



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER

Ana Ketelin Justino Ferreira

**O Serviço Social na Atenção à Saúde no Sistema Prisional do
Distrito Federal**

Brasília-DF
2017

ANA KETELIN JUSTINO FERREIRA

O Serviço Social na Atenção à Saúde do Sistema Prisional do Distrito Federal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do grau de bacharel em Serviço Social. Orientadora: Prof.^a Dra. Andréia de Oliveira (UnB)

**Brasília-DF
2017**

O Serviço Social na Atenção à Saúde no Sistema Prisional do Distrito Federal.

A Banca Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão de Curso de Serviço Social, da Universidade de Brasília, de Ana Ketelin Justino Ferreira.

Prof.^a Dra. Andréia de Oliveira (UnB)
Professora Orientadora- SER/UnB

Assistente Social Michelle da Costa Martins
Membro Externo- Gerência de Serviço Social da Secretaria de Saúde do DF

Prof.^a Michelly Ferreira Monteiro Elias
Professora Examinadora Interna- SER/UnB

Brasília-DF

2017

DEDICATÓRIA

A minha mãe e minha avó, Jaqueline e Lourdes pelo apoio, amor e investimento nos meus estudos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus que esteve comigo em todos os momentos.

Agradeço minha família pelo apoio e por compartilharem essa conquista junto comigo.

Agradeço minha irmã que é uma grande companheira.

Agradeço à minha mãe pelas broncas e cobranças.

Agradeço à minha avó pelo amor e carinho que ela sempre me dá.

Agradeço meu namorado que esteve comigo nos momentos de alegrias e de tristezas.

Agradeço à minha amiga Ana Karolina, que sempre esteve disposta a me escutar, com o seu ombro amigo e suas palavras acolhedoras.

Agradeço especialmente a professora Andreia Oliveira e sua imensa paciência e compreensão, sobre as dificuldades.

Agradeço meu supervisor de estágio, Saulo Viana, que muito contribuiu para o meu aprendizado.

As minhas amigas, Laura, Mila e Thaís que estiveram sempre ao meu lado ao longo desses 6 anos.

SIGLAS

ABRASCO- Associação Brasileira de Saúde Coletiva

APS- Atenção Primária em Saúde

CPD- Centro de Detenção Provisória

CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CF- Constituição Federal

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social

CIB- Comissão Intergestores Bipartite

CIR- Centro de Internamento e Reeducação

CNS- Conselho Nacional de Saúde

CPP- Centro de Progressão Penitenciária

CRESS- Conselho Regional de Serviço Social

DEPEN- Departamento Penitenciário Nacional

DST- Doença Sexualmente Transmissível

ESF- Estratégia Saúde da Família

FHDF- Fundação Hospitalar do Distrito Federal

FUNAP- Fundação Nacional de Amparo aos Presos

GDF- Governo do Distrito Federal

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

IH- Instituto de Ciências Humanas

Infopen- Informação Penitenciária

MPDFT- Ministério Público do Distrito Federal e Território

PCCT- Programa Nacional de Controle da Tuberculose

PDF1- Penitenciária do Distrito Federal 1

PDF2- Penitenciária do Distrito Federal 2

PIASS- Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PNAB- Política Nacional da Atenção Básica

PNSSP- Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

PSC- Programa Saúde em Casa

PSF- Programa Saúde da Família

SBMC- Sociedade Brasileira de Medicina Comunitarista

SES/DF- Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal

SUS- Sistema Único de Saúde

TCC- Trabalho de Conclusão de Curso

RESUMO

Este trabalho, intitulado: “O Serviço Social na atenção à saúde no sistema prisional do Distrito Federal”, tem como objetivo compreender a inserção do Assistente Social no âmbito da saúde prisional no Distrito Federal. Parte-se do pressuposto de que o Assistente Social é também um profissional da saúde e nesse sentido busca-se analisar como a profissão se insere Atenção Primária em Saúde, com ênfase para a saúde prisional. O estudo contemplou a realização de pesquisa empírica, do tipo qualitativa, realizada por meio de aplicação de questionário e de entrevista semi-estruturada com Assistentes Sociais que atuam junto ao serviço de saúde no sistema prisional do Distrito Federal. O estudo aborda a relação entre Serviço Social e questão social, bem como, procura contextualizar o Assistente Social como profissional da saúde. Aponta aspectos reflexivos sobre a política de saúde, a Atenção Primária em Saúde e a saúde prisional, com foco no Distrito Federal. Discorre sobre a prática do Assistente Social na saúde prisional do DF, a partir dos resultados da pesquisa empírica, que sinalizam para inúmeros desafios no exercício profissional, considerando as características desse espaço sócio – ocupacional.

Palavras-chave: Serviço Social. Saúde Prisional. Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT

This work, titled: "The Social Service in health care in the prison system of the Federal District", aims to understand the insertion of the social worker in the field of prison health in the Federal District. Part of the assumption is that the social worker is also a health professional and in this sense seeks to analyze how the profession is inserted Primary Health Care, with emphasis on prison health. The study contemplated the accomplishment of empirical research, of the qualitative type, accomplished by means of application of questionnaire and semi - structured interview with social assistants who work with the health service in the prison system of the Federal District. The study addresses the relationship between social service and social issue, as well as, seeks to contextualize the social worker as a health professional. It points out reflective aspects about health policy, Primary Health Care and prison health, focusing on the Federal District. It discusses the practice of the social worker in prison health in the Federal District, based on the results of empirical research, which point to numerous challenges in the professional practice, considering the characteristics of this social - occupational space.

Keywords: Social Service. Prison Health. Primary Health Care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	p. 11
1 Serviço Social e Questão Social: Fundamentos Sócio-Históricos.....	p. 13
1.1 Breve Contextualização Sócio Histórica do Serviço Social.....	p. 13
1.2 O Serviço Social na Área da Saúde: o Assistente Social como Trabalhador da Saúde e o Projeto Ético-Político Profissional.....	p.19
2 Política de Saúde, Atenção Primária em Saúde e suas Particularidades no Distrito Federal.....	p. 24
2.1 A Reforma Sanitária e Implementação do SUS.....	p. 24
2.2 O SUS e a Atenção Primária em Saúde.....	p. 26
2.3 A Atenção Primária à Saúde no Distrito Federal.....	p. 30
2.3.1 A Atenção Primária em Saúde no Âmbito do Sistema Prisional.....	p. 32
3. A Atuação Profissional do/a Assistente Social no Âmbito da Saúde Prisional.....	p. 36
3.1 Considerações sobre os Procedimentos Metodológicos da Pesquisa...	p. 36
3.2 Identificação e Formação Profissional.....	p. 38
3.3 Ações Profissionais do Assistente Social na Saúde Prisional.....	p. 41
3.4 Condições de trabalho do Assistente Social.....	p. 46
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	p. 49
REFERÊNCIAS.....	p. 51
ANEXOS	
Instrumento da Pesquisa (QUESTIONÁRIO)	p.54
Instrumento da Pesquisa (ENTREVISTA)	p. 63
Documento criado pelo Serviço Social do Centro de Internamento e Reeducação Papuda.....	p. 68
Termo de Consentimento Esclarecido (TCLE)	p. 71

Introdução

O presente estudo é um recorte da pesquisa intitulada “O Serviço Social na Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal”¹, que tem como objetivo analisar a inserção do Serviço Social na área da saúde, particularmente na Atenção Primária em Saúde do Distrito Federal, considerando suas principais ações, demandas sociais, as atribuições, competências profissionais e desafios postos à profissão no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

A motivação para desenvolver o respectivo estudo advém primeiramente do estágio supervisionado e a convivências com os profissionais da área da saúde prisional, posteriormente deu-se ao ingresso na pesquisa “O Serviço Social na Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal”, momentos esses privilegiados pelo contato com o universo de trabalho dos Assistentes Sociais.

Através das visitas realizadas no decorrer das atividades acadêmicas aos espaços sócios ocupacionais de Assistentes Sociais eram notáveis as dificuldades e empecilhos postos no sistema prisional para a ação profissional, devido à dificuldade de acesso e as normas e regras institucionais.

Através da vivência do estágio realizado no Centro de Internamento e Reeducação – CIR - Papuda porta de saída do sistema penitenciário masculino do Distrito Federal foi possível acompanhar o trabalho dos Assistentes Sociais no âmbito da saúde prisional, juntamente com suas dificuldades e condições de trabalho, vivências que impulsionaram a realização do presente estudo.

A ênfase deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) recai para a compreensão da inserção do Assistente Social no âmbito da saúde prisional no Distrito Federal.

O estudo contemplou a realização de pesquisa empírica, do tipo qualitativa, realizada por meio de aplicação de questionário e de entrevista semi - estruturada com Assistentes Sociais que atuam junto ao serviço de saúde no sistema prisional do Distrito Federal.

¹ Pesquisa realizada pelo Departamento de Serviço Social em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde/ DF. Equipe responsável: Profa. Dra. Andréia de Oliveira (coordenadora do projeto), Prof. Dr. Reginaldo Guiraldelli (ambos professores do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB) e Michelle da Costa Martins (Assistente Social da Secretaria de Saúde do DF).

A pesquisa procura identificar a forma como a categoria profissional incorpora o significado do seu trabalho e a direção social que imprime a sua ação profissional, bem como as dificuldades, desafios e condições de trabalho dos Assistentes Sociais no exercício profissional.

Para desenvolvimento do trabalho será trabalhado inicialmente a relação entre Serviço Social e a questão social, para tanto realiza-se uma breve contextualização histórica da profissão, para melhor compreensão da inserção do Serviço Social na área da saúde. O capítulo dois aborda a Política de Saúde, atenção primária a saúde e suas particularidades no Distrito Federal, juntamente com uma contextualização histórica sobre a Reforma Sanitária e a implementação do Sistema Único de Saúde. O terceiro capítulo atenta-se para a análise da pesquisa empírica, de modo a compreender o Serviço Social na atenção à saúde no sistema prisional do Distrito Federal e condições de trabalho nesse espaço sócio ocupacional.

E, por fim, aponta-se algumas considerações finais.

Capítulo 1: Serviço Social e Questão Social: Fundamentos Sócio-Históricos

O primeiro capítulo traz uma breve contextualização histórica do Serviço Social brasileiro, situando o Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais, as mudanças que foram ocorrendo ao longo da sua história e o importante Movimento de Reconceituação.

No decorrer do capítulo será discutido também o Serviço Social na área da saúde, a perspectiva do projeto ético político, onde o Assistente Social como trabalhador da área da saúde deve estar qualificado para a realização de um trabalho complexo, que exige competência técnica e política para um agir profissional comprometido com a ampliação dos direitos das classes subalternas

1.1. Breve Contextualização Sócio Histórica do Serviço Social

Para compreendermos o Serviço Social no processo de reprodução das relações sociais, partiremos da concepção de Yazbek (2009), de que o significado social da profissão só poderá ser revelado a partir da análise das demandas, tarefas e atribuições da profissão, que se insere na totalidade da vida social. A autora situa o Serviço Social no contexto de relações mais amplas constituídas na sociedade capitalista, principalmente nas respostas que esta sociedade e Estado reproduzem, frente à questão social e suas manifestações em diversas dimensões, que estão presentes no exercício profissional e que atribui à profissão características particulares.

Segundo a autora Yasbek (2009), o exercício profissional do Assistente Social é polarizado pelos interesses antagônicos das classes sociais em relação, evidenciado no entendimento das dimensões objetivas e subjetivas do trabalho profissional. Ou seja, dimensões objetivas no sentido de considerar as determinações sócio-históricas em diferentes conjunturas, e, subjetivas, no sentido de identificar como o Assistente Social se conscientiza do significado do seu trabalho e da direção social do seu fazer profissional.

No Brasil, o Serviço Social se institucionaliza e se legitima profissionalmente com recursos mobilizados pelo Estado e pelo empresariado, na perspectiva do

enfrentamento e regulação da questão social, desde os anos 1930, quando as manifestações que ocorriam cotidianamente na vida social passam a adquirir expressão política (YAZBEK, 2009).

O Estado brasileiro ao objetivar sua própria legitimação, abre para o Serviço Social um espaço significativo do mercado de trabalho ao incorporar parte das demandas e reivindicações dos trabalhadores, fazendo com que o Assistente Social amplie sua intervenção para além das ações assistenciais implementadas no âmbito privado, sob patrocínio da igreja católica. Com isso, se observa uma ampliação da área de atuação profissional, que passa a assumir um lugar importante na execução das políticas sociais emanadas pelo Estado (YAZBEK, 2009).

É nesse momento que o Estado impulsiona a profissão do Assistente Social e amplia seu campo de trabalho em função do enfrentamento da questão social. Por questão social, Yamamoto (1999, p.27), define “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista, onde a produção social torna-se cada vez mais coletiva, o trabalho cada vez mais se torna amplamente social, porém a apropriação dos seus frutos se mantém privada e monopolizada por uma parte da sociedade”.

Segundo Yazbek (2009), o Serviço Social foi inserido no âmbito das mudanças históricas e concomitante as alterações das relações sociais de trabalho da sociedade e, com isso, buscou-se situá-lo como trabalho específico na divisão social e técnica do trabalho coletivo, mas, sobretudo nos processos de trabalho que tem como alvo a produção e reprodução social da vida das classes subalternizadas da sociedade. Nesse sentido, a maior preocupação é afirmar a profissão e as particularidades da sua intervenção em vista dos contornos da “questão social” e dos novos padrões de regulação com que se defrontam as políticas sociais contemporâneas.

