



Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Ciências Humanas – IH

Departamento de Serviço Social – SER

ANA PAULA BARBOSA CRUZ

SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE PRISIONAL:

a prática profissional no Distrito Federal

Brasília – DF

2016

ANA PAULA BARBOSA CRUZ

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE PRISIONAL:
a prática profissional no Distrito Federal**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Departamento de Serviço Social – SER da Universidade de Brasília – UnB, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação do Prof. Dr. Reginaldo Guiraldelli.

Brasília – DF

2016

ANA PAULA BARBOSA CRUZ

**SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE PRISIONAL:
a prática profissional no Distrito Federal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Reginaldo Guiraldelli

Professor Orientador – SER/UnB

Prof.^a Dr.^a Andréia de Oliveira

Examinadora Interna - SER/UnB

Michelle da Costa Martins

Examinadora Externa – SES/DF

Brasília – DF, 28 de Novembro de 2016.

Dedico este trabalho aos meus amigos de curso e também da Pesquisa sobre Atenção Primária. E a assistente social Michelle Martins que tanto me ajudou para a realização deste, assim como todos os assistentes sociais da Saúde Prisional.

Agradecimentos

É com imenso prazer que começo a escrever meus agradecimentos, páginas estas que vou poder dedicar a cada um que esteve presente durante toda esta caminhada, que não se iniciou ao ingressar na Universidade de Brasília; mas sim muito antes.

Primeiramente agradeço a Deus, por ter me abençoado e me dado a força que sempre pedia em minhas orações; pois sempre que pensei em desistir fazia minhas preces para que eu tomasse a decisão certa.

Aos meus pais Lúcia Maria e Ailton Cruz por terem me ensinado desde muito pequena a respeitar o próximo, a lutar por tudo aquilo que eu almejava. Obrigada pelo carinho, pela educação e pela atenção especial que sempre me deram. Aos meus irmãos José Guilherme e João Paulo, que mesmo em meio de discussões me ajudaram e apoiaram nas horas que precisava.

Agradeço ao meu namorado, amigo e parceiro Alexandre Lacerda que sempre foi meu cúmplice, que me deu não só as mãos nos momentos mais difíceis que enfrentei, mas me deu também um coração e palavras que sempre me faziam respirar e ter a calma para poder seguir em frente. Obrigada por estar ao meu lado mesmo nas horas de mau humor, principalmente nos momentos em que estava fazendo este Trabalho de Conclusão de Curso; pois ele sabe que não foi fácil. Meu bem, eu te amo para sempre, muito obrigada por viver esse momento de conquista comigo!

Agradeço à minha família que ficaram torcendo e rezando para que tudo ocorresse bem, e que também compartilharam os momentos de aflições que passei durante este percurso de graduação.

Quero agradecer minhas amigas de faculdade, que levarei para resto da vida, Francitania, Jéssica Lorrane, Ana Paula, Alessandra e Valdenise. Vocês estão presentes desde o meu primeiro dia de aula no curso de Serviço Social, vocês compartilharam comigo este caminho que está quase chegando ao fim. Vocês sofreram comigo, choraram e também vivemos momentos de muitas risadas, não posso esquecer dos momentos de entrega de trabalho e de provas que eram momentos que vocês mais

tentavam me acalmar. Valdenise, conhecida como Brilhosa, obrigada por me apoiar e conversar comigo nos meus momentos de surto ao realizar este trabalho.

Também devo agradecer aos meus amigos que estão presentes desde a infância, não vou citar um por um, vocês sabem que são especiais. Obrigada por me ajudarem nas conversas, nas saídas, nas histórias... Vocês são especiais, assim como todos os momentos que coleciono ao lado de vocês. Larissa, Pollyanna e Jéssica, uma amizade que já fez década, eu amo vocês assim como eu amo todas as nossas loucuras!

Não posso deixar de agradecer os professores que tive, obrigada por dedicarem seu tempo, suas sabedorias e por ter me dado a chance de ter uma formação que me fizesse ter orgulho. Destaco aqui meu orientador Dr^o Reginaldo Guiraldelli, que gostei desde a minha primeira aula de Fundamentos Histórico Metodológico do Serviço Social, ele que escutou minhas angústias e me deu conselhos que vão além da faculdade. Obrigada Professor! Agradeço a Dr^a Andréia, professora que me fez encantar ainda mais com a área da saúde. Quero aproveitar e agradecer a assistente social Michelle, a minha primeira supervisora de estágio em Serviço Social, nunca vou esquecer-me da minha primeira experiência com a atuação profissional, da equipe que me acolheu, dos trabalhos realizados e das reuniões que estava presente; pois todas estas experiências contribuíram bastante para minha formação. Aos três – Reginaldo, Andréia e Michelle, obrigada por terem me permitido ingressar na pesquisa “O Serviço Social na Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal”, pesquisa esta que me inspirou a escolher o tema deste trabalho.

Obrigada a todos aqueles que mesmo não mencionados, me permitiram algum aprendizado. Por fim, agradeço a todos que são presentes em minha vida, obrigada por acreditarem em mim.

Muito Obrigada.

“Para se ter sucesso, é necessário amar de verdade o que se faz. Caso contrário, levando em conta apenas o lado racional, você simplesmente desiste. É o que acontece com a maioria das pessoas .”

Steve Jobs

Resumo

Este estudo objetiva analisar a ação profissional dos assistentes sociais no contexto da saúde prisional do Distrito Federal - DF. Para atender ao objetivo da pesquisa, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, e utilizou-se também o método qualitativo de análise de dados, obtidos por meio de entrevistas feitas com quatro assistentes sociais da saúde prisional. O trabalho faz, sobretudo, uma análise da percepção dos profissionais a respeito do tema, entendendo que estes formam a rede que propiciam acesso ao direito à saúde, garantido pela Constituição Federal de 1988 e pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. Foi possível identificar os limites e dificuldades que os profissionais enfrentam em sua prática profissional, ou seja, a relação de contradições presentes no sistema prisional.

Palavras-chave: Serviço Social; Trabalho Profissional; Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde Prisional.

