusión, de asistentes sociales.

Palabras claves: Servicio Social; Trabajo; Salud.

Introducción

El presente texto, resulta de una investigación que surgió por la necesidad de estudios sobre la cotidianidad de la labor realizada por el asistente social, en el ámbito de la Atención Primaria en Salud (APS), vinculado a la pertinencia de referencias y enfoques teórico-prácticos para comprender la inserción del Servicio Social en los procesos de trabajo en salud, y considerando la relación con los principios y directrices del Sistema Único de Salud (SUS), la propuesta de la Reforma Sanitaria constituida en los años de 1980 y el proyecto ético-político del Servicio Social brasileño⁴.

⁴ El proyecto ético-político del Servicio Social tiene como referencia el Código de Ética del Asistente Social de 1993, la Ley de Reglamento de la Profesión n.8662/93 y las Directrices Curriculares de la ABEPSS de 1996. Bravo y Matos (2007, p.10) plantean que en la salud existen dos proyectos políticos en disputa, que son: el proyecto privatista, orientado por el ideario



Para ello, se parte de la comprensión de que la producción social de la salud se sitúa en un contexto de múltiples desafíos ligados a la demanda por servicios de asistencia a la salud, por cambios organizacionales y de gestión, así como a los desafíos presentados por las transformaciones en el mundo laboral, con la reestructuración productiva (ANTUNES, 1999) y con la necesidad de respuestas efectivas de las políticas públicas desarrolladas por el Estado para la población.

El Servicio Social, a lo largo de su trayectoria histórica viene constituyéndose en una profesión que, además de sus responsabilidades y competencias teórico-metodológicas y técnico-operativas (propias al ejercicio profesional) posee una dimensión ético-política, comprometida con las demandas sociales. Considerando la articulación de estas tres dimensiones, teniendo como base la cuestión social⁵ como objeto de intervención profesional y la dirección profesional impulsada por un proyecto ético-político,⁶ la referida profesión busca contribuir para una efectiva igualdad social, justicia, construcción democrática, ciudadanía, efectividad en las políticas públicas y garantía de los derechos sociales y humanos. En esta perspectiva, considera la lucha por la implementación de la política pública de salud, por medio del SUS, como un desafío presente en la cotidianidad del trabajo de los asistentes sociales.

Garantizado formalmente en la Constitución Federal de 1988 (Brasil), el derecho a la salud, regulado e implementado por medio del SUS, tiene como

neoliberal y el proyecto de la reforma sanitaria, en defensa de la universalización de la salud como derecho social.

⁵ De acuerdo con Santos (2012), la cuestión social se deriva de las contradicciones y desigualdades sociales producidas en el capitalismo, caracterizadas por relaciones conflictivas y antagónicas entre capital y trabajo. La cuestión social emerge en la escena pública en la primera mitad del siglo XIX, a partir de la organización colectiva y lucha de los trabajadores reivindicando derechos de la ciudadanía, asumiendo así, también una dimensión política (IAMAMOTO, 2008).

⁶ Con base en Netto (2007, p.04), los proyectos profesionales, construidos por la categoría de asistentes sociales explicitan los valores, los objetivos, las funciones, normas, delimitan la autoimagen de una profesión y establecen las relaciones que se dan en el universo profesional con usuarios, otros profesionales, instituciones, etc.



objetivo asegurar formalmente a todos los ciudadanos brasileños patrones dignos de asistencia por el poder público en las esferas federal, estatal y municipal, a través de políticas dirigidas a disminuir el riesgo de enfermedades y que posibiliten la implementación de acciones y servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. La "Unión, los Estados, el Distrito Federal y los Municipios, comparten las responsabilidades de promover la articulación y la interacción dentro del Sistema Único de Salud (SUS), asegurando el acceso universal e igualitario a las acciones y servicios de salud.

En Brasil, a partir de la aprobación del Sistema Único de Salud (SUS), la salud pasó a ser comprendida como un proceso multifactorial y complejo. De acuerdo con la Ley 8080/90, la concepción ampliada de salud desafía la implementación de prácticas de salud que conjuguen el proceso de producción social de la salud y de atendimento a las necesidades de salud, en un contexto de profundas transformaciones sociales que marcan el mundo contemporáneo y, que ha provocado importantes cambios en el modo de vida de la población.