É por meio da relação com a Igreja Católica que, segundo Yazbek (2009, p.3), o Serviço Social brasileiro vai fundamentar a formulação de seus primeiros objetivos políticos e sociais, orientando-se por um posicionamento de cunho humanista conservador na busca de recuperação da hegemonia do pensamento social da igreja frente a “questão social”, e contraditório aos ideários liberal e marxista. Essa relação com o conservadorismo da Igreja Católica iniciou-se nos anos 1930.

A reorientação da profissão, ocorrida nas décadas seguintes, buscará atender as novas configurações do desenvolvimento capitalista, que por sua vez exige a qualificação e sistematização de seu espaço sócio ocupacional, tendo em vista atender as requisições de um Estado que começa a implementar políticas no campo social. A legitimação da profissão, expressa na ocupação de um espaço na divisão social e técnica do trabalho, coloca o emergente Serviço Social Brasileiro das primeiras décadas de seu surgimento, frente à matriz positivista, na perspectiva de ampliar os referenciais teóricos da profissão.

Nesse percurso a intervenção profissional do/a Assistente Social enfrenta necessidade de renovação na América Latina e no Brasil, como resultado das mudanças em curso provenientes do processo do capitalismo.

Diante desse contexto emerge o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, tendo como proposta a ruptura do conservadorismo (que por sua vez era considerado como Serviço Social tradicional), buscando assim uma nova perspectiva teórico-metodológica, ético-política e técnica-operativa,

Segundo Yamamoto e Carvalho (1982), a partir do Movimento do Reconceituação, sobretudo com o processo de intenção de ruptura com o tradicionalismo presente na profissão, observa-se a aproximação do Serviço Social com a tradição marxista como referência analítica, que se torna hegemônica no Serviço Social brasileiro.

A partir desse referencial teórico-metodológico, passa-se a compreender a profissão como componente participante da organização da sociedade, inserida na dinâmica contraditória das relações sociais capitalistas. Tal aproximação à Teoria Social de Marx acontece, sobretudo, a partir dos anos 1980 e é adensada nos anos 1990 e início dos anos 2000.

O processo de renovação crítica do Serviço Social se dá, segundo Yamamoto e Carvalho (1982), pela expressão de um amplo movimento de lutas pela democratização da sociedade e do Estado no país, o que impulsionou a crise da ditadura militar.

Yazbek (2009, p.11), argumenta que esse processo de construção hegemônica de novos referenciais teórico-metodológicos e interventivos a partir da tradição marxista para a profissão ocorre por meio de um amplo debate entre os diferentes fóruns da categoria profissional, tanto de natureza acadêmica, quanto político-

organizativa. Tal debate e construção coletiva implicam na convivência do diálogo de diferentes tendências, porém supõe uma direção hegemônica.

Os anos de 1980 e 1990 foram adversos para as políticas sociais e se concretizaram, segundo Yazbek (2009, p.16), em terreno particularmente fértil para os avanços de regressão neoliberal sobre as bases dos sistemas de proteção social e redirecionou as intervenções do Estado em relação à “questão social”, por meio dos marcos da reestruturação dos mecanismos de acumulação do capitalismo globalizado. Nos anos 1990, o Serviço Social se vê no desafio de compreender e intervir nas novas configurações e manifestações da “questão social”, que por sua vez expressam a precarização do trabalho e a penalização de trabalhadores na sociedade capitalista contemporânea.

Segundo Iamamoto (2009, p. 26), de mundialização do capital, ocorreram profundas repercussões na órbita das políticas públicas, com suas diretrizes de focalização, descentralização, desfinanciamento e regressão do legado das conquistas da classe trabalhadora, o que até hoje resulta em uma luta contra o capital.

Os Assistentes Sociais brasileiros marcam presença no debate sobre os dilemas nacionais e reforçam cada vez mais os movimentos de trabalhadores e das forças progressivas na defesa dos direitos humanos e sociais.

O Serviço Social Brasileiro na contemporaneidade tem uma feição acadêmica, profissional e social renovadora em defesa do trabalho e dos trabalhadores, além do compromisso com a democracia, a liberdade, a igualdade e a justiça social. (IAMAMOTO, 2009)

Por meio da sua inserção nas lutas mais gerais da classe trabalhadora e também da categoria profissional, os Assistentes Sociais têm afirmado a defesa intransigente dos direitos humanos e sociais na sua universalidade, reconhecendo as necessidades da população no terreno tenso da luta de classes e da produção da riqueza apropriada privadamente por uma pequena parcela da classe dominante.

Nas últimas décadas, o Serviço Social brasileiro constituiu um projeto profissional crítico e inovador, com fundamentos históricos e teóricos-metodológicos baseados na tradição marxista, visando princípios éticos radicalmente humanistas, tendo como fase e fundamento as particularidades da formação sócio-histórica do Brasil.

Os Assistentes Sociais atuam nas manifestações da “questão social”, como também na efetivação e ampliação dos direitos de cidadania e nas políticas públicas. Os profissionais de Serviço Social realizam uma ação sócio-educativa na prestação de serviços sociais, onde viabilizam o acesso aos direitos e os meios de exercê-los, contribuindo para atender à necessidade e interesses dos indivíduos sociais, para que possam ser reconhecidos, estimulados e organizados aos segmentos dos trabalhadores na defesa e ampliação dos seus direitos sociais.

Segundo Yamamoto e Carvalho (1982), o Serviço Social é uma especialização do trabalho da sociedade, inscrita na divisão social e técnica do trabalho social, o que supõe afirmar o trabalho na constituição dos indivíduos sociais. Sobre o significado social do Serviço Social no processo de produção e reprodução das relações sociais, tem-se um ponto de partida e um norte. A esfera privilegiada na compreensão da vida social é a esfera da distribuição da riqueza, visto que as leis históricas que regem a produção são tidas como assemelhadas àquelas da natureza, de difícil alteração por parte da ação humana.

Yamamoto (2004), fala que na transição das décadas 1970 e 1980, em um processo de derrocada do regime autocrático brasileiro, foi constituído o projeto profissional do Serviço Social, que por sua vez recusava o conservadorismo e o tradicionalismo presente na profissão. Na década de 1990 houve o amadurecimento do projeto profissional, período este caracterizado por profundas transformações na sociedade que afetaram a economia, a política, o Estado, a cultura, o trabalho, diante da adesão ao modelo de acumulação flexível neoliberal.

Segundo Netto (1999), o projeto ético-político da profissão de Serviço Social, construído coletivamente pela categoria profissional nas últimas décadas, articula uma imagem ideal da profissão, os valores que a legitimam, sua função social, objetivos, conhecimentos teóricos, saberes interventivos, normas e práticas. Para Netto (1999), os projetos profissionais apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegendo valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam objetivos e funções, formulando requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício.

Com base em Teixeira e Braz (2009), não existe dúvida de que o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro se vincula a um projeto de transformação da sociedade. Tal vinculação é dada pela própria exigência que a dimensão política da

intervenção profissional coloca. Ao atuar no movimento contraditório das classes, o Assistente Social imprime uma direção social às suas ações profissionais que vão favorecer a um ou outro projeto societário. Segundo os autores, desde as ações profissionais mais simples até as intervenções mais complexas que são efetuadas pelos Assistentes Sociais, como os plantões de atendimento, salas de espera, processos de supervisão ou planejamento de serviços sociais, atendimento direto ao usuário, dentre outras ações, existe uma determinada direção social que entrelaça uma valoração ética e política específica. As demandas, que são apresentadas aos profissionais do Serviço Social, apresentam-se no plano singular e imediato de uma maneira empírica, às vezes, revestidas de um caráter mistificador, e, por isso, nem sempre revela seus reais determinantes e as múltiplas manifestações da questão social que portam. Com isso, essas demandas devem ser processadas e analisadas teoricamente. Portanto, tendo consciência ou não das demandas que chegam até os Assistentes Sociais, eles acabam dirigindo as suas ações em favorecimento de interesses sociais distintos e contraditórios.

Para Teixeira e Braz (2009), os princípios que norteiam o projeto ético-político são: a igualdade, a liberdade à democracia, o pluralismo, a recusa do arbítrio, do autoritarismo, a defesa da autonomia e expansão dos indivíduos sociais, e a recusa de qualquer forma de preconceito e discriminação de gênero, classe, raça/etnia, credo, orientação sexual e nacionalidade.

Segundo Martinelli (2006), o núcleo fundante do projeto ético político do Serviço Social é o compromisso cotidiano com as demandas profissionais advindas dos usuários, por meio dos serviços prestados. De acordo com a autora, é indispensável que o Assistente Social tenha consciência e incorpore o projeto ético político profissional.

Martinelli (2006) diz que o projeto ético político que o Serviço Social tem hoje, se sustenta com base na teoria social marxista e é uma construção coletiva onde todos os Assistentes Sociais participam, com suas vidas, suas histórias e com a densidade de suas práticas.

Para a autora, é importante que o Assistente Social tenha conhecimento das transformações societárias e suas incidências nas múltiplas expressões da questão social, pois, o projeto profissional do Serviço Social, ou seja, o projeto ético político, de algum modo, relaciona-se com um projeto de sociedade. (Martinelli, 2006)

Martinelli (2006) afirma que o caráter histórico do projeto ético político advém de uma longa construção social, que se fez em meio a complexas e tensas disputas políticas. Tal projeto implica sempre a luta por hegemonia. Com base na autora, a construção sócio-histórica da profissão só se consolida no próprio processo histórico e a sua legitimação ocorre em diferentes níveis, envolve tanto o contraste do trabalho profissional do Assistente Social, outros coletivos profissionais, as agências formadoras e especialmente os sujeitos que demandam a sua ação profissional.

Para Yamamoto (2004), o projeto ético político do Serviço Social é um desafio, porém não é impossível de se materializar no cotidiano da ação profissional. Sua materialização cotidiana exige compromisso ético-político, clareza dos meios e fins da ação profissional e capacidade teleológica do sujeito profissional de projetar a finalidade das ações. Mesmo em um campo tensionado pelas contradições e conflitos entre capital e trabalho e reconhecendo o Assistente Social como trabalhador assalariado que vende sua força de trabalho em troca de salário para a sobrevivência, é possível vislumbrar um horizonte do exercício profissional em que se construam e materializem práticas que tenham como prerrogativa a defesa dos direitos sociais e humanos dos usuários dos serviços prestados.

1.2O Serviço Social na Área da Saúde: o Assistente Social como Trabalhador da Saúde e o Projeto Ético-Político Profissional

Segundo Raichelis (2011), o Serviço Social brasileiro, nas últimas décadas, acumula um importante amadurecimento e conquistas em diversos âmbitos – teórico-metodológico, ético-político, técnico-operativo, na produção de conhecimento e no fortalecimento das entidades científicas e de representação política.

Com base em Raichelis (2011), é importante salientar que o Serviço Social,

[...] é uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho como uma especialização do trabalho coletivo, e identificar o seu sujeito vivo como trabalhador assalariado, implica problematizar como se dá a relação de compra e venda dessa força de trabalho a empregadores diversos, como o Estado, as organizações privadas empresariais, não governamentais ou patronais. Trata-se de uma interpretação da profissão que pretende desvendar suas particularidades como parte do trabalho coletivo, uma vez que o trabalho não é a ação isolada de um indivíduo, mas é sempre atividade coletiva de caráter eminente social (p.423).

Para Raichelis (2011), o Serviço Social como profissão emerge na sociedade capitalista, em um contexto em que a questão social, pelo seu caráter de classe, demanda do Estado mecanismos econômicos, políticos e sociais para seu enfrentamento.

O processo de profissionalização e institucionalização se dá mediante o reconhecimento da importância da profissão no atendimento às necessidades sociais advindas da relação capital/trabalho. Nesse ínterim, a profissão, de acordo com Raichelis (2011), se circunscreve na ordem burguesa e ingressa no processo de mercantilização e no universo da valorização do capital.

Nesse sentido, pensar o trabalho do Assistente Social na contemporaneidade é também pensar na sua dimensão assalariada no capitalismo e também inserido no mundo do trabalho como um todo, onde participa toda a classe trabalhadora, que vende a força de trabalho em troca de um salário. Ou seja, como qualquer trabalhador, o Assistente Social está também submetido aos dilemas e constrangimentos comuns impostos aos trabalhadores pela ordem burguesa.

Segundo Marx,

Cada uma dessas forças individuais de trabalho se equipara às demais, na medida em que possua o caráter de uma força média de trabalho social, e atue como essa força social média, precisando, portanto, apenas de um tempo de trabalho em média necessário ou socialmente necessário para a produção de uma mercadoria. Tempo de trabalho socialmente necessário é o tempo de trabalho requerido para produzir-se um valor de uso qualquer, nas condições de produção socialmente normais, existentes, e com o grau social médio de destreza e intensidade do trabalho (1968, p.44-46).

Ao abordar a dimensão assalariada do trabalho do Assistente Social, que se reflete diretamente na autonomia relativa do profissional, Raichelis (2011) também sinaliza para os impactos das transformações no mundo do trabalho nas ações profissionais e na violação dos direitos dos trabalhadores.

Segundo a perspectiva do projeto ético-político, o Assistente Social deve estar qualificado para realizar um trabalho complexo, social, crítico e também coletivo, além de ter competência para propor e negociar com os empregadores tanto do ramo público como privado, e defender os projetos que ampliem os direitos das classes subalternas.