Abstract

This study aims to analyze the professional action of social workers in the context of prisons in the District Federal – DF. In order to meet the objective of the research, a bibliographic research was carried out, and the qualitative method of data analysis, obtained through interviews with four social prison health workers, was also used. The work mainly analyzes the perception of professionals on the subject, understanding that they form the network that provides Access to the right to health, guaranteed by the Federal Constitution of 1988 and the National Health Plan in the Penitentiary System. It was possible to identify the limits and difficulties that professionals face in their Professional practice, that is, the relation of contradictions present in the prison system.

Keywords: Social Service; Professional Work; Health; Primary Health Care; Prison Health.

Lista de Figuras

FIGURA 1: Os atributos e as funções da Atenção Primária à Saúde	44
------------------------------------------------------------------------------	-----------

Lista de Tabela

TABELA 1: Pessoas privadas de liberdade no Brasil em junho de 2014.....	57
TABELA 2: Faixa Etária por Unidade da Federação.....	58
TABELA 3: Número de trabalhadores no sistema prisional, por tipo de cargo...59	
TABELA 4: Profissionais em Atividade no Sistema Prisional em 2014	60
TABELA 5: Perfil dos Assistentes Sociais Entrevistados.....	62
TABELA 6: Equipe Profissional no Sistema Prisional –DF.....	64

Lista de Abreviaturas e Siglas

AIS – Ações Integradas de Saúde

APS – Atenção Primária em Saúde

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CF – Constituição Federal

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

Infopen -Informações Penitenciárias

LEP – Lei de Execução Penal

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSSP – Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário

PSF – Programa Saúde da Família

SES/DF – Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UnB – Universidade de Brasília

Unicef – Fundo das Nações Unidas para Infância

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1. SERVIÇO SOCIAL: FUNDAMENTOS E PROFISSÃO	16
1.1 Contexto Sócio-Histórico do Serviço Social	16
1.2 Questão Social e a Prática Profissional	21
1.3 O Assistente Social como Trabalhador Assalariado	25
1.4 O Serviço Social e a Área da Saúde	27
CAPÍTULO 2. DIREITO À SAÚDE, ESTADO NEOLIBERAL E SISTEMA PRISIONAL	32
2.1 Seguridade Social e a Saúde	32
2.2 A Saúde no contexto do Estado Neoliberal	40
2.3 Atenção Primária em Saúde– APS.....	42
2.4 Breve Contexto do Sistema Prisional no Brasil	46
2.5 Serviço Social e a Saúde Prisional.....	50
CAPÍTULO 3. PERCURSO METODOLÓGICO	52
3.1 A Pesquisa e seus Objetivos.....	52
3.2 Justificativa	53
3.3 Metodologia.....	55
CAPÍTULO 4. RESULTADOS E ANÁLISE DE DADOS	57
4.1 Dados Sobre o Trabalho Profissional.....	63
4.2 Condições de Trabalho	67
4.3 Formação e Qualificação Profissional.....	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS	71

INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso, requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, integra os resultados dos conhecimentos adquiridos durante o processo de formação e participação em um grupo de pesquisa de alunos e professores da Universidade de Brasília. A saúde sempre foi uma temática de meu interesse, então ao participar do grupo de pesquisa, foi possível adentrar ainda mais neste eixo temático, o que fez perceber que além de aprofundar os estudos sobre o serviço social na saúde primária do Distrito Federal, seria possível realizar um projeto com enfoque na saúde prisional.

Essa pesquisa objetivou conhecer o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social no contexto da Atenção Primária em Saúde, com ênfase na prática profissional do assistente social da saúde prisional do Distrito Federal, com o intuito de desvendar seus desafios e limites. A saúde é a área que mais emprega assistentes sociais atualmente no Brasil. No entanto, nela também se encontram diversas dificuldades e limites para a atuação profissional. As questões que motivaram para a realização do estudo foram: *a) Qual a contribuição do Serviço Social na área da saúde prisional e; b) Quais as condições de trabalho no campo da atuação do assistente social no sistema de saúde prisional do Distrito Federal?*

Inicialmente foi feita uma revisão bibliográfica para conhecimento do campo a ser estudado. Foi utilizado como instrumento de pesquisa, inicialmente, um questionário online (elaborado na plataforma *Google*). Para isso, foi realizado contato com a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – SES/DF para obtenção do quantitativo de profissionais (assistentes sociais) inseridos na Atenção Primária em Saúde do DF e também dos contatos eletrônicos para envio do questionário de pesquisa. O método utilizado neste estudo foi o qualitativo, pois o enfoque não foi a representatividade numérica, pois havia uma preocupação com aspectos da realidade que não podem ser quantificados. Após analisar as respostas obtidas por meio do questionário, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 04 (quatro) assistentes sociais que trabalham na saúde prisional do Distrito Federal. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas. Para o desenvolvimento da pesquisa, tanto na aplicação de questionários online, quanto também na realização de entrevistas, foi entregue aos sujeitos da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme

normas estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.466/2012. Vale ressaltar que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (CEP/IH).

O profissional do Serviço social, ao atuar no contexto complexo, tenso e contraditório da saúde prisional, é capaz de não só refletir e discutir, mas de lutar pela consolidação de uma efetiva política pública de saúde. A respeito da atuação profissional do assistente social na saúde prisional no DF, tem-se realizado poucos estudos, mas, no entanto, percebe-se que assim como nas demais localidades, o profissional enfrenta grandes desafios.

Com o intuito de alcançar o objetivo proposto, essa monografia foi organizada em quatro capítulos. O primeiro capítulo apresenta os fundamentos do Serviço Social, com ênfase para sua gênese e profissionalidade. O respectivo capítulo está subdividido em três tópicos, apresentando um breve panorama histórico do Serviço Social, o assistente social como trabalhador assalariado e, por fim, a inserção do Serviço Social na área da saúde.

O segundo capítulo objetiva fazer uma análise sobre o direito à saúde, considerando o contexto marcado pelo Estado neoliberal, tendo como recorte o sistema prisional. Este capítulo está subdividido em cinco tópicos, que retrata o contexto histórico da Seguridade Social, a Atenção Primária em Saúde, considerada a porta de entrada para o sistema de saúde e o sistema prisional.

O capítulo três é destinado ao percurso metodológico desta pesquisa, enfatizando objetivo, questões de partida e justificativa. Nele também está presente o método escolhido, assim como os instrumentais e etapas para a realização do estudo.