La construcción de acciones de atención a la salud en busca de la integralidad implica el desarrollo de un trabajo multiprofesional, con abordaje interdisciplinario e intersectorial

El modelo de Atención a la Salud del SUS debe, para dar abasto de la situación de salud brasileña, cambiar radicalmente en el sentido de una organización en redes de Atención a la Salud (BRASIL, 2007). Este posible cambio necesita revisar el modelo jerárquico del SUS, expresado en su organización por niveles de atención, involucrando la atención básica, la media y la alta complejidad.

El Decreto nº 7.508, de 28 de julio de 2011 (BRASIL, 2011), regula la Ley nº 8.080/90, define en su Art. 08 que "el acceso universal, igualitario y ordenado a las acciones y servicios de salud se inicia por las puertas de entrada del SUS y se "completa en la red regionalizada y jerarquizada" y, en su Art.9º define que la



Atención Básica a la Salud es una de las puertas de entrada de la Red de Atención a la Salud, estableciéndola en el Art.11 como ordenadora del acceso universal e igualitario a las acciones y los servicios de salud.

Así, la Atención Básica y/o también llamada de Atención Primaria en Salud, se ha constituido en un escenario privilegiado de construcción de estrategias en el enfrentamiento a los problemas de salud, ya que además de componer la organización y desempeñar función estratégica en la producción de un conjunto de acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, también ha sido espacio privilegiado en la construcción de nuevos modos de producción de la salud (MASSUDA, 2010).

Tratándose en el caso de esta investigación, de analizar el trabajo profesional de asistentes sociales insertados en la Atención Primaria en Salud (APS), con enfoque en el Distrito Federal (Brasil), Iamamoto (2008) identifica que aún son predominantemente, las organizaciones públicas y el área de la salud, las principales empleadoras de profesionales del Servicio Social. O sea, en su mayoría, asistentes sociales son servidores públicos y profesionales que se insertan en el área de la salud, lo que justifica la relevancia de estudios orientados hacia esa realidad.

En este sentido, asistentes sociales se insertan en equipos de salud como profesionales calificados y competentes para atender las demandas de la cuestión social en el ámbito de la salud, con el propósito de formular estrategias, implementar políticas que busquen reforzar y crear experiencias en los servicios y que efectúen el derecho universal a la salud, de forma integral, democrática y participativa.

El reconocimiento de la cuestión social como objeto de intervención profesional exige de la actuación de asistentes sociales una perspectiva de acción que identifique los determinantes sociales, económicos y culturales de las desigualdades sociales con base en las demandas presentadas en lo cotidiano del



trabajo (IAMAMOTO, 2009). Por eso, la actuación profesional debe estar pautada en una propuesta que apunte al enfrentamiento de las expresiones de la cuestión social que repercuten en los diversos niveles de complejidad de la atención a la salud, desde la atención básica hasta los servicios que se organizan a partir de acciones de media y alta densidad tecnológica.

En el proceso de concreción de los principios de la universalidad, de acceso y equidad en relación a los derechos sociales, la acción cotidiana de asistentes sociales en la Atención Primaria en Salud, puede tener un papel fundamental en la construcción de la integralidad de esa política, en la implementación de acciones de promoción de la salud, articulación y fortalecimiento de redes sociales y de integración entre las acciones y los servicios.

Siendo así, la investigación se realizó con el objetivo de analizar las principales acciones del Servicio Social en la Atención Primaria en Salud en el Distrito Federal (Brasil), identificando las atribuciones, competencias profesionales, desafíos, límites, avances y condiciones de trabajo de asistentes sociales, caracterizando la Atención Primaria en Salud (APS) en el escenario socio-histórico en el ámbito de implementación del SUS en el Distrito Federal e identificando los servicios prestados, el universo cuantitativo de profesionales, con sus respectivas inserciones en los procesos de trabajo y condiciones laborales.

Para la realización de la investigación se utilizó un abordaje mixto, o sea, cualitativo-cuantitativo, mediante el estudio bibliográfico y documental, investigación de campo realizada a través de cuestionarios online, en la plataforma Google (a partir del mapeo del universo cuantitativo de asistentes sociales en la Atención Primaria en Salud del Distrito Federal) y también entrevistas semiestructuradas.