O Serviço Social foi reconhecido como “profissão liberal” nos estatutos legais e éticos e o trabalho do Assistente Social é tensionado pela relação entre compra e venda da sua força de trabalho especializada. (Raichelis, 2011).

Na atualidade, observa-se um significativo alargamento do mercado de trabalho profissional no campo das políticas sociais, principalmente no âmbito da Seguridade Social e mais ainda na Política de Assistência Social, com a implementação do Sistema Único de Assistência Social, a partir de 2004.

A inserção do Serviço Social na área da saúde ocorre nos anos de 1940, mas seu reconhecimento como profissão da área da saúde (mantendo a perspectiva generalista), ocorre posteriormente, principalmente a partir das Resoluções nº218/1997 do Conselho Nacional de Saúde que reconhece dentre os profissionais de saúde de nível superior o/a Assistente Social e Resolução CNS 287/1998 – Relaciona as categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho. Bem como por meio da Resolução do CFESS 383/1998 que caracteriza o Assistente Social como profissional da saúde.

Por mais que haja um reconhecimento profissional, resultado das lutas protagonizadas pelos profissionais e de suas entidades, os Assistentes Sociais que trabalham na área da saúde têm solicitado aos órgãos de acompanhamento, orientação e fiscalização profissional, como os Conselhos Regionais de Serviço Social, subsídios para que possam garantir a autonomia do seu exercício profissional na área, tendo em vista as inúmeras dificuldades e limitações postas no cotidiano do exercício profissional.

Nessa direção, o conjunto CFESS/CRESS elabora em 2011 os “Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Área da Saúde”, trazendo subsídios para pensar o trabalho profissional nesse espaço sócio ocupacional, considerando as possibilidades e dificuldades presentes, diante das configurações do trabalho em saúde em contexto de aceleração da precarização do trabalho e de contra-reforma do Estado, com enxugamento do investimento em políticas sociais e fortalecimento da privatização e do mercado.

Vale lembrar que um marco importante para a política de saúde no Brasil foi a Constituição Federal de 1988, que apresentou desdobramentos para as profissões da área da saúde e, por conseguinte para o Serviço Social. Na Carta Magna, a saúde, juntamente com a assistência social e a previdência social passa a integrar a Seguridade Social.

A saúde também passa a ser considerada um direito de todos e dever do Estado, concebida a partir da integração dos serviços de saúde, constituindo assim de um sistema único.

A conquista do SUS (Sistema Único de Saúde) se deu mediante a luta, pressão, mobilização e organização de diversos segmentos da sociedade, movimentos sociais e populares, constituindo o que se chamou de movimento sanitário Brasileiro base político organizativa da proposta da Reforma Sanitária, conforme discutido no próximo capítulo.

Bravo e Matos (2009), ao analisar a inserção do Serviço Social nos serviços de saúde no Brasil, enfatiza que inicialmente tal vinculação teve como base o modelo médico clínico. Isso tem relação com a gênese do Serviço Social no Brasil, que buscou, em suas origens, a institucionalização da profissão sem um questionamento ao modelo burguês de desenvolvimento. Além disso, incorporou de maneira acrítica e a-históricas abordagens teóricas positivistas e psicologizantes, que reforçavam a ordem societária vigente.

Nessa perspectiva,

A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde se deu por meio de uma busca de construção do exercício profissional a partir do modelo médico clínico. Assim, o Assistente Social foi indicado, em conjunto com outros profissionais, como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho médico. A relação pautada numa perspectiva de complementaridade, onde o gestor do trabalho era a figura do médico. Daí, muito ter se usado na época a categoria 'paramédico' para os outros profissionais não médicos que trabalhavam na saúde. Aparentemente não se tinha um objetivo próprio, para os 'paramédicos', ficando a sua atuação para aquilo que o profissional da medicina delegava, que era o que este julgava não ter capacidade ou não queria fazer (BRAVO e MATOS, 2009, p.53).

Bravo e Matos (2009) considera que foi a partir dos anos 1990 que houve a incorporação pelos Assistentes Sociais dos princípios da reforma sanitária, que se constituiu em sua maioria nos princípios do SUS.

É importante ressaltar que o Serviço Social é uma profissão que atua sobre as diferentes expressões da questão social (BRAVO e MATOS, 2009), que precisam ser identificadas e reconhecidas como resultado da desigualdade gerada pelo modo de acumulação capitalista.

Bravo e Matos (2009), afirma que a questão social se expressa de diferentes formas e por isso deve-se fazer o estudo de situações concretas, podendo assim

dizer que a saúde como qualquer outro campo de trabalho profissional, apresenta particularidades que necessitam ser estudadas pelos que atuam na área.

Para Mioto e Nogueira (2009),

O modelo de atenção à saúde, construído pelo movimento sanitário, especialmente na década de 1980, pautado na concepção ampliada de saúde e postulando o paradigma da determinação social como estruturantes do processo saúde doença, constituiu-se num terreno extremamente fértil para o Serviço Social. Trouxe, além da possibilidade, sem precedentes, de ampliação do espaço sócio-ocupacional dos Assistentes Sociais, a viabilidade de ressignificação das competências e ações profissionais. Pode-se observar que essa nova condição não decorre unicamente da ampliação da demanda reprimida e tampouco da expansão das funções desempenhadas tradicionalmente pelos profissionais no campo da saúde. Ao contrário, a adesão ao novo paradigma é que vai permitir aos Assistentes Sociais encaminharem suas ações de forma a tencionar a política social vigente em direção aos ideais da reforma sanitária e do projeto ético político da profissão. Dessa forma, o debate sobre as competências e ações profissionais no escopo da universalidade, integralidade e equidade em saúde não pode ficar circunscrito às demandas postas pela política governamental nos termos de suas prescrições e normas (p.221-222).

Segundo Mioto e Nogueira (2009), as premissas para a ação profissional em saúde emergem das necessidades sociais em saúde, do direito à saúde e produção da saúde. Tais necessidades sociais em saúde são historicamente construídas pelos movimentos societários. O direito à saúde é mediado pelas políticas públicas, as quais refletem um patamar determinado da relação Estado e Sociedade. A produção de saúde é entendida como um processo que se articula a partir das transformações sociais e políticas, tendo como base as ações de vigilância à saúde e as práticas de assistência e saúde.

Existe uma exigência de se traduzir as premissas das necessidades sociais em saúde, o direito à saúde e a produção da saúde, que, por meio dos dispositivos operacionais, derivam da concepção anteriormente defendida, e assim sedimentam as ações dos profissionais em torno da atenção à saúde, integralidade universal e participação social. Os Assistentes Sociais, segundo Mioto e Nogueira (2009), se deparam com inúmeros desafios no âmbito da saúde e é importante reconhecer que tais profissionais, historicamente, contribuíram para construir esse espaço sócio-ocupacional.

Capítulo 2: Atenção Primária em Saúde no Âmbito do SUS: Particularidades no Distrito Federal

O segundo capítulo discutirá a Atenção Primária em Saúde e suas particularidades no DF, tendo como recorte o período compreendido a partir da segunda metade da década de 1970, quando da organização do Movimento Sanitário Brasileiro.

Adentra-se brevemente no processo de lutas sociais em torno da Reforma Sanitária, a implantação do SUS e da Atenção Primária em Saúde. Por último, aborda-se a Atenção Primária em Saúde do DF, e seus desdobramentos na atenção à saúde no âmbito do Sistema prisional.

Capítulo 2.1 A Reforma Sanitária e a Implementação do SUS

A história da saúde pública no Brasil é historicamente marcada pela relação pública x privado, numa disputa permanente pelo direito à saúde como bem público ou como uma responsabilidade privada/individual numa perspectiva de mercantilização da saúde.

O presente item aborda na história da política de saúde no Brasil, o período que marcou a organização sócio – política e sanitária de diferentes sujeitos coletivos em torno do processo de lutas pela Reforma sanitária brasileira, culminando nas conquistas legais da Constituição Federal 1988 e na implantação de um sistema único de saúde brasileiro.

O movimento sanitário brasileiro constituído nos fins da década de 1970, envolveu diferentes segmentos da sociedade, como trabalhadores da área da saúde, movimentos populares, departamentos de saúde pública das universidades e entidades científicas como Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO e Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES, em torno das lutas em defesa da saúde enquanto um direito de cidadania.

Um dos marcos históricos do Movimento de Reforma Sanitária foi a realização da 8ª Conferência Nacional de saúde em 1986, que apresentou dentre as suas principais propostas a reformulação do sistema de saúde, com a criação de um Sistema Único de Saúde, com base em uma concepção ampliada de saúde e a garantia da saúde como um direito universal e dever do Estado.

Tais propostas foram apresentadas no âmbito da constituinte, sendo que parte delas forma incorporadas na Constituição Federal de 1988 e nas leis subsequentes, a exemplo da Leis 8080/1990 e 8142/1990, que constituem as Leis Orgânicas da Saúde.

De acordo com o Conselho Federal de Serviço Social – CFESS (2010), um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988 é representado pela concepção de Seguridade Social, ao que se refere à proteção social e o atendimento às reivindicações da classe trabalhadora. A Seguridade Social é composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social e representa a afirmação dos direitos e as transformações sociopolíticas que se processaram no Brasil. Destaca-se através dessa concepção de Seguridade Social a universalização, a concepção de direito social e dever do Estado, o estatuto de política pública à assistência social, a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social e de novos sujeitos sociais, com destaque nas conferências e nos conselhos.

Para o CFESS (2010), a saúde foi uma das áreas em que se obteve mais avanços constitucionais e tais avanços foram significativos. O Sistema Único de Saúde (SUS) integra a Seguridade Social como uma das proposições do Projeto de Reforma Sanitária, que foi regulamentado em 1990 pela Lei Orgânica da Saúde nº 8080.

O Projeto de Reforma Sanitária compreende o SUS como uma estratégia de defesa da saúde pública, de qualidade e estatal, e com isso tem como base o Estado democrático de direito, responsável pelas políticas sociais e pela saúde. São destacados como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático e a interdisciplinaridade nas ações.

Para o CFESS (2010), a principal proposta da Reforma Sanitária constituiu-se na defesa da universalização das políticas sociais e garantia dos direitos sociais. Com isso, ressalta a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de trabalho e de vida; enfatiza os determinantes sociais, a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, de acordo com

os princípios de intersetorialidade, integridade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas na prestação dos serviços de saúde e financiamento do Estado.

Paim (2013) fala sobre os desafios que continuam presentes na reforma sanitária Brasileira e no SUS:

[...] Grandes desafios continuam postos para a Reforma Sanitária e a consolidação do SUS, enquanto sistema de saúde público, universal, igualitário, integral e de qualidade. (2013, p. 1934)

Segundo o autor:

Resta às forças progressistas da sociedade civil apostar nos portadores da antítese, que tendem a emergir dos movimentos sociais, identificando distintos antagonismos na sociedade contemporânea. Uma atenção especial para a pluralidade de vozes numa sociedade democrática permitiria construir sujeitos políticos individuais e coletivos que questionem a subversão dos direitos sociais, as iniquidades em saúde e as relações de subordinação, desencadeando novas ações políticas. (PAIM, 2013, p. 1934)

Ressalta-se dentre os desafios para a implementação do SUS o fato de nenhum governo após a promulgação da CF de 1988 ter assumido efetivamente a reforma sanitária brasileira e a implantação do SUS, associado a uma direção político – econômica pautada na perspectiva neoliberal, de fortalecimento do setor privado, com hiperinflação, instabilidade econômica, falta de financiamento público para o SUS.

2.2 O SUS e a Atenção Primária em Saúde

As primeiras discussões governamentais em torno da Atenção Primária em Saúde – APS reportam ao Relatório Dawson, que por sua vez foi elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido em 1920, e assim associou-se com a ideia de reorganizar e hierarquizar os cuidados, porém alguns desses princípios levaram mais de 50 anos para serem exercidos. Conill (2008), diz que:

Somente na década de sessenta, com crise determinada pela expansão de serviços cada vez mais especializados é que ressurgirá nos Estados Unidos um movimento em favor da medicina ou saúde comunitária, com duas vertentes principais, de um lado os Departamentos de Medicina Social e Preventiva de centros universitários, e de outro, o contexto da “guerra à pobreza” desencadeada pelo Governo Federal. São suficientemente conhecidas as análises relacionando a emergência e difusão dessas

propostas com a conjuntura de crise econômica e do modo de acumulação instalada nos países centrais a partir dos anos 70 e com o enfrentamento de uma situação explosiva determinada pelo crescimento de periferias urbanas, entre outros problemas (p. 2-3).

Como marco do debate da Atenção Primária em Saúde, encontra-se a Conferência de Alma Ata, realizada no Cazaquistão no ano 1978, na qual aponta-se a importância do investimento do Estado na atenção em saúde de suas populações, sobressaindo a importância da Atenção Primária em Saúde. A Conferência de Alma Ata salientou a interferência da desigualdade social nas políticas de saúde e ressaltou a lacuna vivida entre os países desenvolvidos e subdesenvolvidos.

Segundo Connil (2008), existem duas concepções da APS que são predominantes, a de cuidados ambulatoriais na porta de entrada ou a de uma política de reorganização do modelo assistencial.