O quarto e último capítulo apresenta os resultados aproximados e a análise de dados com base nas entrevistas realizadas e, por fim, apresenta-se as considerações finais.

CAPÍTULO 1. SERVIÇO SOCIAL: FUNDAMENTOS E PROFISSÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso apresenta, neste primeiro capítulo, o contexto sócio-histórico e gênese do Serviço Social até a atualidade, considerando o assistente social um trabalhador da área saúde. Buscou-se neste capítulo transcrever em três tópicos o contexto histórico do Serviço Social, o assistente social como trabalhador assalariado e o Serviço Social na área da saúde.

O primeiro tópico apresenta um breve histórico do Serviço Social, abordando o seu surgimento, além de identificar o objeto do Serviço Social.

O segundo tópico tem como eixo temático o assistente social como trabalhador assalariado, onde o profissional tem sua prática relacionada às tensões da relação contraditória e antagônica entre capital e trabalho. Já o terceiro tópico aborda o Serviço Social e sua inserção na área da saúde.

1.1 Contexto Sócio-Histórico do Serviço Social

O Serviço Social teve sua origem a partir das mudanças sociais e econômicas que foram surgindo no contexto do capitalismo monopolista. Segundo Netto (2006, p. 19), “o capitalismo monopolista recoloca, em patamar mais alto, o sistema totalizante de contradições que confere à ordem burguesa os seus traços basilares de exploração, alienações e transitoriedade histórica”.

Assim, esta profissão surge no trânsito do capitalismo concorrencial para o monopolista, onde frente à agudização da questão social fez-se necessário um profissional que lidasse com as suas expressões (MATOS, 2009, p. 52).

O Serviço Social surgiu como um meio de controle da classe trabalhadora e a legitimação das classes dominantes, e também do Estado. De acordo com Freire e Cândido (2013), a profissão, em sua origem americana, foi denominada de *Social Work* (Trabalho Social) e sua formação se deu por organizações religiosas, principalmente a Igreja Católica Romana, com o argumento de cumprir os seus deveres com os mais pobres.

Com o sistema capitalista, as indústrias chegaram às cidades e assim, a sociedade passou a ser dividida em classes, além de se configurar um novo modo de produção, onde as relações sociais eram dadas pela posse privada de bens. Segundo Faleiros (2001) a classe dominante propagava aos sujeitos a culpa pela sua própria condição, sendo assim, os pobres eram culpados por suas pobreza e também fracassos.

Estado e Igreja vão dividir tarefas: o primeiro impõe a paz política (e com toda a violência necessária), a igreja, ou melhor, as Igrejas (Católica e Protestante) ficam com o aspecto social: trata-se de fazer caridade (ESTEVÃO, 1985, p. 03).

Na sua gênese, o Serviço Social não se tornou imediatamente uma profissão regulamentada, e as “assistentes sociais” eram consideradas damas de caridades; trabalhando de forma voluntária para realizar as atividades que as Igrejas solicitavam. O trabalho realizado se baseava na assistência aos pobres e oprimidos.

A princípio organizada em pequenos bairros, a assistência começou a se expandir e procurou conquistar um espaço na cidade inteira. Até aí a Assistência Social é exercida, em caráter não profissional, como contribuição voluntária daqueles que possuíam bens para aqueles que eram pobres (ESTEVÃO, 1985, p. 03).

Em 1899, o Serviço Social passa a ser uma profissão, e neste ano foi fundada a primeira Escola de Serviço Social, localizada em Amsterdã. Mesmo se tornando uma profissão, os assistentes sociais ainda se baseavam nos pensamentos de que os pobres eram as causas de sua própria situação (SOUSA, 2012).

No século XX, uma assistente social chamada Mary Richmond começou a refletir, segundo Estevão (1985), a respeito do que seria o Serviço Social e como a profissão deveria ser exercida. Ela também foi a primeira que diferenciou a “assistência social” de caridade ou filantropia e o Serviço Social; além de desenvolver o Serviço Social de caso, onde tratava os indivíduos isoladamente.

Já no Brasil, o Serviço Social teve seu início na década de 1930 e segundo Silva e Silva (1995) ele não surgiu isoladamente, e sim em articulação com a história dos processos econômicos das classes e das próprias ciências sociais, como também pelos setores políticos, social e religioso. A primeira Escola de Serviço Social no Brasil foi criada em 1936 em São Paulo, e em 1937 criou-se no Rio de Janeiro o Instituto de Educação Familiar e Social. Segundo Backx (1994) a implantação destas escolas teve uma participação significativa da Igreja. A Igreja Católica, mais uma vez, teve sua

importância neste surgimento, como, por exemplo, sendo responsável pelas agências de formação dos primeiros profissionais do Serviço Social.

O Serviço Social surge num momento em que o modo de produção capitalista define a sociedade em que a Igreja se insere. É também um momento em que a ideologia das classes dominantes não é mais a da Igreja. Não é mais ela quem cria e difunde ideologia dominante. Esta passa a ser produzida e difundida por outras instâncias da Sociedade Civil e Política, que são monopolizadas e controladas pelos grupos e classes que mantêm o monopólio dos meios de produção (IAMAMOTO, 2000, p. 230).

Os assistentes sociais trabalhariam com as ações sociais advindas pelas Igrejas, assim como pelo Estado.

A partir dessa análise, considerando o contexto sócio-econômico, político e cultural, o objeto de intervenção da profissão se configurava a partir da moral, da higiene e da boa conduta, numa perspectiva de manter a ordem advinda das pressões da sociedade que se encontrava em situação de miserabilidade devido a diversos fatores advindos das crises anteriores (FREIRE e CÂNDIDO, 2013, p. 354).

É importante ter em mente, segundo Backx (1994) que entre 1936 e 1947 foram criadas mais de cinco escolas de serviço social; porém estas escolas só foram reconhecidas pelo Governo Federal em 13 de Junho de 1953, por meio da Lei nº 1.899; e a partir de 27 de agosto de 1957, pela Lei nº 3.252, foi regulamentado o exercício da profissão de assistente social no Brasil.