El primer momento de la investigación implicó la revisión de literatura sobre la temática. El segundo momento se constituyó de investigación empírica, por medio de aplicación de cuestionario online y entrevista semiestructurada. Para la



realización de esta etapa, la Secretaría de Salud del Distrito Federal (SES-DF) proporcionó las informaciones necesarias sobre el cuantitativo de profesionales y sus respectivos contactos (correo electrónico). Precedió esta etapa, la presentación de la propuesta de investigación y sus objetivos por medio de la participación de miembros integrantes del equipo de investigadores en reuniones de Asistentes Sociales de la SES-DF. La presentación de la investigación a los profesionales también ocurrió por medio de la entrega de material informativo.

De un universo de 95⁷ asistentes sociales que actúan en el ámbito de la Atención Primaria en Salud en el DF, 26 respondieron el cuestionario. La aplicación del cuestionario ocurrió en el período comprendido entre los meses de abril a octubre de 2016. Después de la aplicación de los cuestionarios, se prosiguió la investigación empírica con la realización de entrevistas semiestructuradas con asistentes sociales, optando por los siguientes criterios en la selección de los sujetos: asistentes sociales que actúan en la APS en el DF y en sus diferentes regiones de salud⁸; asistente social con actuación en diferentes modelos de equipo de APS, o sea, Núcleos de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), Equipo de Atención Domiciliaria (EAD), en los Centros de Salud tradicionales, Consultorios en la calle y Salud Penitenciaria⁹; además de la disponibilidad del profesional en participar en la investigación. Participaron de las entrevistas 15 asistentes sociales, que se realizaron en el segundo semestre de 2016. Las entrevistas fueron grabadas y las conversaciones transcritas posteriormente. Participaron de las entrevistas 15 asistentes sociales que actúan en los siguientes servicios: 02 (dos) Consultorio en la calle, 04 (cuatro) Sistema

⁷ Número total de asistentes sociales con actuación en la Atención Primaria en Salud (APS-DF) en el período en que se inició la investigación empírica, o sea, abril de 2016.

⁸ Compone la Secretaría de Estado de Salud del Distrito Federal (SES-DF), 07 Superintendencias Regionales de Salud, como son: Región de Salud Centro-Sul; Región de Salud Sul; Región de Salud Norte; Región de Salud Centro-Norte; Región de Salud Oeste; Región de Salud Sudoeste; Región de Salud Leste.

⁹ Atendimento de salud a los reclusos.



Penitenciario, 05 (cinco) Centro de Salud (modelo tradicional)¹⁰, 02 (dos) NASF y 02 (dos) EAD. Algunos asistentes sociales que participaron de la entrevista también respondieron el cuestionario online, en cuanto otros fueron sujetos sólo de una de las etapas de la investigación empírica, o sea, participaron apenas de la entrevista o solamente del cuestionario. Es importante informar que las identificaciones de los participantes de la investigación se mantuvieron en secreto para satisfacer los requisitos éticos.

Identificación y caracterización de los sujetos de investigación

Del total de participantes de la investigación, respondieron al cuestionario online 11 (once) asistentes sociales que actúan en los Centros de Salud (modelo tradicional), de un conjunto de 62 (sesenta y dos) profesionales. De los Núcleos de Apoyo en Salud de la Familia (NASF), de un total de 10 (diez) profesionales que actúan en esos núcleos, respondieron al cuestionario 06 (seis) asistentes sociales. Con respecto a los Equipos de Atención Domiciliaria (EAD), de un conjunto de 11 (once) profesionales, respondieron al cuestionario online 03 (tres) asistentes sociales. También respondieron al cuestionario 05 (cinco) asistentes sociales que actúan en la Salud Penitenciaria (de un total de 09 profesionales) y, del Consultorio en la calle, 01 (un) asistente social respondió el cuestionario, de los 03 (tres) que actúan en el respectivo servicio.

Predominantemente mujeres, las asistentes sociales participantes de la investigación tienen una media de edad entre 29 a 54 años, con ingresos individual medio entre 07 a 16 salarios mínimos.

¹⁰ Dentro de estos, 05 participaron de las entrevistas semiestructuradas, siendo profesionales de diferentes Superintendencias Regionales de la SES/DF, en el caso, de los centros de salud de Ceilândia, del Recanto das Emas, de Santa Maria, do Varjão y el nº 8/Ala Sul.