No Brasil, as primeiras iniciativas ocorreram na década de 1970 visando a ampliação das práticas nos centros de saúde pública para a população pobre. A autora destaca o projeto de saúde comunitária Murialdo, da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, com residência multiprofissional e que funcionou como pólo aglutinador para outros projetos semelhantes realizados em Vitória de Santo Antão, Rio de Janeiro, Teresina, São Luiz, Cotia, Sete Lagoas, Pelotas e Joinville. A criação da Sociedade Brasileira de Medicina Comunitária (SBMGC) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), constituíram importantes marcos, entre outras experiências.

Conill (2008), diz que o desenho do SUS teve influência do ideário das reformas dos sistemas contemporâneos, mas os conhecimentos com novos modos de práticas e formação de recursos humanos em nível local não encontra eco no movimento sanitário, cujos esforços concentram-se em questões gerais das políticas e direito à saúde.

Segundo Conill (2008), se no primeiro instante o PSF² (Programa Saúde da Família) foi elaborado em 1994 como um programa, passa a ser considerado como uma estratégia para reorientação do modelo assistencial com caráter que substitui as práticas convencionais.

² Por não se tratar apenas de um programa, atualmente o PSF (Programa Saúde da Família) é conhecido como ESF (Estratégia Saúde da Família) e representa a atual política nacional de Atenção Primária à Saúde no Brasil. Através da Portaria nº 648 do dia 28 de março de 2006, foi estabelecido que a PSF se tornaria a Estratégia principal do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica.

Conill (2008) informa que em 2004 as Regiões Nordeste, Centro-Oeste e Sul apresentaram maior proporção da população coberta pelo PSF, que, entre 1998 a 2004, teve uma importante expansão em todas as regiões, mas com maior cobertura nos municípios com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) baixo.

Existem poucos trabalhos avaliando a estrutura física das unidades, o mesmo ocorrendo em relação aos custos e ao financiamento. Num estudo comparativo Nordeste/Sul, os trabalhadores referiam baixa satisfação com essa estrutura em ambas as regiões e modelos de atenção, sendo que a principal diferença entre as equipes de PSF e as tradicionais foi decorrente da presença dos agentes comunitários. A maioria dos médicos e enfermeiros mostrava-se otimistas em relação ao programa citando o ambiente na equipe como aspecto positivo, mas consideravam sua atividade desgastante e eram frequentes os vínculos precários, pouca experiência ou formação na área. Os gestores aprovavam a inclusão de dentista e de Assistente Social citando dificuldades para encontrar médicos generalistas (CONILL, 2008 p.8-9).

Para Conill (2008), a análise do Programa Saúde da Família nos grandes centros mostra os obstáculos decorrentes do padrão de desenvolvimento urbano e do acentuado processo de favelização, com a necessidade de ações intersetoriais conjuntas, diante das situações de extrema precariedade e miserabilidade da população.

Nesse percurso, em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica - Portaria Nº 648 GM/2006 que estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica com ênfase na Estratégia Saúde da Família e Programa de agentes comunitários de saúde.

A Política Nacional da Atenção Básica - PNAB define Atenção Primária em Saúde como um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a população de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da

acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilidade, da humanização, da equidade e da participação social. (Política Nacional de Atenção Básica, 2006, p.10)

Segundo a PNAB (2006), a Atenção Básica tem a saúde da família como estratégia prioritária para a sua organização de acordo com os preceitos do SUS.

Com a implementação do PSF (Programa Saúde da Família) a APS apresentou resultados positivos, como um melhor relacionamento entre as equipes, custos menores da atenção, melhoria no acesso para a população, entretanto apresentou também desafios nas visitas domiciliares e sobrecarga das equipes.

Para Conill (2008),

O impacto do PSF nos indicadores de saúde permanece controverso. A análise de alguns indicadores selecionados para o Brasil de 1998 a 2003/2004 aponta para a diminuição da brecha entre as faixas de IDH sugerindo efeitos positivos para a equidade, porém um estudo feito em municípios nordestinos de grande porte não identificou diferenças significativas nos indicadores de saúde da criança entre áreas cobertas e não cobertas pelo PSF. Nesse caso, havia uma clara relação desses indicadores com a situação sócio-econômica, confirmando-se assim, a já conhecida importância da determinação social desses agravos. (CONILL, 2008, p. 10)

Como será o futuro da APS e do SUS no âmbito geral ainda é uma incógnita; sabe-se que em novembro de 2016 houve uma grande mobilização dos trabalhadores do SUS em Brasília devido está em curso à revisão da Política Nacional da Atenção Básica.

A revisão tem como proposta inicial a extinção dos agentes comunitários da saúde e dos agentes de combate às endemias, pois ambos deverão ser unificados em um único profissional.

Dentre os inúmeros desafios contemporâneos no âmbito da defesa e consolidação de uma política pública de saúde, estatal e de qualidade, encontra-se as diferentes formas de implementação da APS, exigindo atenção e organização sócio política para superar a perspectiva focalizada e centrar na formulação de ações e serviços respeitando a universalidade, equidade, igualdade de acesso, participação social na direção das diretrizes e princípios do SUS.

2.3 A Atenção Primária à Saúde no DF

Na constituição do sistema de saúde no DF, como marcos iniciais da política pública de saúde, dois planos de saúde ganham importância: o primeiro através do Bandeira Mello³ em 1960 e o segundo através do Jofran Frejat⁴ no ano de 1970.

Bandeira de Mello propôs em 1960 a criação de uma instância de gestão denominada, Fundação Hospitalar do Distrito Federal (FHDF), que era subordinada a SES-DF e integrada por estruturas hospitalares diferentes e uma rede de serviços básicos em todo território do DF.

Segundo Gottems (2009, p. 7), foi constatado que a estrutura proposta por Bandeira Mello se tornaria insuficiente para atender a população do DF, pois havia um grande crescimento demográfico e uma limitação na qualificação dos profissionais.

Devido as dificuldades encontradas no plano proposto por Bandeira Mello, Jofran Frejat inspirou-se na Conferência de Alma Ata e criou um novo modelo de plano que apoiava a estratégia do cuidado primário prestado nos postos rurais e nos centros de saúde, ofertando atendimento básico da área de ginecologia, pediatria, clínica médica e odontologia.

Gottems (2009), destaca cinco períodos importantes no âmbito da construção da política de saúde no DF:

- O primeiro período entre 1960 a 1969, com o plano do Bandeira de Melo que construiu as unidades hospitalares inclusive as rurais, que trabalhava com coerência ao pensamento política da época que buscou a incorporação de tecnologias na medicina.
- Segundo período entre 1969 a 1983, que propôs a primeira mudança na organização do sistema de saúde no DF, tendo como objetivo central a atenção primária. Entretanto, o plano não provocou mudanças na organização do modelo assistencial, e fragilizou a capacidade resolutiva da atenção básica com a população.
- Terceiro período 1983 a 1990, destaca-se o estímulo ao trabalho na Atenção Primária à Saúde, nesse período também é importante citar a primeira iniciativa de debate juntamente com a população chamada

³ Bandeira de Mello é médico e autor do Plano Diretor de Saúde de 1960 que originou o Sistema de Saúde do Distrito Federal no governo de Fernando Henrique Cardoso.

⁴ Jofran Frejat é médico e político brasileiro, já foi deputado federal do DF.

de: Primeira Conferencia de Saúde do Distrito Federal. Foi criado o Programa Saúde em Casa (PSC), com proposta de mudança para a Atenção Primária, porém a Atenção Primária ainda não era priorizada.

- Quarto período 1990 a 1998 é considerado como um momento marcante para a implementação da Atenção Primária à Saúde no DF. Ocorreu a Segunda Conferencia de Saúde do Distrito Federal que enfatizou os desafios e as dificuldades encontrados aos serviços da Atenção Primária com isso o governo tomou a decisão de instituir o PSC, como estratégia de organização da Atenção Primária à Saúde. Foi feita uma parceria com o Ministério da Saúde, que aumentou o investimento para formação e qualificação dos trabalhadores da saúde. Houve uma interrupção na implementação do PSC, devido a uma mudança de governo, com isso voltou-se ao modelo tradicional da atenção à saúde.
- O quinto período de 1999 a 2007, houve mudanças no PSF, a Atenção a Saúde passou a ser marco das políticas de saúde, a integrar a pauta de discussões entre profissionais de saúde, a ser objeto de disputas político-partidárias e a justificar a realização de parcerias público privadas para a gestão do setor. Atualmente, no início do ano de 2017, o Governo do Distrito Federal- GDF propôs a reformulação da Atenção Primária à Saúde, por meio da publicação das - Portarias 77/2017 e 78/2017, com o objetivo de as unidades básicas funcionarem com equipes de Saúde da Família.

A portaria 78/2017 estabeleceu o prazo de 45 dias após sua publicação para que cada superintendência apresentasse o seu próprio planejamento de conversão. A proposta é que seja feita uma análise de cada demanda específica e dos profissionais que queiram participar dessas equipes de transação.

Em nota publicada através do sindicato dos enfermeiros do Distrito Federal, atualmente no âmbito da APS a SES/DF dispõe de 63 Unidades Básicas de saúde -, sendo mistas e tradicionais, e essas serão convertidas progressivamente no modelo de Estratégia Saúde da Família - ESF. O Governo informou que serão criadas 110 equipes composta de 3 médicos (clínico, ginecologista e pediatra), 3 enfermeiros e 6

técnicos de enfermagem, juntamente com 6 técnicos de enfermagem, para realizarem essa transição. Para aqueles profissionais que se recusarem a participar da transição serão remanejados. Segundo o coordenador da Atenção Primária do DF, Marcos Quito, às Unidades Básicas de Saúde terão o prazo de 4 meses para funcionarem já com as equipes de transição. O primeiro local a ser trabalhado com essas novas equipes será Ceilândia que é considerada cidade satélite do DF, devido a possuir os maiores índices de vulnerabilidade epidemiológica, econômica e explícita. (Sindenfermeiro, 2017)

O GDF alega que com a reformulação da Atenção Primária no DF, será expandido cerca de 75% da cobertura de atendimento vinculado para a saúde da família, tendo em vista que atualmente é apenas de 35%. Segundo o Governo aproximadamente 2 milhões de habitantes serão incluídos e passará de uma média 248 para 576 as equipes de Estratégia da Saúde. (Sindenfermeiro, 2017)

2.3.1 A Atenção Primária em Saúde no Âmbito do Sistema Prisional

Segundo o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, nas Unidades prisionais do Brasil, geralmente, a atenção à saúde é voltada para ações de DST/AIDS, redução de danos associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Com o objetivo de implementação de uma política pública de inclusão social que atendesse os direitos humanos dos privados de liberdade, o Ministério da Saúde juntamente com o Ministério da Justiça elaborou o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário em 2004, que aponta para a importância assistencial, buscando atender as necessidades desta população. (PNSSP, 2004)

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário é considerado um avanço para o país, pois, possibilita a inclusão do preso no SUS, com acesso a uma política de saúde que possibilita a redução dos agravos e danos provocados pelas condições em que se encontram.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP prevê a implementação da equipe de saúde (médico, enfermeiro, odontológico, psicólogo, Assistente Social, técnicos de enfermagem e de higiene dental) nas unidades prisionais com mais de cem presos, na proporção de uma equipe para cada quinhentos presos. Tais serviços devem atender “as necessidades de atenção no

nível básico, mínimo da assistência no nível da média complexidade [...] e componentes das urgências e emergências em saúde, com consonância com as especificidades do Sistema Penitenciário Nacional”. (Brasil, 2005 p. 24)

É preciso reforçar a premissa de que as pessoas presas, qualquer que seja a natureza do seu ato infracional mantêm todos os direitos fundamentais a que têm direito todas as pessoas humanas, e principalmente o direito a atenção à saúde. As pessoas estão privadas de liberdade e não dos direitos humanos inerentes à sua cidadania.

O Centro de Internamento e Reeducação (CIR) que fica na Papuda- DF no Centro Oeste do Brasil, por exemplo, tem 1.600 detentos cumprindo pena em regime semiaberto, segundo um levantamento feito semestralmente pela própria gestão desta instituição. Esses internos tem a oportunidade de concluir o ensino fundamental e médio na unidade prisional. E alguns participam da classificação para trabalhar em marcenarias, padarias e fábrica de bolas pela Fundação Nacional de Amparo aos Presos (FUNAP). Com essas atividades, os profissionais da área da saúde acreditam que há uma maior possibilidade de alcance e efetivação das ações da saúde.

Cabe mencionar que para qualquer atendimento ao usuário, os profissionais da saúde são escoltados pelos agentes penitenciários, o que provoca uma grande dificuldade para o desenvolvimento de ações contínuas na saúde prisional.

Os locais de confinamento em que as pessoas privadas de liberdade se encontram tem uma condição determinante para o seu processo de saúde x doença. Quando recolhidas ao estabelecimento prisional, as pessoas trazem problemas de saúde que são gradualmente agravados pela precariedade das condições de moradia, alimentação e saúde das unidades prisionais.

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário contempla, essencialmente, a população recolhida em penitenciarias, presídios, colônias agrícolas ou agroindústrias e hospitais de custódia e tratamento, não incluindo presos do regime aberto e presos provisórios, recolhidos em cadeias públicas e distritos policiais.