A partir da década 1960, os assistentes sociais passaram a ter uma conduta desenvolvimentista, que de acordo com Estevão (1984) “examinava a posição dos países do chamado Terceiro Mundo em termos de transição de uma sociedade tradicional para uma sociedade moderna. As ideias desenvolvimentistas visavam tirar os países da América Latina do atraso, trazendo-os então para a modernidade capitalista, fazendo um esforço conjunto povo-governo para promover o progresso de cinquenta anos em cinco”.

Ainda segundo Estevão (1985, p. 10):

Assim, na década de 60, o Serviço Social se expande ao assumir as propostas desenvolvimentistas, também em plena expansão nos países latino-americanos; propostas estas levadas a efeito no Brasil pelos governos de Juscelino e Jânio Quadros. Como a sociedade tende a se modernizar, o Serviço Social também se moderniza. As funções profissionais também se expandem. No Brasil falava-se muito em despertar o gigante adormecido que, uma vez acordado, traria a prosperidade, a paz, elevando-se o nível de vida do povo e o produto interno bruto. Para despertar o gigante, é necessário industrializar o

país a toque de caixa. Se para isso é necessário capital estrangeiro, não tem importância. [...] Neste momento, as assistentes sociais se propõem a aceitar o desafio de sua participação no novo Projeto desenvolvimentista, exigem posições e funções, e avaliam as formas para preparar-se para desempenhá-las a contento.

Iamamoto (1997) afirma que o capitalismo monopolista apresentava novas demandas aos assistentes sociais, como mudanças de discursos, métodos de ação e no projeto de prática profissional. Em 1965 os profissionais do Serviço Social começaram a se indagar a respeito da neutralidade e também sobre a importância da criação de novos métodos para o exercício profissional.

No Brasil, o Movimento de Reconceituação do Serviço Social aconteceu entre 1965 -1975 trazendo uma nova perspectiva à profissão, rompendo assim, com as práticas tradicionais que o Serviço Social carregava em si. Segundo NETO (2005, p.131):

Entendemos por renovação o conjunto de características novas, que no marco das restrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições (...), procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de valorização teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais.

Para Iamamoto (2010), o Movimento de Reconceituação é o momento onde há uma negação ao tradicionalismo, o que “implicou um questionamento global da profissão: de seus fundamentos ídeo-teóricos, de suas raízes sociopolíticas, da direção social da prática profissional e de seu *modus operandi*”. Ou seja, o movimento de Reconceituação buscava novos fundamentos teóricos-metodológicos.

A ruptura com a herança conservadora expressa-se como uma procura, uma luta por alcançar novas bases de legitimidade da ação profissional do Assistente Social, que reconhecendo as contradições sociais presentes nas condições do exercício profissional, busca colocar-se, objetivamente, a serviço dos interesses dos usuários, isto é, dos setores dominados da sociedade. Não se reduz a um movimento interno da profissão. Faz parte de um movimento social mais geral, determinado pelo confronto e a relação de forças entre as classes fundamentais da sociedade, o que não exclui a responsabilidade da categoria pelo rumo dado às suas atividades e pela forma de conduzi-las (IAMAMOTO, 1997, p. 37).

É importante saber que neste período, no Brasil, estava implantada a ditadura militar, neste momento havia uma repressão dos setores populares organizados e também os que eram julgados como inimigos do regime militar, ganhando maiores espaços aqueles denominados conservadores (SILVA, 2003).

A intenção de ruptura do Serviço Social tradicional teve início principalmente na Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais na década de 1970, que segundo Melo (2003), foi a responsável pelo Método BH (Belo Horizonte). E o primeiro Momento de Reconceituação do Serviço Social foi marcado pelo encontro de Araxá em 1967, onde tinha como eixo a mudança da conservação do Serviço Social tradicional sobre as novas bases, marcado pelo caráter sociotécnico; e também o encontro de Teresópolis marcado pela operacionalidade do Serviço Social, cujo eixo temático era o moderno se sobrepondo ao tradicional.

Em seguida aconteceram os encontros de Sumaré, em 1978 e Alto da Boa Vista em 1984, que segundo Netto (2005, p. 195) apresentavam “uma perspectiva modernizadora assim como estão, para o seu momento ascendente, os documentos de Araxá e Teresópolis”. O documento de Araxá aconteceu de 19 a 26 de março de 1967, enquanto o documento de Teresópolis foi realizado em 1970 no Rio de Janeiro.

O Movimento de Reconceituação buscava traçar um perfil profissional crítico, e foi entre as décadas de 1980 e 1990 que o assistente social se aproxima com maior ênfase dos movimentos sociais, no terreno das lutas de classes, pois no período ditatorial isto fica obscurecido.

[...] o novo perfil que se busca construir é de um profissional afinado com as análises dos processos sociais, tanto em suas dimensões macroscópicas quanto em suas manifestações quotidianas; um profissional [...] capaz de moldar os rumos de sua história (IAMAMOTO, 1997, p.48).

Os profissionais, por meio de pesquisas, buscavam fundamentar a profissão, fazendo com que o Serviço Social fosse reconhecido entre os órgãos gestores de conhecimento (SILVA, 2003). Segundo Netto (2005), o Serviço Social passa a assumir compromisso com os interesses da população, preocupado com a qualificação acadêmica e com a interlocução com as ciências sociais e investindo fortemente na pesquisa.

1.2 Questão Social e a Prática Profissional

Segundo Iamamoto (2000) “o Serviço Social tem na *questão social* a base de sua fundação como especialização do trabalho”. Esta concepção está diretamente relacionada ao modo capitalista de produção, ou seja, à contradição entre o trabalho e o capital.

A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão (CARVALHO e IAMAMOTO, 1997, p. 77).

Analisar a categoria questão social é fazer uma análise sob a perspectiva da situação cuja maioria da população se encontra, dando ênfase nas diferenças existentes entre os trabalhadores e capitalistas, buscando superar estas mesmas diferenças. O que é perceptível da questão social são as suas expressões como o desemprego, a violência, a exclusão social, entre outros.