Con buen nivel de formación académica, la mayoría de los profesionales realizaron postgrados, en la modalidad de especialización y/o maestría académica/profesional en el área de política social y en el área de la salud. En cuanto al cargo ocupado y función desempeñada, al tipo de vínculo laboral y al área de actuación, todos los respondientes ocupan el cargo de Asistente Social, siendo servidores públicos, con régimen estable de trabajo (estatales). En su mayoría, los profesionales poseen experiencia de más de 6 años en el área. Sólo un asistente social tiene una carga horaria de 20h semanales, y los demás trabajan una jornada de 40h semanales, lo que expresa un desafío en la implementación de la ley de las 30 horas semanales de trabajo para asistentes sociales sin reducción de salario, conforme a lo previsto en la ley n. 12.317, de 2010 en Brasil. En resumen, estos profesionales actúan en la atención a la población en demandas del Servicio Social en la salud a nivel de la Atención Básica, con la salvedad, para la asistente social del Centro de Salud del *Recanto das Emas*, que también desempeña la función de Coordinadora de un Programa orientado para la atención a las personas en situación de violencia (PAV). Se resalta también la diferenciación de la carga horaria definida para la actuación junto a EAD entre los profesionales entrevistados, una vez que uno de los profesionales tiene dedicación exclusiva para la EAD y el otro divide las 40 horas entre la EAD y la actuación hospitalaria.

De acuerdo con los datos obtenidos, los profesionales buscan mantenerse actualizados profesionalmente por medio de participación en conferencias, eventos, simposios, congresos, fórum de supervisión de prácticas supervisadas, cursos, lecturas de libros y artículos, congresos y oportunidades de formación ofertadas por la Gerencia de Servicio Social de la Secretaría de Salud (SES-DF) y por el Ministerio de Salud. Sólo un profesional de los encuestados dice no participar en eventos promovidos por la categoría profesional o áreas afines.



Hay quien evalúa, en un primer momento, que no hay dificultades en la liberación para participación de cursos y eventos. Por otro lado, en las palabras de los entrevistados como en los resultados del cuestionario, se evidencian posiciones antagónicas y, a veces cuestionan la efectiva existencia del incentivo a la formación y educación continuada ante la falta de una política consolidada por parte de la SES/DF.

Para ejemplificar, recurrimos a la evaluación de los sujetos de investigación de los Centros de Salud. De los 11 (once) profesionales de los Centros de Salud que respondieron el cuestionario, 09 (nueve) consideran que no hay política de formación continuada. Mientras en los relatos de los sujetos entrevistados, 02 (dos) profesionales consideran que la institución estimula y alienta la capacitación y la educación continuada. Otro profesional evalúa que por parte de la Secretaría hay incentivo, pero la liberación para participación en actividades de capacitación depende de la gestión de la unidad en la cual está actuando y, por lo tanto, depende de cada gestor. Además 02 (dos) profesionales consideran que no hay incentivo o que debería tener más mecanismos para estimular la calificación profesional.

Posiciones opuestas sobre esta misma cuestión, también son presentadas por otros profesionales, entre los cuales se encuentran los asistentes sociales de los NASF. De los 6 (seis) encuestados, 03 (tres) consideran que no hay una política institucional de educación continuada y calificación profesional por parte de la SES/DF. En contraposición, otros 03 (tres) asistentes sociales respondieron que sí existe política de formación continua. Una observación importante al respecto, es que sólo 1 (uno) de los participantes en el cuestionario online del NASF, afirma que nunca ha participado en alguna formación en el área de Atención Primaria en Salud. Los otros 05 (cinco) asistentes sociales respondieron de forma afirmativa en cuanto a la participación en algún proceso de formación en la respectiva área.



Hay informes que sugieren la necesidad de oferta de más cursos y de oportunidades de interacción entre los profesionales de los servicios de la salud, a fin de posibilitar el diálogo multi e interdisciplinario entre las distintas profesiones, rompiendo barreras del aislamiento profesional.

Entre otras estrategias, cabe resaltar que la aproximación al trabajo profesional, con el propósito de fomentar la formación continua, puede ocurrir también por medio de la práctica supervisada. La práctica supervisada es una estrategia para la formación profesional que complementa el proceso de enseñanza/aprendizaje, centrado en el trabajo profesional. Los entrevistados, en su mayoría, hacen alusión a la importancia de la práctica supervisada en el proceso de formación en el Servicio Social, sin embargo, expresan las dificultades de infraestructura en el ambiente de trabajo para recibir aprendices, con falta de espacio físico y sobrecarga de trabajo.

Por más que existan límites y dificultades al supervisar las prácticas, es importante resaltar que esta actividad, componente curricular obligatorio en el proceso formativo en Servicio Social, debe ser un momento privilegiado de aprendizaje y capacitación del estudiante, proporcionando el primer contacto con la realidad del trabajo profesional y las múltiples expresiones de la cuestión social.