Um estudo realizado pelo DEPEN (Departamento Penitenciário Nacional) chamado de Infopen (Levantamento Nacional de Informações Penitenciarias) feito em 2014, porém divulgado apenas em 2016, mostra que em dezembro de 2014 a

população carcerária brasileira chegou a 622.202 pessoas. O perfil traçado das pessoas restritas de liberdade mostra que 55% tem entre 18 e 29 anos, 61% são negros e 70,08% tem escolaridade até o ensino superior. (INFOPEN, 2016)

O referido estudo ainda aponta que o Brasil é o quarto país com a maior quantidade de pessoas restritas a liberdade, perdendo apenas para Estados Unidos 2.217.000, China 1.657.812 e Rússia com 644.237. (INFOPEN, 2016)⁵

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP) foi elaborado a partir de uma perspectiva pautada na assistência e na inclusão das pessoas presas e respaldou-se em princípios básicos que assegurem ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Dentre eles estão:

1. **Ética:** não só na concepção da honra, da integridade, da credibilidade, mas, sobretudo, do compromisso.
2. **Justiça:** para dar a cada um aquilo que é seu, principio este que deve valer para todas as pessoas: brancas, negras, ricas ou pobres, homens ou mulheres, privadas ou não de liberdade.
3. **Cidadania:** na perspectiva dos direitos civis, políticos, sociais e republicanos.
4. **Direitos Humanos:** ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações. Referencial constante de homens e mulheres que buscam uma vida com dignidade, sem discriminação, sem violência e sem privações.
5. **Participação:** entendida como a conquista de espaços democráticos.
6. **Equidade:** a virtude de reconhecer as diferenças e os direitos de cada um.
7. **Qualidade:** na concepção da eficiência, da eficácia e, essencialmente, da efetividade significativa estar plenamente comprometido.

⁵ Os dados apresentados pelo INFOPEN é atualizado por meio de informações dos gestores dos estabelecimentos prisionais.

8. **Transparência:** tida como base de uma gestão que precisa prestar contas às pessoas as quais se destinam os programas, os projetos e as ações sociais.

Em âmbito federal, é de competência do Ministério da Saúde a gestão do PNSSP.

A gestão e a gerência das ações e dos serviços de saúde constantes do Plano Operativo Estadual serão definidas mediante pactuação na CIB em cada unidade federada, entre gestores Estaduais de Saúde e de Justiça e gestores Municipais de Saúde.

No caso de as Secretarias Municipais de Saúde assumirem a referida gestão ou gerência deverá constar no Plano Operativo Estadual a devida aprovação do Conselho Municipal de Saúde.

O propósito do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário é contribuir para o controle e ou redução dos agravos mais frequentes à saúde da população penitenciária brasileira, incluindo homens e mulheres.

Segundo Oliveira (2014), algumas limitações no PNSSP dificultam a garantia do direito ao acesso a saúde das pessoas privadas de liberdade.

O Ministério da Saúde institucionalizou e regulamentou a saúde no Sistema Penitenciário por meio da Portaria Interministerial nº 1, de 02/01/2014, que institui a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A PNAISP assegura o acesso ao cuidado integral em saúde, proporcionando atenção universal para todas as pessoas no sistema prisional. A política define que a população em cárcere é aquela cuja idade é a cima de 18 anos e que estão sob custódia do Estado para que cumpram suas penas restritas a liberdade. (Brasil, 2014)

A atenção integral apresenta como diretrizes: ser resolutiva, de qualidade e continua, ela é executada em diferentes níveis de atenção à saúde.

A Portaria nº 482, de 01/04/2014 instituiu normas e operacionalização da PNAISP, ela estabelece que as unidades prisionais devam ofertar os serviços de atenção básica, sendo que os demais serviços devem ser prestados pela rede de atenção à saúde.

Para responder a crise da saúde do sistema prisional, a PNAISP institui entre outras medidas a inserção formal da população prisional no SUS. (Brasil, 2014)

A PNAISP prevê a defesa do direito a saúde das pessoas privadas de liberdade, incluído também a sua família e trabalhadores dos presídios, ratificando assim os princípios de universalidade, integralidade e equidade presentes no SUS. Sendo uma política de extrema importância e uma política implementada recentemente é necessário o empenho daqueles que acreditam em sistema prisional melhor e mais humanizado, para que sua efetivação alcance maiores desempenhos.

Capítulo 3: A Atuação Profissional do/a Assistente Social no Âmbito da Saúde Prisional

Com base nos objetivos do presente Trabalho de Conclusão de Curso, ou seja, compreender o Serviço Social na atenção à saúde no sistema prisional do Distrito Federal, neste capítulo procura-se analisar os resultados da pesquisa empírica, com ênfase na atuação profissional do Assistente Social e as condições de trabalho nesse espaço sócio – ocupacional.

3.1 Considerações Sobre os Procedimentos Metodológicos da Pesquisa

O presente estudo é um recorte da pesquisa intitulada “**O Serviço Social na Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal**” que tem como objetivo analisar a inserção do Serviço Social na área da saúde, particularmente na Atenção Primária em Saúde do Distrito Federal, considerando suas principais ações, demandas sociais, as atribuições, competências profissionais e desafios postos à profissão no âmbito do sistema único de saúde.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética, está em andamento desde 2014 e encontra-se em fase de finalização.

A pesquisa parte da compreensão de que a produção social da saúde se situa num contexto de múltiplos desafios ligados a demanda por serviços de assistência à saúde, por mudanças organizacionais e de gestão, bem como aos desafios postos pelas transformações no mundo do trabalho com a reestruturação produtiva e com a

necessidade de respostas efetivas das políticas públicas desenvolvidas pelo Estado à população. Tais transformações trazem rebatimentos diretos para o trabalho do Assistente Social, o que requer desses profissionais estratégias e desafios para uma atuação condizente com os princípios do projeto ético-político do Serviço Social.

Assim, a ênfase do presente Trabalho de Conclusão de Curso recai sobre a atuação do/a Assistente Social no âmbito da saúde prisional no DF.

Utilizou-se de pesquisa qualitativa, por meio de aplicação de questionário e de entrevista semi - estruturada com Assistentes Sociais que atuam junto ao serviço de saúde no sistema prisional do Distrito Federal.

Para melhor compreender o critério de escolha dos profissionais para a participação das entrevistas e questionários é importante ressaltar que atualmente o Complexo Penitenciário da Papuda (Presídio masculino do DF) localizado na cidade satélite São Sebastião, é um complexo formado por 4 presídios: CDP que é a porta de entrada dos detentos; PDF 1 e PDF 2, nesses presídios encontram-se os detentos que já foram julgados e condenados e o Centro de Internamento e Reeducação que é considerado a porta de saída dos mesmos, para os que já estão no final do cumprimento da pena.

No Distrito Federal também se localiza o Centro de Progressão Penitenciária, unidade prisional masculina destinada ao regime semiaberto.

Por sua vez a Colmeia, sistema prisional feminino do DF, localiza-se na cidade satélite Gama, recolhe as mulheres sentenciadas que se encontram privadas da liberdade seja no regime semiaberto ou fechado. O presídio feminino também faz custódia para as mulheres e homens que são submetidos a Ala de Tratamento Psiquiátrica.

Atualmente⁶ trabalham 9 (nove) Assistentes Sociais na saúde prisional. Desse total, foi aplicado o questionário e realizado entrevista com 3 (três) profissionais. Os profissionais participantes das entrevistas e questionários foram escolhidos a partir do local de trabalho, ou seja, de modo a contemplar o Complexo da Papuda e da Colmeia. Assim, foram sujeitos da pesquisa, um Assistente Social do Complexo feminino Colmeia e dois do Complexo masculino- Papuda, sendo um do presídio Penitenciária do Distrito Federal 1 e o outro do Centro de Internamento e Reeducação.

⁶ Dados disponibilizado pela SES/DF em fevereiro de 2017.

Para Minayo (1992), a abordagem qualitativa não se preocupa apenas com a representatividade numérica, mas sim em explicar os significados das relações sociais que envolvem significados, motivos, atitudes, crenças e valores.

Diante de algumas dificuldades e limitações no acesso às instituições prisionais, a pesquisa de campo, ou seja, a aplicação dos questionários e realização das entrevistas se deu na Gerencia de Serviço Social, localizada nas dependências da Secretaria de Saúde do GDF.

Aos profissionais foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido, para anuência e participação na pesquisa. De forma a assegurar os preceitos éticos da pesquisa, será preservado o anonimato e sigilo profissional na identificação dos sujeitos deste estudo, sendo que optamos por nomeá-las aleatoriamente como A, B e C.

3.2 Identificação e Formação Profissional

O questionário aplicado junto aos/as Assistentes Sociais, contemplou 45 questões, sendo 12 destas voltadas para a identificação do perfil pessoal, 4 direcionadas para a formação profissional, 7 voltadas para a dinâmica do trabalho profissional, 4 para compreensão da qualificação profissional, 9 para o entendimento do exercício profissional, 4 para notificar as condições de trabalho e por último 5 questões para analisar a organização política (questionário em anexo).

No que se refere as informações quanto a identificação profissional a tabela 1 apresenta aspectos centrais.

Tabela 1: Perfil dos Assistentes Sociais Entrevistados no Sistema Prisional do Distrito Federal

Participantes	Sexo	Idade	Filho	Estado Civil	Nível de Formação	Período de formação	Pós Graduação
A	F	35	Não	Solteira	Graduada	2001-	-

						2005	
B	M	38	Sim	Casado	Especialização	2001-2005	2006-2010
C	M	33	Não	Solteiro	Especialização	2006-2010	2011-2015

Conforme as informações da Tabela 1, os sujeitos B e C são do sexo masculino e A do sexo feminino, com faixa etária entre 30 a 40 anos, sendo apenas o participante B casado e com filho.

Referente a formação profissional A e B se formaram no mesmo período compreendido entre 2001 a 2005 e o participante C no período de 2006 a 2010. Apenas um dos sujeitos não possui especialização (sujeito A).

Sobre o trabalho profissional obtivemos os seguintes dados:

Tabela 2: Atuação dos Participantes Enquanto Assistentes Sociais no Trabalho Profissional

Participantes	Tempo de atuação como Assistente Social	Tempo de atuação na área de saúde	Tempo de atuação da APS/ AB	Carga Horária	Vínculo Empregatício
A	8-10 anos	4-5 anos	4-5 anos	35 horas	Estatutário
B	8-10 anos	6-7 anos	6-7 anos	40 horas	Estatutário
C	4-5 anos	4-5 anos	2-3 anos	40 horas	Estatutário

Com base nas informações disponibilizada no questionário e por meio das entrevistas, constatou-se que todos os profissionais atuam a mais de 04 anos na área da saúde, ou seja, sujeitos A e B atuam entre 8 a 10 anos e o participante C, de 4 a 5 anos; Quanto o tempo de atuação na saúde no âmbito do sistema prisional, todos os sujeitos da pesquisa atuam a mais de 3 anos, sendo que o sujeito A atuou profissionalmente anteriormente na política de assistência social e o sujeito C no

nível terciário, ou seja, em hospital geral. Já o sujeito B, diz ter tido experiência anteriormente na área da educação, mais não esclareceu quanto ao local de atuação profissional.

Apenas o sujeito de pesquisa A alega que sua carga de trabalho é de 35 horas, os demais alegam ser de 40 horas. Todos afirmam que o vínculo empregatício é estatutário.

Quando questionados se participam de eventos promovidos pela categoria profissional, todos responderam positivamente, por meio de: cursos, simpósios, palestras, fóruns de supervisão de estágio e oficinas.

Os dados da pesquisa empírica apontam para o comprometimento dos Assistentes Sociais para com a sua qualificação profissional, tanto por meio de cursos, seminários e demais atividades esporádicas, como por curso de longa duração, a exemplo dos dois Assistentes Sociais que realizaram curso de especialização. No entanto, o estudo sugeriu que tal comprometimento se dá em grande medida em uma perspectiva individual, uma vez que todos os sujeitos indicam que não há uma política de formação continuada oferecida no local onde atuam como Assistentes Sociais.

Por outro lado, os participantes B e C, alegam ter participado de cursos ou até mesmo capacitações na área da Atenção Primária à Saúde, como relacionados a Saúde Prisional, Álcool e outras drogas, DST'S, promovidos ou não pela SES/DF. O que, pode sugerir que há por meio da SES/DF ações de formação profissional, mesmo que não seja caracterizada como uma formação continuada. Um dos sujeitos inclusive alega que há por parte da Gerência de Serviço Social ênfase na formação dos profissionais, por meio do estímulo e realização de atividades e cursos. Mas, afirma por outro lado, que por parte da Gerência Prisional não ocorre da mesma forma, uma vez que não há promoção de atividades de formação continuada, ou mesmo estímulo para a formação dos profissionais da equipe de saúde que atuam no sistema prisional.

3.3 Ações Profissionais do Assistente Social na Saúde Prisional

As principais ações profissionais do Assistente Social na saúde prisional identificadas na pesquisa empírica compreendem: elaboração de estudo e relatório

social; elaboração de projetos sociais; execução de políticas sociais; atendimento e orientação a indivíduos, grupos e família; mobilização, organização e participação social; visitas domiciliares; visitas institucionais; reuniões de equipe de Serviço Social; e reuniões de equipe.

Os participantes alegam que existe trabalho em equipe, juntamente com o psicólogo, como trabalhos em grupos com os internos.

Quanto aos instrumentos técnicos operativos utilizados pelos participantes do questionário destacam-se: entrevistas, estudo social, visita domiciliar, visita institucional, reuniões, parecer, relatórios e encaminhamentos.