Neste terreno contraditório entre a lógica do capital e a lógica do trabalho, a questão social representa não só as desigualdades, mas, também, o processo de resistência e luta dos trabalhadores. Por isto ela é uma categoria que reflete a luta dos trabalhadores, da população excluída e subalternizada, na luta pelos seus direitos econômicos, sociais, políticos, culturais. E é aí, também, que reside as transformações históricas da concepção de questão social. O avanço das organizações dos trabalhadores e das populações subalternizadas coloca em novos patamares a concepção de questão social. Se, no período ditatorial brasileiro pós-64 a luta prioritária era romper com a dominação política, hoje a luta é pela consolidação da democracia e pelos direitos de cidadania (MACHADO, 1999, p. 43).

Inicialmente o Serviço Social tinha sua prática profissional voltada para o enfrentamento da questão social como mecanismo da Igreja, conduzida por uma perspectiva filantrópica e caritativa. No entanto, há um momento em que a Igreja não consegue enfrentar a questão social, e então o Estado começa a intervir “no modo como a questão social era tratada com políticas de proteção social e a demandar profissionais habilitados para amenizar as seqüelas da questão social” (RODRIGUES, et al, 2014).

Sobre o objeto do Serviço Social, Iamamoto (1997, p. 14) salienta:

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo

desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade.

Netto (2001) explicita em sua obra a existência de cinco situações que são relevantes para a “questão social”. A primeira situação é de que a “questão social” aparece para tentar resolver o pauperismo advindo da primeira onda industrializante. Já o segundo momento colocado pelo autor é que a expressão “questão social” passa a ter um caráter do pensamento conservador, sendo ela de urgência para a manutenção assim como defesa dos burgueses; “assim, para ambos, a questão social é objeto de ação moralizadora, o enfrentamento de suas manifestações deve ser função de um programa de reformas que preserve a propriedade privada dos meios de produção” (TOMAZ 2013, p. 3).

O terceiro momento, Netto (2001) afirma que somente em 1867, a partir do livro “O capital” de Marx, houve uma compreensão a respeito do modo de produção do capital, e conseqüente o entendimento sobre a questão social, pois para Marx ela era determinada pela relação capital e trabalho. O quarto momento é o período do Welfare State, conhecido como o período dos 30 anos gloriosos, em que “a questão social e suas manifestações pareciam remeter-se ao passado, e apenas os marxistas insistiam em assinalar que as melhorias das condições de vida dos trabalhadores não alteravam a essência exploradora do capitalismo. Já a partir da década de 1970, com o esgotamento da onda longa expansiva, o capitalismo mostrou que não havia nenhum compromisso social, e a intelectualidade acadêmica descobriu uma nova questão social.” (TOMAZ, 2013, p. 4).

E assim, no quinto momento, Netto (2001) afirma que não existe uma “nova questão social”, já que as expressões da questão social são decorrentes da ordem do capitalismo. Iamamoto (2010) salienta que se trata de uma “velha questão social”, porém que na contemporaneidade ela se reproduz em novas mediações históricas, e se apropriando (ao mesmo tempo) de novas expressões, sejam elas de todas as dimensões da vida em sociedade.

A profissionalização do Serviço Social acontece por meio da estruturação de um espaço sócio-ocupacional estabelecido por uma dinâmica contraditória que surge no

sistema estatal em suas relações com as classes sociais, transformando assim as sequelas da questão social em objeto de intervenção.

Instaura-se, assim, um lugar específico do Serviço Social na divisão social e técnica do trabalho, por meio da constituição de um mercado de trabalho que passa a requisitar agentes habilitados para a formulação e implementação das políticas sociais, entre os quais o assistente social (RAICHELIS, 2009, p.3).

O Serviço Social é colocado como uma profissão que se insere na divisão social e técnica do trabalho coletivo da sociedade, e segundo Iamamoto e Carvalho (2001) ocorrem mudanças no interior destas estruturas constantemente, cabendo aos assistentes sociais um aprendizado nos processos macroscópicos que atravessa todas as especializações do trabalho. A prática profissional do Serviço Social pode ser compreendida por:

[...] competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender seu campo de trabalho, suas qualificações e atribuições profissionais [que vá] além das rotinas institucionais para buscar apreender, no movimento da realidade, as tendências e possibilidades, ali presentes, passíveis de serem apropriadas [...], desenvolvidas e transformadas em projetos de trabalho (IAMAMOTO, 2005, p. 21).

Após o Movimento de Reconceituação, o Serviço Social se desenvolveu, podendo assim definir a sua linha de atuação, ou seja, o exercício profissional não se baseava na reprodução das relações vigentes.

Os assistentes sociais ingressam nos anos 90, como uma categoria que também é pesquisadora, reconhecida como tal, pelas agências de fomento. Por outro lado amadureceram suas formas de representação acadêmica e profissional reconhecido e legitimado pela categoria. Um amplo debate em torno das políticas sociais públicas, em especial da assistência social, situada no campo dos direitos sociais, na teia das relações entre o Estado e a sociedade Civil, contribuiu para adensar o debate sobre identidade desse profissional, fortalecendo o seu auto reconhecimento (IAMAMOTO, 1997, p. 33).

Em 1993 o Código de Ética do Serviço Social foi atualizado e essa reformulação foi feita após um debate com o conjunto da categoria, aprovando então a quinta versão do Código de Ética, sendo instituída pela Resolução 273/93 do CFESS.

Os assistentes sociais devem dispor de competências para atuar na esfera da formulação e avaliação de políticas, assim como no planejamento e gestão, inscritos em equipes interdisciplinares que tencionam a identidade profissional, devem também ampliar seu espaço-ocupacional para atividades relacionadas a implantação e orientação de conselhos de políticas públicas, à capacitação de conselheiros, a elaboração de planos de assistência social,

acompanhamento e avaliação de programas e projetos. Tais inserções são acompanhadas de novas exigências de qualificação, tais como o domínio de conhecimento para realizar diagnósticos sócio-econômicos de municípios e para a leitura e análise dos orçamentos públicos, identificando recursos disponíveis para projetar ações; o domínio do processo de planejamento, a competência no gerenciamento e avaliação de programas e projetos sociais, a capacidade de negociação, o conhecimento e o Know-How na área de recursos humanos e relação no trabalho, entre outros. Somam-se possibilidades de trabalho nos níveis de assessoria e consultoria para profissionais mais experientes e altamente qualificados em determinadas áreas de especialização. Registram-se ainda requisições no campo da pesquisa, de estudos e planejamentos, dentre inúmeras outras funções (CFESS 2002,p.37).