Acciones profesionales, condiciones de trabajo y salud de asistentes sociales

En lo que se refiere a las acciones profesionales, la investigación de campo reveló el siguiente escenario: en los Centros de Salud se destacan programas y servicios dirigidos a la salud de la mujer; salud del niño; la salud del adulto y el anciano (incorporando las acciones con enfermedades específicas como hipertensión, diabetes, cardiopatía, entre otras), planificación familiar, programa de tabaquismo, etc. En los Centros de Salud, la composición de los



equipos es diferente, pero de modo general están compuestos por médico (generalista, ginecólogo y pediatra), enfermeros, nutricionista, asistente social, técnico de enfermería y técnico de odontología. En ese sentido, las acciones profesionales de asistentes sociales consisten en resumen en: atención individual; atención a las familias; actividad educativa y de orientación en grupo (ancianos, mujeres, adolescentes); visita domiciliar e institucional; atendimento a demandas relacionadas al Pase Libre (transporte público); orientación sobre beneficios de la asistencia social, pensionados y laborales; articulación con la red; reuniones; supervisión de prácticas; y demás acciones conforme la demanda espontánea que emerge en la cotidianidad profesional.

En cuanto el NASF es considerado un servicio orientado por una estrategia de organización del trabajo en salud, que ocurre a partir de la integración de equipos de Salud de la Familia (con perfil generalista) involucrados en la atención a las situaciones/problemas comunes de determinado territorio (también llamadas de equipos de referencia para los usuarios) con equipos o profesionales con otros núcleos de conocimiento diferentes de los profesionales de los equipos de Atención Básica. Entre sus acciones están: Matriz y acogida de las familias; atención individual; reuniones con equipo; educación permanente; atención individual en situaciones específicas y puntuales; atención compartida del equipo; visita domiciliar e institucional; articulación intersectorial con la red y con la comunidad; remitidos a la red de protección social; inscripción de la población usuaria de los servicios; trabajo con grupos; formulación, planificación y ejecución de políticas sociales; monitoreo de planes, proyectos y programas sociales; supervisión de prácticas; actividades de movilización y participación social; orientación a individuos, grupos y familias, entre otras.

En los Equipos de Atención Domiciliar las acciones están dirigidas para admisión al programa por medio de reuniones con cuidadores; visitas de admisión; visitas domiciliarias; estudios de caso (incluyendo la discusión del alta del usuario



del programa), capacitación de los cuidadores y reuniones de equipo para organización y evaluación del servicio; atención y orientación a individuos, grupos y familias; orientación y remisiones para acceder a beneficios y políticas sociales; identificación de casos de violencia y su notificación; orientación y trabajo con grupo de cuidadores (que puede ser un familiar o no) y trabajo con equipo.

Sobre las acciones desarrolladas por el Consultorio en la calle es importante considerar que ese servicio realiza actividades en el lugar, de forma itinerante y cuando necesario, desarrollando acciones compartidas e integradas a las Unidades Básicas de Salud (UBS) y/o, con otros equipos como los de los Centros de Atención Psicosocial (CAPS), entre otros. El Consultorio en la Calle, representa un importante servicio especializado de la red que compone el SUS y que actúa como puerta de entrada para las personas que están en situación de calle y necesitan atención médica. La atención a la salud de la población en situación de calle en el Distrito Federal (Brasil) se realiza principalmente por medio de 3 equipos de Consultorio en la calle ubicados en el *Plano Piloto, Taguatinga y Ceilândia*. Entre las acciones profesionales están las remisiones a la red de protección social; orientaciones y enfoques a individuos, grupos y familias; trabajo en grupo; articulación con la red socio-asistencial y atención individual.

Las actividades realizadas en el ámbito de la Salud Penitenciaria consisten en acciones individuales y colectivas destinadas a promover, prevenir, reducir y/o eliminar riesgos y agravios a la salud de la población privada de libertad.

Entre las acciones relatadas por el equipo de Salud Penitenciaria se destacan: reunión del equipo multiprofesional de salud; reunión de la red ampliada; monitoreo y supervisión de acciones; planificación de las actividades desarrolladas; evaluaciones continuas con los grupos; visitas institucionales; atención individual y acogida; remisiones a la red de protección social.