Para Guerra (2012), a dimensão técnica operativa se constitui no modo de aparecer da profissão pela qual ela passa a ser reconhecida.

A autora considera que a dimensão técnico operativa, como a razão de ser da profissão remete as competências instrumentais pelas quais a profissão é reconhecida e legitimada.

Ao serem questionados sobre o referencial teórico metodológico utilizado em suas atuações profissionais, os participantes A e C consideram a teoria marxista como o principal referencial, entretanto o participante C também mencionou o uso da fenomenologia, optando assim pelas duas respostas, já o participante B refere-se ao uso de uma outra proposta teórico metodológico no desenvolvimento do trabalho profissional, porém não especifica qual o referencial que utiliza.

A característica do sistema prisional desdobra-se em muitos desafios no cotidiano do exercício prisional, a exemplo das implicações no âmbito da autonomia profissional e do sigilo no atendimento aos usuários.

A chamada escolta policial feita pelos denominados “agentes penitenciários”, foi citada como um dos maiores motivos da quebra do sigilo profissional, pois esses profissionais por supervisionarem as pessoas restritas de liberdade, desconhecem a importância de um atendimento onde seja apenas o usuário e o profissional da Saúde.

É comum perceber o descontentamento dos profissionais da saúde em relação a escolta, pois o profissional se vê de mãos atadas, pois ao mesmo tempo que ele percebe a importância do sigilo profissional, ele não pode abrir mão da sua segurança até porque a escolta dos agentes penitenciários é norma da instituição.

A questão do sigilo profissional no âmbito da saúde prisional, apresenta contradições e dificuldades em sua resolução. Todos os sujeitos da pesquisa consideram o sigilo profissional uma dimensão difícil de materialização, devido a escolta durante o atendimento, ou seja, um agente penitenciário acompanha o interno e o aguarda na porta, do lado de fora da sala, mas que por motivos de “segurança” do profissional da saúde a porta não pode ser fechada, por isso é comum os agentes prestarem atenção na atuação dos diferentes profissionais com o interno, incluindo o Assistente Social. Para ilustrar, o sujeito participe da pesquisa “B” refere-se a busca do sigilo profissional algo inviável, em suas palavras uma “piada” na atuação dos profissionais no sistema prisional.

Nessa perspectiva crítica e de aprimoramento da ação profissional os Assistentes Sociais do sistema prisional masculino do Distrito Federal Centro de Internamento e Reeducação - Papuda, criaram um documento de forma resumida baseando-se no Protocolo do Serviço Social, com intuito de esclarecer para os demais profissionais quais as atribuições e intervenções do Assistente Social na saúde prisional.

Devido às dúvidas que recaem sobre as ações e deveres dos Assistentes Sociais, que muitas vezes não são compreendidas pelos demais profissionais da área da saúde, os Assistentes Sociais do Centro de Internamento e Reeducação – CIR Papuda, presídio masculino do DF, fizeram um documento⁷ destacando o que é atribuição e intervenção do Serviço Social na saúde prisional, conforme segue:

- Atender às demandas da área de saúde específicas do Serviço Social, visando à qualidade do atendimento dos usuários e familiares;
- Realizar atendimento solicitado pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT), Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT), entre outros órgãos, de acordo com as competências profissionais;
- Realizar visita domiciliar e institucional, quando necessário à intervenção profissional.
- Realizar estudos, laudos e pareceres sociais sobre o atendimento aos usuários e suas famílias;

⁷ O documento criado pelos Assistentes Sociais do Sistema Penitenciário Masculino do DF, Centro de Internamento e Reeducação - Papuda, foi anexado ao final do trabalho, Anexo 1.

- Realizar busca ativa dos usuários, por meio da divulgação das ações desenvolvidas pelo Serviço Social;
- Realizar em conjunto com a equipe de saúde, o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao Assistente Social ESCLARECER a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação;
- Contribuir para adesão do usuário e da família ao tratamento;
- Realizar encontros educativos para prevenção e promoção;
- Realizar campanhas educativas voltadas para os Programas, conforme a realidade epidemiológica de cada presídio, bem como subsidiar a confecção de material educativo, entre outros recursos;
- Atender aos internos e/ou familiares nos diversos programas existentes, preconizados pelo Ministério da Saúde. (Programa de Hipertensão Arterial; Programa de educação e controle do Diabete Mellitus; Programa de Controle do câncer e tabagismo – PCCT; Programa Nacional de Controle da Tuberculose; Programa Nacional de DST/AIDS; Política Nacional de Saúde Mental; Programa Nacional de Controle da Hanseníase; Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, da pessoa com deficiência (PCD); Programa Saúde do Homem;
- Realizar atendimentos individuais ou em grupo com os internos e familiares, visando a promoção da saúde quanto a dependência química, na perspectiva da redução de danos, conforme os procedimentos previstos pela Secretaria de Saúde do DF;
- Realizar encaminhamentos dos internos e/ou familiares a diversos órgãos governamentais, ONGs e rede de proteção socioassistencial;
- Realizar notificação compulsória em situações de tentativa de suicídio, nos casos previstos em lei;
- Atender individualmente os internos considerando os DETERMINANTES SOCIAIS do processo saúde-doença, para estudo e avaliação do caso e encaminhamentos necessários;
- Sugerir por meio de encaminhamento à Segurança Pública, a inserção de detentos nas atividades laborativas e educativas realizadas no sistema prisional, pautadas em critérios de saúde;
- Conhecer, diagnosticar e traçar alternativas, junto com a população carcerária, os egressos e os familiares, quanto aos problemas sociais

evidenciados que interfiram na saúde dos detentos, tais como alimentação adequada, insumos necessários, ausência de cuidadores na área de saúde, dificuldades de acesso à medicação, próteses, órteses, entre outros;

- Realizar estudos e pesquisas sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença com a participação dos demais profissionais envolvidos no atendimento da saúde prisional;
- Planejamento voltado para as Estratégias de Ação em Articulação com a equipe de saúde;
- Entre outras passíveis de avaliação pelo Serviço Social.

A construção do documento com definição das atribuições dos Assistentes Sociais na Saúde prisional contribui para o rompimento com antigas práticas e demandas institucionais para o profissional do Serviço Social, sem que realmente fossem atribuições e competências desses profissionais. Como afirmativa do sujeito C, ao iniciar sua atuação como Assistente Social da saúde prisional lhe era designado funções como atender telefonemas, ler cartas para os detentos e informar óbito dos detentos para os familiares. Devido a essa divergência de função foi percebido a importância de esclarecer suas atribuições como profissional da área da saúde.

O documento feito busca esclarecer as funções dos Assistentes Sociais destacou também às ações que não fazem parte do trabalho do Assistente Social:

- Utilizar-se no exercício de suas funções de terapias individuais, de grupo, de família ou comunitárias, pois cabe ao Assistente Social tão somente potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais;
- Marcar consulta e exames;
- Comunicar ou Convocar responsável para informar sobre alta e óbitos;
- Apesar do Assistente Social orientar sobre serviços e benefícios da saúde, este não providencia medicação de alto-custo, nem fornece equipamentos (órteses, próteses e outros) bem como a dispensação destes.
- Verificar atraso no recebimento do benefício/salário repassado pela FUNAP;
- Tratar de assuntos jurídicos sobre o cumprimento da pena;

- Contatar os familiares sobre o depósito de dinheiro a ser repassado aos internos;
- Ler cartas;
- Providenciar documentação pessoal e regularização de CPF além de outros documentos;
- Providências administrativas para certidão de nascimento e registro de paternidade;
- Providenciar insumos, vestuários e regularizar cadastro de visitas;
- Entre outros.

A busca pelo reconhecimento e entendimento da profissão pelos demais profissionais da área da saúde, é uma busca contínua do Assistente Social que muitas vezes se encontra em um embate onde lhe é demandado atribuições que não lhe diz respeito. Quanto a esta questão o entrevistado B sugere em sua fala muitos problemas recaem para o Assistente Social, mas cabe ao profissional esclarecer qual é a sua função.

Foi, portanto, com a recorrente demanda de a realizarem tarefas das quais não fazem parte do seu fazer profissional que os Assistentes Sociais perceberam a importância de criar um documento referente à atuação profissional na saúde prisional, esclarecendo suas competências e atribuições profissionais. É importante que o Assistente Social como profissional da saúde conheça os seus deveres e ações para não ser sobrecarregado com atribuições impostas pela instituição e/ou até mesmo impostas pelos demais profissionais da área da saúde. Faz-se necessário essa luta diária para que seja compreendido e respeitado o trabalho do Assistente Social como um todo.

3.4 Condições de Trabalho do Assistente Social

O sistema prisional já é considerado um espaço de sofrimento e dificuldades, isso acarreta também ao espaço físico que se encontra em situação precária, com uma estrutura física de má qualidade.

Ao serem questionados sobre o ambiente de trabalho os Assistentes Sociais participantes da pesquisa B e C consideram seu ambiente de trabalho ruim,

péssimo; destacaram a situação precária da instituição, o sigilo profissional e a estrutura física do ambiente que trabalham.

No entanto, a relação entre os diferentes profissionais de saúde, ou seja, do Assistente Social com os outros profissionais da equipe, é avaliada pelos sujeitos como adequada, sendo um espaço que proporciona boas relações entre a equipe. Já a avaliação em relação a instituição que trabalham, consideram regular.

Ao serem questionados se já sofreram algum adoecimento pela condição do trabalho, todas as respostas foram afirmativas. O participante C, informa que além do estresse que já desencadeou conjuntivite viral, problema na coluna e pedras nos rins, menciona que essas doenças, causadas em seu ambiente de trabalho, afeta na produtividade e no resultado. A participante A, alega passar por muito estresse não apenas na instituição que atua, mas também com a Secretaria de Saúde. Os participantes B e C alegam já terem se afastado do ambiente de trabalho devido ao adoecimento.

Devido situação precária de trabalho, somada a cobrança e sobrecarga de trabalho dos Assistentes Sociais, o discurso dos respondentes sugere que estas situações resultam nas principais causas dos adoecimentos

Segundo Menezes,

Os trabalhadores vivem, adoecem e morrem de forma compartilhada com a população de um determinado lugar, e classe social, mas também de forma diferenciada, decorrente de sua inserção particular no processo produtivo. (Menezes, 2011, p.1.)

Essa realidade é marcada pela precarização e flexibilidade das relações laborais que atinge duplamente o trabalho do Assistente Social como trabalhador da área da saúde e até mesmo nos diferentes espaços ocupacionais, ao considerar que as ações profissionais se realizam tanto no aspecto do desenvolvimento de suas atividades voltadas à garantia de direitos da coletividade, na dimensão assalariada da realização do seu trabalho, estando esses profissionais suscetíveis as determinadas estruturas das metamorfoses e degradação do mundo do trabalho.

Quando questionados se conheciam alguma política institucional voltada para a atenção a saúde do trabalhador, o participante B desconhece tal política institucional. Já a participante A alega já ter ouvido falar, porém nunca participou, participante a respondente C relata que a equipe de psicólogos iniciou o Yoga para

os servidores, porém por conta própria, não teve a participação da instituição prisional. Portanto, são iniciativas dos profissionais individualmente, sem incentivo e participação da própria instituição.

Contudo o aumento da cobrança e pressão no ambiente de trabalho é reconhecido pelos sujeitos da pesquisa como um agravante e que desqualifica a ação dos profissionais uma vez que muitas demandas institucionais não se constituem como competência e atribuição do Assistente Social.

O participante C, também faz referência a avaliação institucional realizada pela instituição mensalmente, com o intuito de avaliar a produtividade dos profissionais, mas sem respostas as demandas advindas das dificuldades enfrentadas no cotidiano do desenvolvimento do trabalho.

Para Raichelis (2011)

Em um contexto de transformações no trabalho de tal monta, marcado pela retração e, mesmo pela erosão do trabalho concentrado e regulamentado, bem como dos direitos sociais, trabalhistas, ampliam-se as relações entre trabalho e adoecimento, repercutindo na saúde física e mental dos trabalhadores, nas formas de objetivação e subjetivação do trabalho. (Raichelis, 2011, p.421)

Os processos de mudanças organizacionais que são introduzidas nas estruturas produtivas repercutem nas relações sociais do trabalho, sendo assim o Serviço Social como uma profissão inscrita na divisão social do trabalho, torna-se alvo de todas as mudanças, como em função da expansão de formas precárias de trabalho profissional que reflete na ausência de recursos humanos, financeiros, materiais nos espaços ocupacionais para operacionalizar as ações profissionais.

Com a grande lotação dos sistemas prisionais brasileiros e as precárias condições físicas dessas instituições os Assistentes Sociais observam o crescimento acelerado da demanda de trabalho, afirma a participante A. O participante B cita que a demanda aumentou, porém, o atendimento diminuiu devido a necessidade da escolta para os detentos e considera que tal situação prejudica o atendimento. Já o participante C relata que isso gera um grande acúmulo de serviço e sente-se preocupado em como poderá ser resolvida essa questão, de depender da escolta para realizar os atendimentos.

Espaço físico entre regular e ruim, adoecimento dos profissionais, acúmulo e crescimento acelerado da demanda, problema com a escolta, a falta de reconhecimento e entendimento da profissão na visão de outros profissionais, são algumas das dificuldades encontradas pelos Assistentes Sociais da área da saúde prisional. É necessário ressaltar a importância desses profissionais que muitas vezes tem seus direitos violados e com isso desencadeia várias reações, os profissionais se vem constantemente se reafirmando como profissionais da área da saúde e a cada dia com uma luta constante vão ganhando seu espaço e respeito.