Para Netto (1999), “o Código de Ética Profissional de 1993 é um momento basilar do processo de construção do projeto ético-político do Serviço Social no Brasil”. O projeto Ético Político do Serviço Social foi sendo construído no período de transição entre os anos de 1970 a 1980, período que os brasileiros vivenciavam o processo de redemocratização, buscando superar o conservadorismo presente no Serviço Social.

Este período marca um momento importante no desenvolvimento do Serviço Social no Brasil, vincado especialmente pelo enfrentamento e pela denúncia do conservadorismo profissional. É neste processo de recusa e crítica do conservadorismo que se encontram as raízes de um projeto profissional novo, precisamente as bases do que se está denominando *projeto ético-político* (NETTO, 1999, p. 141).

Conforme Barroco (2008, p. 168),

No contexto da reorganização política da sociedade civil, em defesa da democratização e da ampliação dos direitos civis e sócio - políticos, os valores ético-políticos inscritos no projeto profissional de ruptura adquirem materialidade, o que se evidencia na organização política da categoria, na explicitação de ruptura com o tradicionalismo profissional e no amadurecimento da reflexão de bases marxistas.

Este projeto está diretamente associado ao projeto de transformação da sociedade, que ocorre devido à própria exigência que a dimensão política da intervenção põe (TEXEIRA e BRAZ, 2009, p. 189).

Para Ramos (2009) a concretização da profissão do Serviço Social, assim como a do Projeto ético-político necessita da mobilização dos profissionais, para além de defender, legitimar os princípios éticos do Serviço Social.

O projeto tem como princípio o reconhecimento da liberdade como valor central, vinculado a um projeto societário que visa o surgimento de uma nova ordem social, sendo a favor da equidade, assim como da justiça social. Para Netto (1999), o projeto é

radicalmente democrático, sendo a democratização uma socialização da participação política e socialização da riqueza que é produzida socialmente.

[...] o projeto prioriza uma *nova relação* com os usuários dos serviços oferecidos pelos assistentes sociais: é seu componente elementar o *compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população*, aí incluída a *publicidade* dos recursos institucionais, instrumento indispensável para a sua democratização e universalização e, sobretudo, para abrir as decisões institucionais à *participação dos usuários* (NETTO, 1999, p. 166).

Ainda segundo Netto (1999), o projeto mostra que só haverá desempenho ético-político se os profissionais se articularem com outras categorias profissionais que compartilham ideias com objetivos comum, e também se articular com movimentos que apoiem a luta dos trabalhadores.

1.3 O Assistente Social como Trabalhador Assalariado

O Serviço Social é reconhecido como profissão, considerando sua ocupação em um espaço sócio-ocupacional assegurado pela ampliação de serviços prestados pelo Estado, órgão que mais emprega a categoria no enfrentamento, assim como na resposta à questão social (SOUZA, 2012).

A partir disso, o Serviço Social é regulamentado como uma profissão liberal, onde as instituições compram a força de trabalho do profissional, em troca de salário, para que o mesmo realize seu serviço.

O Serviço Social foi regulamentado historicamente como profissão liberal, o seu exercício se realiza mediatizado por instituições públicas e privadas, tensionado pelas contradições que atravessam as classes sociais na sociedade do capital e pela condição de trabalhador assalariado, cuja atividade é submetida a normas próprias que regulam as relações de trabalho (RAICHELIS, 2011, p. 427).

Para Iamamoto,

[...] ao vender sua força de trabalho em troca de salário o profissional entrega o seu valor de uso, ou o direito de consumi-lo durante a jornada estabelecida [...] é no limite dessas condições que se materializa a autonomia do profissional na condução de suas ações (na definição de prioridades e das formas de execução), decorrente da natureza de seu tipo de especialização, uma vez que atua junto a indivíduos sociais (2015, p. 101).

Pode-se dizer que o profissional atua em uma complexa relação, pois sua ação profissional está relacionada às relações adversas entre o capital e o trabalho.

Pela estruturação da própria sociedade na qual o assistente social intervém, pela dinâmica, interesses, objetivos, metas, finalidades das instituições (sejam públicas ou privadas), lócus do trabalho profissional, os limites da intervenção profissional ficam evidentes. De outro lado, a profissão também recebe um mandato das classes subalternizadas que reclamam o atendimento de suas necessidades, resultado do seu nível de organização social, o que faz com que as instituições sociais (contratantes dos assistentes sociais) incorporem, em alguma medida, tais necessidades e as tome como demandas institucionais a serem atendidas pelo assistente social e outros técnicos (GUERRA, 2009, p. 3).

Para Raichelis (2011), as instituições, empregadoras dos assistentes sociais, são quem definem o objeto da ação profissional, são elas quem oferecem o suporte material e financeiro, fato que acaba limitando a prática profissional.

Os assistentes sociais, segundo Guerra (2009), ao atuar principalmente na execução de políticas sociais, têm em seus espaços sócio-ocupacionais, condições e relações profissionais formada pelo padrão de política social hegemônico, ou seja, um padrão que pode potencializar ou limitar a ação profissional do assistente social.

A própria implementação das políticas sociais também é um jogo complexo de conflitos e tensões, que envolve diferentes protagonistas, interesses, projetos e estratégias, onde são requisitadas a presença e a intervenção de diferentes categorias profissionais, que disputam espaços de reconhecimento e poder no interior do aparelho institucional (RAICHELIS, 2010, p. 755).

O mundo do trabalho vivencia mudanças cotidianas, o que acaba afetando a prática profissional do assistente social, dado o cenário de crise do capitalismo, onde não só o país mas também o mundo, está vivenciando, as instituições enviam suas demandas ao Serviço Social cada vez mais com conteúdos liberais e conservadores, e deste modo também solicitam respostas com mesmo padrão. Segundo Guerra (2009) é “possível que o assistente social a enfrente, superando a mera ação de responder instrumentalmente às demandas da instituição”.