En cuanto a los instrumentos técnico-operativos y recursos utilizados en el ejercicio profesional, tanto la entrevista como el cuestionario destacaron la entrevista social, el informe social, el parecer social, la visita domiciliar e institucional, la orientación a individuos y familias, reuniones con equipo profesional y población usuaria, actas, oficios, registros en archivos y fichas de inscripción para acompañamiento de las demandas.

En lo que se refiere a las condiciones y el ambiente de trabajo, las respuestas de los participantes y entrevistados sugieren que la precarización de las condiciones de trabajo a las que están sometidos ha perjudicado el acceso de la población a los servicios de salud. La falta de planificación, gestión de personas, de materiales y de espacio físico están entre las dificultades más presentes en las palabras de los profesionales.

Las condiciones de trabajo de los profesionales y la dificultad de acceso de los usuarios a los servicios de salud se agravan ante el número insuficiente de profesionales en los servicios de salud. La mayoría de los entrevistados resalta que hay problemas con los locales en lo que se refiere a la realización de trabajos colectivos, como reuniones y actividades en grupo. Llama la atención la evaluación de la cotidianeidad del trabajo, una vez que la mayoría de los encuestados lo considera desgastante, lo que es reflejo de la precarización estructural del trabajo y que afecta también a los asistentes sociales, clase trabajadora asalariada que se inserta en el mundo del trabajo en el proceso de compra y venta de la fuerza de trabajo (RAICHELIS, 2011).

Es recurrente en las conversaciones de los sujetos entrevistados el proceso desgastante en el cotidiano profesional, como resultado de las características del trabajo del asistente social. Este trabajo, insertado en la sociedad capitalista, marcada por la reestructuración productiva y el ideario neoliberal, impone a los profesionales una elevada sobrecarga de trabajo, ante largas jornadas e intensificación de la labor (DAL ROSSO, 2008). Además, este trabajo precarizado



y multifacético se caracteriza por la versatilidad (ANTUNES, 2009), cobro y presión por metas de productividad, y demás mecanismos que solapan las condiciones existenciales de vida y trabajo de los profesionales.

Otro dato presentado en la investigación de campo se refiere a la falta de claridad del equipo profesional sobre las particularidades del trabajo realizado por el Servicio Social, lo que exige por parte del profesional la reafirmación constante de sus atribuciones privadas y competencias profesionales.

La sobrecarga de trabajo es identificada por los sujetos de investigación, principalmente como consecuencia de la falta de profesionales, escasez de recursos y número excedente de la demanda. En ese caso, se observa cada vez más un aumento significativo de las demandas puestas al Servicio Social, ante la profundización de las desigualdades sociales y la no responsabilización del Estado y también, al mismo tiempo, no se realizan concursos públicos y contrataciones de profesionales para atender la demanda creciente. Esto muestra un déficit de profesionales para atender la creciente demanda, lo que significa aumento de la sobrecarga de trabajo, resultando en desgastes y enfermedades provenientes de las condiciones precarias de trabajo.

Al ser cuestionados sobre el desencadenamiento de algún tipo de enfermedad en consecuencia del trabajo, sea en el actual espacio ocupacional o en otro anterior, dos de los entrevistados de los Centros de Salud respondieron no haber enfermado en consecuencia del trabajo, y otros tres dijeron haber presentado algún tipo de enfermedad. De estas personas, dos de ellas, enfatizan la realización de determinadas actividades profesionales, principalmente, aquellas provenientes de demandas institucionales como desencadenadoras de enfermedad. Una de las asistentes sociales entrevistadas enfatizó la ansiedad vivida como consecuencia de la complejidad de las demandas presentadas en el cotidiano de trabajo, de la falta de espacio de intercambios con otros profesionales



y de cambios en la gestión con cobranzas y presiones para el cumplimiento de metas.

Es en medio de este espacio socio ocupacional que muchos trabajadores de la salud acaban desencadenando algún proceso de enfermedad, y en algunos casos, es necesario que el profesional sea apartado.

Las enfermedades ocupacionales que antes eran relegadas a los consultorios médicos, actualmente se configuran como procesos señaladores de una nueva expresión de las relaciones sociales vinculadas al mundo del trabajo.