Considerações Finais

Com o término dessa investigação, será ponderado algumas considerações finais acerca da pesquisa realizada que permitiu refletir sobre o exercício profissional do Assistente Social como trabalhador da saúde no sistema prisional.

É possível verificar que mesmo com o reconhecimento nos estatutos éticos e legais que definem a autonomia teórico operativa, teórico política e teórico metodológica que norteia o exercício profissional, o Assistente Social ainda encontra diversas limitações para exercer suas atribuições profissionais, até mesmo pelo ambiente de trabalho no qual atuam que já é um local de dificuldades e limitações, como é o sistema prisional.

É evidenciado que os profissionais atuam em condições objetivas que interferem em princípios éticos da profissão, a exemplo da dificuldade encontrada no âmbito da garantia do sigilo profissional, o que causa aborrecimento e preocupação por parte dos mesmos.

Concomitante, na atuação profissional encontram-se inúmeros desafios frente as condições estruturais do sistema prisional brasileiro, desde a superlotação à falta de garantias mínimas de alimentação, higiene, saúde, que venham garantir condições mínimas para a vida dos detentos. Assim, este espaço ocupacional tende a perpetuar a falta de garantias mínimas de saúde aos detentos e aos que lá trabalham, desdobrando-se em processos de sofrimento e adoecimento dos trabalhadores.

Nota-se que por mais que tenha um esforço dos profissionais para o aprimoramento profissional, não é dada a devida importância pela instituição, principalmente no âmbito da saúde prisional, uma vez que a responsabilidade pela formação continuada recai para os próprios profissionais.

Os profissionais trabalham 40 horas semanais, apesar da conquista obtida pela categoria profissional que se refere a aprovação da Lei 12.317/2010 que reduz a carga horária máxima dos Assistentes Sociais para 30 horas semanais, sem redução de salário, o que viria representar um avanço em direção a melhoria das condições de vida e trabalho destes profissionais.

Os sujeitos de pesquisa, apontam para um crescimento acelerado da demanda profissional, até mesmo pela constante entrada e saída dos detentos. Concomitante, há demandas institucionais que não se referem a atribuições e competências do Assistente Social, demonstrando desconhecimento por parte da instituição sobre o Serviço Social e sobrecarregando os profissionais.

Muitas vezes os Assistentes Sociais são demandados para atuarem em ações filantrópicas de caráter assistencialista, leitura de cartas, aviso de óbito, de modo que se torna importante que o próprio profissional tenha conhecimento dos seus direitos e deveres para que possa desenvolver suas funções com qualidade, em consonância com os princípios ético – político da profissão.

Os participantes da pesquisa acreditam na importância de buscar novos conhecimentos, da busca contínua de informações, para que possam se atualizar e exercer um atendimento de maior qualidade. Todos buscam o contato com a Universidade, sejam nas palestras e cursos, como por meio de supervisão de campo, acrescentando para o estudante e para o profissional, pois enquanto um traz a sua vivência profissional, a sua experiência, o outro traz um novo olhar, além de uma busca por conhecimento, novas ideias. É importante esse entrosamento dos profissionais com a Universidade até mesmo para seu crescimento profissional.

Com esse trabalho foi possível identificar que mesmo com as dificuldades encontradas pelos Assistentes Sociais atuantes da atenção básica em saúde do sistema prisional do DF, o trabalho exercido pelos mesmos mostra um crescimento e reconhecimento, graças as lutas constantes, do dia a dia desses profissionais, que se afirmam como profissionais da área da saúde, se fazem notados e necessários. Sabe-se que a luta não tem fim, mas tanto as conquistas como as dificuldades são estímulos para uma melhoria profissional.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2006. 60 p. – Série Pactos pela Saúde 2006. v. 4.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Pragmáticas Estratégicas. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário**. 1º Brasília, 2004.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. **Informações Penitenciárias-Infopen**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/noticias/mj-divulgara-novo-relatorio-do-infopen-nesta-terca-feira/relatorio-depen-versao-web.pdf/>

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009, p. 197-217.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. **Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº 1**, Brasília: CFESS, 2010.

CONILL, E M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da família em centros urbanos do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, Sup 1, p. S7-S16, 2008.

GOTTEMS, L. B. D. Trajetória da Política de atenção básica à saúde no Distrito Federal, Brasil (1960 a 2007): análise a partir do marco teórico do neo-institucionalismo histórico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, nº 6, 2009.

GUERRA, Y. "O Projeto Profissional Crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional". IN: **Revista Serviço Social e Sociedade, nº91 Ano XXVIII**. SP: Cortez Editora, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1982.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2 ed. São Paulo. Cortez, 1999.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 7. ed. São Paulo, Cortez, 2004.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 25^o. ed. São Paulo, Cortez, 2009.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação.** 10. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

MARX, Karl. **O capital** (Crítica da economia política). São Paulo: Civilização Brasileira, 1968. Livro 1, v. 1. (I. A mercadoria; V. Processo de trabalho e processo de produzir mais-valia.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos Assistentes Sociais no campo da Saúde. In: MOTA, A. E. et al. (Org.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2009.

Minayo, M. C de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo – Rio de Janeiro, HUCITEC – ABRASCO, 1992;

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Módulo 1 – 1999, Brasília: Cead/ABEPSS/CFESS.

OLIVEIRA, L. G. D. **Avaliação da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros.** 2014. 147 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, out. 2013.

RAICHELIS, R. O Assistente Social como trabalhador assalariado: desafios frente as violações de seus direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set. 2011.

SINDEENFERMEIRO. **Sindicato dos enfermeiros**, São Paulo, 2017. Disponível em: <http://www.sindenfermeiro.com.br/index.php/2017/02/15/gdf-da-inicio-a-reformulacao-da-atencao-primaria-a-saude/>

TEIXEIRA, J. B.; BRAZ, M. O projeto ético-político do Serviço Social. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. CFESS/ABEPSS/CEAD/Unb. 2009.

YAZBEK, Maria Carmelita. O significado sócio-histórico da profissão. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS. 2009.

Instrumento de Pesquisa (Roteiro do Questionário)

I – IDENTIFICAÇÃO

Idade: _____

Sexo: () M () F

Raça/Etnia: Branca () Negra () asiática () Indígena() Parda ()

Naturalidade: _____

Local de residência: _____

Estado civil:

Casado () Solteiro () Divorciado () União estável ()

Possui filhos? Sim() Não ()

Quantos? 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 ()

Possui alguma crença religiosa? Sim() Não () Qual? _____

Renda individual (média em SM):

De 1 a 3 SM () De 3 a 5 SM () De 5 a 8 SM () De 8 a 10 SM () De
10 a 15 SM () De 15 a 20 SM () Mais de 20 SM ()

Renda familiar (média em SM):

De 1 a 3 SM () De 4 a 5 SM () De 6 a 8 SM () De 9 a 10 SM () De
10 a 15 SM() De 15 a 20 SM () Mais de 20 SM ()

Possui outros rendimentos? Sim() Não ()

II – DADOS SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Nível de formação:

Graduação () Especialização () Residência multiprofissional () Residência
Uniprofissional () Mestrado Profissional () Mestrado Acadêmico ()
Doutorado ()

Ano de formação:

Anterior a 1980 () De 1980 a 1985 () De 1986 a 1990 () De 1991 a
1995 ()

De 1996 a 2000() De 2001 a 2005 () De 2006 a 2010 ()

De 2011 a 2015()

Área da Pós Graduação:

Saúde da Família () Política de Saúde () Saúde Hospitalar ()

Saúde Mental () Saúde Pública () Serviço Social () Assistência Social () Direitos Sociais () Meio Ambiente ()

Educação () Gestão Social () Políticas Públicas () Trabalho () Direitos Humanos () Saúde Coletiva () Outra ()

Ano de realização da Pós-Graduação:

Anterior a 1980 () De 1980 a 1985 () De 1986 a 1990 () De 1991 a 1995 () De 1996 a 2000 () De 2001 a 2005 () De 2006 a 2010 () De 2011 a 2015 ()

III – DADOS SOBRE O TRABALHO PROFISSIONAL

Tempo de atuação como Assistente Social (em anos)?

Até 1 ano () 2 - 3 anos () 4-5 anos () 6-7 anos () 8-10 anos () 11-15 anos () 15-20 anos () Mais de 20 anos ()

Tempo de atuação na área da saúde (em anos)?

Até 1 ano () 2 - 3 anos () 4-5 anos () 6-7 anos () 8-10 anos () 11-15 anos () 15-20 anos () Mais de 20 anos ()

Local de Atuação na Atenção Primária à Saúde/ Atenção Básica:

Centro de Saúde () ESF () NASF () NRADs () Saúde prisional ()
Consultório na rua () Gestão () Outro () Carga horária de trabalho
na Atenção Primária à Saúde/ Atenção Básica:

20 Horas () 30 Horas () 40 horas () Mais de 40 horas ()

Tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde/ Atenção Básica (em anos)?

Até 1 ano () 2 - 3 anos () 4-5 anos () 6-7 anos () 8-10 anos
() 11-15 anos () 15-20 anos () Mais de 20 anos ()

Qual o seu tipo de vínculo empregatício?

Estatutário () Celetista () Contrato temporário () Terceirizado ()
Cargo Comissionado () outro () _____

Qual o cargo/função que você ocupa?

Assistente Social () Analista () Gestor () Diretor () Outro ()

Trabalha em mais de uma instituição? Sim () Não ()

Caso sim, quantas? 2 () 3 ()

Qual(is)? _____

IV - Qualificação Profissional

Participa de eventos promovidos pela categoria profissional ou áreas afins?

Sim () Não () Tipo: Cursos () Simpósios () Palestras ()
Fóruns de Supervisão de Estágio () Congressos () Oficinas ()

Há política de formação continuada oferecida pelo local onde trabalha?

Sim () Não ()

Você já participou de algum curso/capacitação na área da Atenção Primária à Saúde/ Atenção Básica?

Sim () Não () Caso sim, qual(is)?: _____

Você supervisiona estágio?

Sim () Não ()

V - Exercício profissional

Quais as principais ações profissionais do assistentesocial?

Elaboração de Estudo e relatório social () Elaboração de projetos sociais ()
Formulação e planejamento de políticas sociais () Monitoramento e avaliação de planos, programas e projetos ()

Execução de políticas sociais () Atendimento e orientação a indivíduos, grupos e famílias () Mobilização, organização e participação social () visitas domiciliares () visitas institucionais () reuniões da equipe de Serviço Social () reuniões da equipe () supervisão de estágio

As ações se organizam de que forma:

Interdisciplinar () Multidisciplinar () Transdisciplinar () Individual

Dentre as ações profissionais realizadas como se configura atendimento direto ao usuário:

Atendimento Socioassistencial : () suprimento de fundos () encaminhamento para grupos voluntários da saúde () encaminhamento para rede de proteção social () Orientação, acesso a direitos e benefícios assistências () atendimento violência - física, sexual , psicologia, institucional e doméstica () atendimento - violência contra mulher, criança, idoso, pessoa com deficiência e múltipla () alcoolismo e outras drogas () acolhimento () Abordagem de Rua () outros

Dentre as ações profissionais realizadas são desenvolvidas atividades com grupos?
Sim- Não

Grupos com Família:

- () Criança
- () adolescente
- () mulher
- () idoso
- () homem

Grupos temáticos:

- () sexualidade
- () gravidez
- () álcool e outras drogas
- () tabagismo
- () HIV e AIDS
- () Saúde trabalhador/a
- () saúde mental

- Planejamento familiar
- orçamento/economia doméstica
- Educação em Saúde e qualidade de vida
- Saúde na escola
- hipertensão, diabetes e outras doenças crônicas
- tuberculose, hanseníase
- Práticas integrativas Qual: _____
- Gênero
- raça, etnia
- saúde no campo e questão indígena

a) Ações de articulação com a equipe de saúde e rede prestação de serviço:

- Matrciamento às ESF
- reunião da equipe multiprofissional de saúde
- reunião da rede ampliada
- monitoramento/supervisão das ações
- Planejamento das atividades desenvolvidas
- Avaliação
- Visitas Institucionais
- Outros

B) Ações de mobilização e participação social com o usuário

- Reunião com a comunidade
- Participação no Conselho Gestor de Saúde
- Participação em Conselhos de Direitos
- Participação em movimentos sociais e populares
- Participação em sindicatos
- Participação em partidos políticos
- Outros. Qual _____

Quais instrumentais técnico-operativos você utiliza no seu exercício profissional?

Entrevista () Estudo social () Visita domiciliar () Visita institucional ()
Reuniões () Parecer () Relatórios () Encaminhamentos ()
Outros ().

Você tem algum referencial teórico-metodológico que norteia sua atuação profissional? Caso sim, qual?

Teoria social marxista () Fenomenologia () Funcionalismo ()

Teoria sistêmica () Teoria pós-moderna () Outra ()

Você é requisitado para atuar nas especificidades da profissão ou acontece de requisitarem seu trabalho para outras ações não específicas?