Diante disso, é necessário que o assistente social se perceba histórica e criticamente dentro desta dupla função, pois isso lhe permite, no fazer profissional, uma reorientação ético-político, teórico-metodológica e técnica-operativa, tendo em vista os interesses e necessidades da classe trabalhadora, que pode contribuir, inclusive, para sua legitimação e o fortalecimento dos trabalhadores na luta de classes (SOUZA, 2012, p. 6)

Para Yamamoto e Carvalho (2001) o assistente social se compromete tanto com os mecanismos de dominação e exploração, como se compromete também a dar respostas às necessidades de sobrevivência da classe trabalhadora, evidenciando as contradições presentes na profissão.

1.4 O Serviço Social e a Área da Saúde

A atuação do Serviço Social na área da saúde teve seu início no contexto curativo, e com tratamento baseado no Serviço Social de caso, ou seja, individualmente. O Serviço Social como uma profissão da saúde ainda é recente para muitos, mas o trabalho dos profissionais de Serviço Social apresenta demandas na área da saúde desde a década de 1940. No Brasil, os profissionais que atuavam na área da saúde, mas que não eram formados em medicina eram conhecidos como “paramédicos” e sua atuação era delegada pelos médicos.

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 identificado, em conjunto com outros profissionais, como aquele que podia contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico (MATOS, 2009, p. 53).

Para Bravo e Matos (2006) foi no período entre 1930 e 1979 que o Serviço Social começou a ter espaço na saúde, tendo influência européia, mas foi em 1945, segundo os autores, que os assistentes sociais tiveram sua prática profissional ampliada na área da saúde.

Uma das condições que contribuíram para a ampliação do Serviço Social na saúde foi a elaboração de um novo conceito para a saúde no debate da Reforma Sanitária que também representou a formulação de proposta de reorientação do sistema de saúde, que ocorreu em 1948. Nela estava presente os aspectos biopsicossociais, e a partir de então sendo necessário demais profissionais que pudessem atuar no setor (trabalho em equipe multidisciplinar), como por exemplo, os assistentes sociais. Os profissionais do Serviço Social realizavam atividades relacionadas aos hábitos de higiene e saúde, atuando também nos programas estabelecidos pelas normatizações da política de saúde.

Saúde não é simplesmente não estar doente, é mais: é um bem-estar social, é o direito ao trabalho, a um salário condigno; é o direito a ter água, à vestimenta, à educação, e até, a informação sobre como se pode dominar o mundo e transformá-lo. É ter direito a um meio ambiente que não seja agressivo, mas que, pelo contrário, permita a

existência de uma vida digna e decente; a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e de autodeterminação de um povo. É não estar todo tempo submetido ao medo da violência, tanto daquela violência resultante da miséria, que é o roubo, o ataque, como a violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos os interesses que não sejam os do povo (AROUCA, 1987, p. 36).

Para Bravo e Matos (2006, p. 3),

[...] solução racionalizadora encontrada – que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social.

Segundo os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde do CFESS:

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais (2009, p. 19)

Outro determinante para a inserção do assistente social na saúde foi a “consolidação da Política Nacional de Saúde no país com ampliação dos gastos com a assistência médica, pela previdência social”(BRAVO e MATOS, 2006, p. 3). Os profissionais trabalhavam nos hospitais, atuando entre a instituição e os usuários, com o intuito de proporcionar o acesso dos mesmos aos serviços e também direitos.

Diante as transformações enfrentadas pelo Serviço Social, após 1964, a profissão também teve a necessidade de se renovar, intervindo principalmente na assistência médica previdenciária. Na década de 1980, a partir do movimento na saúde coletiva, que também ocorre com o Serviço Social em sua fase de renovação, houve a ampliação do debate teórico, como também, a incorporação de eixos temáticos sobre o Estado e as políticas sociais (BRAVO e MATOS, 2004, p. 6).A Reforma Sanitária tinha cunho social, e buscava a criação de um novo modelo de saúde. Este movimento contribuiu para os avanços realizados no campo da saúde, entre eles a construção do SUS (LIMA, et al, 2011).

No entanto, é importante ter conhecimento que foi na 8ª Conferencia Nacional de Saúde, que aconteceu em Brasília no ano de 1986, que foi possível realizar as

propostas de atuação para a saúde, podendo então ser considerada como fato importante para as conquistas alcançadas na área da saúde (SILVA e MELO, 2011).

Em 1988, com a promulgação da nova Constituição Federal, a saúde passou a ser considerada um direito social, fazendo parte da tríade da Política de Seguridade Social – Saúde, Assistência Social e Previdência Social.

No que tange ao modelo de proteção social, a Constituição Federal de 1988 é uma das mais progressistas, onde a saúde, conjuntamente com a Assistência Social e a Previdência Social, integra a Seguridade Social. À saúde coube cinco artigos (Arts. 196-200) e nestes está inscrito que ela é um direito de todos e dever do Estado, e a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único. (BRAVO e MATOS, 2006).

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

Para Bravo (2006), a prática profissional do Serviço Social deve caminhar junto dos fundamentos da Reforma Sanitária e do Projeto Ético Político da profissão, podendo assim, permitir respostas qualificadas à população usuária.

De acordo com o CFESS (2009) a prática profissional do assistente social na área da saúde acontece por meio da compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões.

De acordo com os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, a prática profissional deve ser guiada por “uma proposta que vise o enfrentamento das expressões da questão social que repercutem nos diversos níveis de complexidade da saúde, desde atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta densidade tecnológica” (CFESS, 2009, p. 36).

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas aquisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários (BRAVO e MATOS, 2006, p.17).

Ainda para Bravo e Matos (2006, p. 18) pensar uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da Saúde, é:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.

O Conselho Federal de Serviço Social informa em seu documento as atribuições e competências colocadas ao Serviço Social na área da saúde. É apontada a importância de fortalecer o Projeto Ético-Político e também a consolidação do SUS; além de favorecer as políticas públicas e garantir os direitos sociais.

Kruger (2010, p. 142) salienta que “é imprescindível que a ação profissional esteja sustentada no conhecimento da realidade dos serviços e das necessidades dos sujeitos para as quais são destinadas”.