Este cuadro revela que es necesaria una mayor atención a la salud de la clase trabajadora, y en el caso en cuestión, de asistentes sociales, que actúan en las múltiples expresiones de la cuestión social y tratan con situaciones límite relacionadas a la vida y supervivencia de la población que buscan los servicios, el acceso a los derechos y las políticas públicas. En un escenario de profundos cortes y desmontes de los derechos sociales, en el contexto neoliberal de no responsabilización del Estado con los servicios públicos, el asistente social se enfrenta cotidianamente con innumerables males producidos por la lógica acumulativa de reproducción capitalista, apuntando a la categoría profesional innumerables desafíos en lo que se refiere a los derechos de ciudadanía de la población y la defensa de una sociedad emancipada.

Conclusiones

La investigación realizada en los últimos dos años sobre el trabajo del asistente social en la Atención Primaria en Salud, con énfasis en una realidad local que es el Distrito Federal, identificó cuestiones que están presentes en la cotidianidad de esa profesión y que requiere la continuidad de estudios relacionados al tema, frente a una coyuntura marcada por transformaciones en el



mundo del trabajo y que afecta directamente a las profesiones, como es el caso del Servicio Social.

Son transformaciones que también alteran la relación tensa entre Estado y sociedad, en un escenario de ataques a los derechos sociales, marcados por recortes presupuestarios, ajuste fiscal y políticas de austeridad para atender los anhelos del capital y que inciden directamente en las condiciones de vida y de trabajo de la población.

Los datos presentados en este texto no pretenden agotar la discusión en torno a la problemática, porque expresan una pequeña fracción de una situación compleja que implica el ejercicio profesional de asistentes sociales en la contemporaneidad. Son datos preliminares y aproximados que objetivan presentar algunas cuestiones presentes en el cotidiano laboral de asistentes sociales para así profundizar el debate y proseguir con investigaciones sobre el tema.

Aunque esta investigación ha enfatizado particularidades de un universo investigativo, en el caso el Distrito Federal y un área de actuación profesional específica, como es el caso de la Atención Primaria en Salud, es importante subrayar que los resultados obtenidos en la investigación expresan tendencias generalizadas que circundan las nuevas configuraciones y morfología del mundo del trabajo (ANTUNES, 1999), bajo la óptica de la reestructuración capitalista y del neoliberalismo con la finalidad de atender las prerrogativas de la lógica reproductiva y destructiva del capital.

En esta coyuntura adversa, de una profundización del embate en las relaciones entre capital y trabajo, marcada por el avance del conservadurismo, por la redefinición del papel del Estado en lo que se refiere a las respuestas a la cuestión social, por el agravamiento de las desigualdades sociales, es necesario afirmar, en la contracorriente del orden burgués, los principios y valores que guían el proyecto ético-político del Servicio Social, en la defensa de una sociedad



sustancialmente emancipada. Esto requiere el compromiso con las luchas sociales ampliadas y vinculadas a los intereses y necesidades de la clase obrera.

Referencias bibliográficas

ANTUNES, Ricardo. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cuadernos de Atención Básica, n. 39)

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de septiembre de 2017. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 de septiembre de 2017, Sección 1, p. 68-76. Disponible en: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>>. Acceso en: 04 oct. 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011. *Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*. Disponible en: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acceso en: 19 nov 2017.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) e dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais. Brasília, 2010.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, Série E. Legislação em Saúde, 2012.

BRASIL. *Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia de assuntos jurídicos. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Fundo Nacional de Saúde. Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico*/Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. 3ª ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva a organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do cebras*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (Sup), 2007.

DAL ROSSO, Sadi. *Mais trabalho!* A intensificação do labor na sociedade contemporânea. São Paulo: Boitempo, 2008.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Planejamento e Orçamento do Distrito Federal (Seplan). *Plano plurianual/PPA 2012 -2015*. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www.seplan.df.gov.br/planoplurianual/118.html>>. Acesso em: 5 jan. 2012.



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. *Plano Distrital de Saúde 2016 a 2019*. Brasília, Marzo de 2016.

IAMAMOTO, Marilda V. *Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social*. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: CFESS; ABEPSS. *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

MASSUDA, Adriano. Práticas de saúde coletiva na atenção primária em saúde. In: CAMPOS, Gastão W. Souza; GUERRERO, André Vinicius Pires (Orgs.). *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 2ª ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild: Hucitec, 2010.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete; BRAVO, Maria Inês Souza (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2007.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo: Cortez, n. 107, p. 420-437, jul./sept. 2011.

SANTOS, Josiane Soares. *Questão Social: particularidades no Brasil*. São Paulo: Cortez, 2012.