Exerço somente ações específicas da profissão ()

Não exerço ações específicas da profissão ()

Exerço ações específicas da profissão e demais atividades não específicas quando demandado ()

VI - Condições de Trabalho

Qual sua avaliação sobre o espaço físico disponibilizado para o Serviço Social na instituição? É adequado? Com equipamentos, ventilação, iluminação, sala, etc.?

Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Ruim () Péssima ()

Em relação às condições de trabalho, como você avalia seu ambiente de trabalho (relação com os demais profissionais, infraestrutura, etc) ?

Excelente() Muito boa () Boa () Regular () Ruim () Péssima ()

Qual a sua análise/avalia o acerca da institui o em que trabalha?

Excelente () Muito boa () Boa () Regular () Ruim () Péssima ()

Como você avalia seu cotidiano de trabalho?

Muito bom () Prazeroso () Desgastante () Enfadonho () Outro ()

VII - DADOS SOBRE ORGANIZA O POLÍTICA

Você conhece o trabalho do conjunto CFESS/CRESS?

Sim () Não ()

Participa de forma direta/indireta das entidades da categoria?

Sim () Não ()

Você participa ou integra algum movimento social, conselhos de direitos/políticas, comissões no ambiente de trabalho, sindicatos, etc.?

Sim () Não ()

Você busca manter proximidade com a Universidade?

Sim () Não ()

Você considera importante o vínculo entre Universidade (espaço da forma o) e as institui es (espaços sócio-ocupacionais)?

Sim () Não ()

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
(Com profissionais/Assistentes Sociais na APS do DF)

I – IDENTIFICAÇÃO/DADOS PESSOAIS

Idade: _____

Sexo: () M () F

Naturalidade: _____

Local de residência: _____

Estado civil: _____

Caso tenha filhos, quantos? _____

Composição familiar: _____

Possui alguma crença religiosa? _____ Qual? _____

Renda familiar (média em SM): _____

Renda individual (média em SM): _____

Outros rendimentos (média em SM): _____

II – DADOS SOBRE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Nível de formação:

Graduação:

Onde? _____

Quando se formou? _____

Pós-Graduação:

Possui Especialização? Sim () Não ()

Caso sim, em qual área se especializou? _____

Onde? _____

Quando? _____

Possui Mestrado? Sim () Não () Doutorado? Sim () Não ()

Pós-Doutorado? Sim () Não ()

Onde? _____

Quando? _____

Em qual área? _____

III – DADOS SOBRE O TRABALHO PROFISSIONAL

Qual o cargo/função que você ocupa/desempenha?

Qual o seu tipo de vínculo empregatício?

Qual sua área de atuação?

Tem quanto tempo de atuação como Assistente Social?

No Serviço Social, desde seu ingresso no mercado de trabalho, em que áreas já atuou?

Na área da saúde, quanto tempo atua e locais de atuação:

O que você busca para se manter atualizado? Participa de eventos (cursos, palestras, conferências, congressos, etc.) promovidos pela categoria profissional ou áreas afins?

Quais são os serviços prestados pela instituição?

Quais suas principais ações no seu cotidiano de trabalho na APS?

Dessas ações e atividades desenvolvidas quais você considera que são atribuições (o que específico) do Assistente Social?

No desenvolvimento dessas atividades, há algum referencial teórico-metodológico que norteia sua atuação profissional? Caso sim, qual e como fundamenta a ação?

Existe interface do código de Ética do Assistente Social e do projeto ético político do Serviço Social no seu exercício profissional cotidiano? Caso afirmativo, de que forma? Caso negativo, quais os dificultadores?

Há trabalho em equipe? Caso sim, como se dá a constituição da equipe de trabalho?

Como são definidas as prioridades para o trabalho do Serviço Social e da equipe?

Existe a participação da população/usuários? Se sim, como?

Que atividades você realiza em seu trabalho que são organizadas e realizadas conjuntamente com a equipe de saúde a que pertence?

Quais instrumentais técnico-operativos você utiliza no seu exercício profissional?

O Assistente Social tem autonomia no ambiente de trabalho? De que forma?

IV - Condições de Trabalho

Qual sua jornada de trabalho semanal? _____

Qual a sua análise/avaliação acerca da instituição em que trabalha?

Em relação às condições de trabalho, como você avalia seu ambiente de trabalho? Você é requisitado para atuar nas especificidades da profissão ou acontece de requisitarem seu trabalho para outras ações não específicas? Caso sim, como isso ocorre?

Qual sua avaliação sobre o espaço físico (infraestrutura) disponibilizado para o Serviço Social na instituição?

Você já desencadeou algum processo de adoecimento advindo do trabalho, seja nesse espaço ocupacional ou em outro?

Caso sim, comente sobre.

Já precisou ficar afastado/a do trabalho em detrimento de adoecimento?

Existe alguma política institucional voltada para a atenção à saúde dos trabalhadores? Caso sim, qual e como se dá?

Atualmente você está fazendo algum acompanhamento médico ou tratamento medicamentoso em decorrência de agravos à saúde advindos do trabalho?

Há cobrança e pressão no ambiente de trabalho? Caso sim, de que forma?

Você é requisitado pela instituição fora do seu horário de trabalho? Caso sim, como se dá esse processo?

Há cobrança para o cumprimento de metas e resultados? Caso sim, como isso ocorre?

Como você analisa/avalia o ritmo e velocidade do seu trabalho hoje em termos de cobranças de resultados e produtividade?

Você considera que tem ocorrido um processo de intensificação do trabalho nos últimos anos? Por quê? E como isso acontece?

Há acúmulo de atividades/sobrecarga de trabalho devido ao volume de demandas? Como você avalia esse processo?

Você se utiliza dos recursos tecnológicos (computador, recursos multimídia, comunicacionais, etc.) no seu cotidiano de trabalho? Caso não, por quê? Caso sim, como se dá essa apropriação e qual sua avaliação sobre os avanços tecnológicos no cotidiano de trabalho dos Assistentes Sociais?

V - Formação e qualificação profissional

A instituição estimula e incentiva a qualificação profissional e a formação continuada? Caso sim, como?

Você supervisiona estágio? Caso sim, como avaliação a supervisão de estágio?

VI – DADOS SOBRE ORGANIZAÇÃO POLÍTICA

Você conhece o trabalho do conjunto CFESS/CRESS? Como avalia a atuação dessas entidades?

Você participa ou integra algum movimento social, conselhos de direitos/políticas, comissões no ambiente de trabalho, sindicatos, etc.? Caso sim, qual? Como avalia esses espaços?

Você busca manter aproximação com a Universidade? Caso sim, de que forma?



GDF - GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE



Serviço Social do Centro de Internamento e Reeducação / Papuda-DF

Prezados colaboradores,

Devido às constantes dúvidas relacionadas às atribuições do Serviço Social, seguem algumas informações:

É necessário esclarecer que **Serviço Social não é Assistência Social**. Assistência social é uma das políticas sociais que formam o tripé da Seguridade Social: Previdência, Saúde e Assistência Social. Não obstante, os Assistentes Sociais da SES estão vinculados à Política de Saúde, não à da Assistência Social.

Segundo a Secretaria de Saúde do DF em seu edital de concurso lançado aos Assistentes Sociais no mês de maio de 2011, as nossas atribuições são:

“(...)planejar, coordenar, controlar, avaliar e executar planos, projetos e programas da área profissional; executar as políticas públicas de saúde, serviços e recursos sociais da Instituição, que venham a atender o usuário do Sistema Único de Saúde, quando em tratamento de saúde; interpretar, orientar, encaminhar indivíduos, famílias, instituições e grupos sociais sobre direitos, deveres, normas, códigos e legislação de interesse da saúde; integrar as atividades com as equipes multiprofissionais, realizar trabalho de assistência hospitalar e educação em saúde utilizando metodologia adequada, prestar atendimento psicossocial nas diferentes demandas apresentadas em consonância com as políticas e critérios definidos pela Secretaria de Saúde; participar de programas de treinamento da área de atuação; assessorar atividades específicas da Especialidade; executar outras atividades de interesse da área.(...)”

De forma resumida, constam em Protocolo como atribuições e intervenções do Serviço Social da Saúde Prisional o seguinte:

- Atender às demandas da área de saúde específicas do Serviço Social, visando à qualidade do atendimento dos usuários e familiares;
- Realizar atendimento solicitado pelo Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (TJDFT), Ministério Público do Distrito Federal e Territórios (MPDFT), entre outros órgãos, de acordo com as competências profissionais;
- Realizar visita domiciliar e institucional, quando necessário à intervenção profissional.
- Realizar estudos, laudos e pareceres sociais sobre o atendimento aos usuários e suas famílias;
- Realizar busca ativa dos usuários, por meio da divulgação das ações desenvolvidas pelo Serviço Social;
- Realizar em conjunto com a equipe de saúde, o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao Assistente Social ESCLARECER a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação;
- Contribuir para adesão do usuário e da família ao tratamento;
- Realizar encontros educativos para prevenção e promoção;
- Realizar campanhas educativas voltadas para os Programas, conforme a realidade epidemiológica de cada presídio, bem como subsidiar a confecção de material educativo, entre outros recursos;
- Atender aos internos e/ou familiares nos diversos programas existentes, preconizados pelo Ministério da Saúde. (*Programa de Hipertensão Arterial; Programa de educação e controle do Diabete Mellitus; Programa de Controle do câncer e tabagismo – PCCT; Programa Nacional de Controle da Tuberculose; Programa Nacional de DST/AIDS; Política Nacional de*

Saúde Mental; Programa Nacional de Controle da Hanseníase; Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, da pessoa com deficiência (PCD.); Programa Saúde do Homem);

- Realizar atendimentos individuais ou em grupo com os internos e familiares, visando a promoção da saúde quanto a dependência química, na perspectiva da redução de danos, conforme os procedimentos previstos pela Secretaria de Saúde do DF;
- Realizar encaminhamentos dos internos e/ou familiares a diversos órgãos governamentais, ONGs e rede de proteção socioassistencial;
- Realizar notificação compulsória em situações de tentativa de suicídio, nos casos previstos em lei;
- Atender individualmente os internos considerando os DETERMINANTES SOCIAIS do processo saúde-doença, para estudo e avaliação do caso e encaminhamentos necessários;
- Sugerir por meio de encaminhamento à Segurança Pública, a inserção de detentos nas atividades laborativas e educativas realizadas no sistema prisional, pautadas em critérios de saúde;
- Conhecer, diagnosticar e traçar alternativas, junto com a população carcerária, os egressos e os familiares, quanto aos problemas sociais evidenciados que interfiram na saúde dos detentos, tais como alimentação adequada, insumos necessários, ausência de cuidadores na área de saúde, dificuldades de acesso à medicação, próteses, órteses, entre outros;
- Realizar estudos e pesquisas sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença com a participação dos demais profissionais envolvidos no atendimento da saúde prisional;
- Planejamento voltado para as Estratégias de Ação em Articulação com a equipe de saúde;
- Entre outras passíveis de avaliação pelo Serviço Social.

Não é atribuição do Serviço Social do Centro de Internamento e Reeducação -Papuda-DF (exemplos):

- Utilizar-se no exercício de suas funções de terapias individuais, de grupo, de família ou comunitárias, pois cabe ao Assistente Social tão somente potencializar a orientação social com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais;
- Marcar consulta e exames;
- Comunicar ou Convocar responsável para informar sobre alta e óbitos;
- Apesar do Assistente Social orientar sobre serviços e benefícios da saúde, este não providencia medicação de alto-custo, nem fornece equipamentos (órteses, próteses e outros) bem como a dispensação destes.
- Verificar atraso no recebimento do benefício/salário repassado pela FUNAP;
- Tratar de assuntos jurídicos sobre o cumprimento da pena;
- Contatar os familiares sobre o depósito de dinheiro a ser repassado aos internos;
- Ler cartas;
- Providenciar documentação pessoal e regularização de CPF além de outros documentos;
- Providências administrativas para certidão de nascimento e registro de paternidade;
- Providenciar insumos, vestuários e regularizar cadastro de visitas;
- Entre outros.

Sem mais para o momento, colocamo-nos à disposição para mais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Equipe de Serviço Social do Centro de Internamento e Reeducação /Papuda-DF

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **“O Serviço Social na Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal”**, de responsabilidade da equipe de pesquisadores: Profa. Dra. Andréia de Oliveira, Profa. Ms. Liliam dos Reis Souza, Prof. Dr. Reginaldo Guiraldelli, professores do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB) e Michelle da Costa Martins (Assistente Social da Secretaria de Saúde do DF). O objetivo desta pesquisa é analisar as atribuições, competências profissionais, desafios, limites, avanços e condições de trabalho dos

Assistentes Sociais inseridos na Atenção Primária em Saúde (APS) no Distrito Federal. Assim, gostaríamos de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa. Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguramos que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários e entrevistas, ficarão sob a guarda dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa. A coleta de dados será realizada por meio de aplicação de questionário online elaborado na plataforma Google (1ª fase) e entrevista semi-estruturada (2ª fase), tendo os Assistentes Sociais da APS do Distrito Federal como sujeitos da pesquisa. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco. Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor entre em contato com o professor Reginaldo Guiraldelli da Universidade de Brasília pelo email: reginaldog@unb.br ou com a estudante/pesquisadora Ana Ketelin Justino Ferreira pelo e-mail: anaketelin@yahoo.com

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas /IH da Universidade de Brasília/UnB. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone geral: (55 61)3107-3300 ou email: cep_ih@unb.br. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Brasília-DF, _____ de _____ de _____.

Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador(a)