Na saúde, o Serviço social é reconhecido tanto no plano legal, como também por meio da legitimação social de suas práticas profissionais. Atualmente o conceito de saúde colocado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades”. Para que o Serviço Social se consolide como uma profissão pertencente a área da saúde, Miotto e Nogueira (2009) salientam a relevância em conseguir articular o conhecimento em conjunto com a prática profissional, com intuito de “adensar os nexos argumentativos no trato das necessidades sociais em saúde, direito a saúde e produção da saúde.”

A objetivação do trabalho do assistente social, na área da saúde pública, é composta por uma grande diversidade e volume de tarefas que evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com uma gama heterogênea de demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde, bem como das contradições internas e externas ao sistema de saúde (COSTA, 2009, p. 38).

A prática profissional do assistente social na saúde tem seu reconhecimento pelo Conselho Nacional de Saúde, entre as demais categorias, como profissional de nível superior de saúde – presente na Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. No Conselho Federal de Serviço Social, a atuação foi caracterizada pela resolução nº 383 de 29 de março de 1999, mesmo não sendo específica da saúde.

A interação dos assistentes sociais com a equipe de saúde fez com que houvesse debates e reflexões que anteriormente foram esquecidas, devido uma visão voltada para práticas biomédicas, curativas e individuais (KRUGER, 2010).

Segundo a mesma autora:

Para tratar destes temas que fogem as tradicionais demandas e relações de trabalho médico-centradas, o assistente social, por sua formação com base nas Ciências Sociais e também se utilizando de indicadores socioeconômicos e epidemiológicos, pode ser um articulador deste debate, conseguindo indicar reflexões e formas de atendimento numa perspectiva de totalidade (KRUGER, 2010, p. 141).

No Brasil, a maior parte dos assistentes sociais são funcionários públicos atuando nas áreas de planejamento e execução de políticas sociais. Segundo Kruger (2010) a saúde é o maior empregador dos profissionais do Serviço Social. Ao atuar na saúde, os assistentes sociais trabalham na Atenção Primária em Saúde, como os Centros de Saúde, e também Saúde Prisional; sendo este último o enfoque para a realização deste Trabalho de Conclusão de Curso. A saúde prisional será abordada com maiores detalhes no próximo capítulo.

CAPÍTULO 2. DIREITO À SAÚDE, ESTADO NEOLIBERAL E SISTEMA PRISIONAL

O segundo capítulo consiste em três tópicos. O primeiro tópico relata o contexto histórico da seguridade social, as alterações no contexto da política de saúde, desde as lutas por direitos e melhorias até o retrocesso desta política, que na Constituição Federal é dada como direito a todos os cidadãos, mas que acabou retrocedendo e se tornando uma mercadoria no contexto do Estado neoliberal.

O trabalho aborda, no segundo tópico, a Atenção Primária em Saúde, considerada porta de entrada para o sistema de saúde, evidenciando seus atributos, assim como suas funções. Para finalizar este tópico foram apresentados alguns dados referentes à APS no Distrito Federal.

O sistema prisional brasileiro é retratado no terceiro tópico, inicialmente fazendo um breve contexto histórico do sistema prisional brasileiro, e posteriormente adentrando na política de saúde do sistema prisional. Ainda no terceiro tópico é feita uma associação entre o Serviço Social e a saúde prisional, mostrando a atuação profissional nesta área.

2.1 Seguridade Social e a Saúde

Na década de 1970 as lutas por saúde adquiriram conseqüências significativas para a política de saúde. Neste período de ditadura civil-militar, segundo Costa (2007), a assistência à saúde tinha caráter curativo, centralizador e excludente, já que para ter acesso a este serviço era necessário comprovar um vínculo empregatício, ou seja, a carteira de trabalho assinada pelo empregador.

As precárias condições de vida das camadas populares e os problemas de saúde decorrentes dessas condições tornaram-se alvo da intervenção de agentes sociais nas comunidades; sua motivação básica dizia respeito ao precário nível de atendimento médico (filas enormes se formavam), a concentração do atendimento em hospitais, a falta de acesso a remédios e tecnologia, enfim, à insatisfação com o modelo assistencial à saúde naquele período - embora não tenha sido assim explicitado. Na tentativa de superar as deficiências do modelo, surgiram várias experiências vinculadas a Secretarias de Saúde, à Igreja Católica (via dioceses), às entidades de classe e a outros organismos (COSTA, 2007, p. 86).

Algumas propostas foram oferecidas para a população como alternativas ao serviço de saúde. Uma destas alternativas foi a medicina comunitária ou também conhecida por “Cuidados Primários de Saúde”; a mesma foi aprovada pela Conferência de Alma-Ata que aconteceu em 1978.

Desde o início, porém, essa proposta foi alvo de uma polarização de debates. Havia os que destacavam os aspectos de simplificação e racionalização, caracterizando a medicina comunitária como ‘medicina pobre para os pobres’, e havia aqueles que viam a proposta como uma estratégia racionalizadora, importando-se com o acesso de toda a população aos reais avanços tecnológicos na saúde. No Brasil, no final da década de 1970, essa proposta foi encarada por grupos de oposição ao governo militar como estratégia para redemocratizar a política e levar assistência à saúde à população em geral. (JUNIOR e ALVES, 2007, p. 4).

A Conferência de Alma-Ata foi a primeira conferência internacional para tratar os cuidados primários de saúde. Ela foi realizada em 1978 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Nesta conferência foi proposta uma meta entre os países participantes, cujo objetivo era atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000. (MATTA e MOROSINI, 2016).¹

A Declaração de Alma-Ata foi assinada por 134 países e apresentava como definição dos cuidados primários de saúde:

VI) Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (DECLARAÇÃO DE ALMA ATA).²

Já em 1986, o Ministério da Saúde realizou a VIII Conferência Nacional de Saúde, e tinha como tema a “Saúde, Dever do Estado e Direito do Cidadão”, que

¹ Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau>>. Acesso em: 21 de outubro de 2016.

² Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wpcontent/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 18 de outubro de 2016.

consistia em uma reformulação do Sistema Nacional de Saúde. Ela é considerada como um marco do processo de democratização da saúde. Segundo Costa (2007, p. 91), “Essa conferência cumpriu o papel de mobilizador das energias sociais para a formulação de uma nova Política Nacional de Saúde, fomentando o debate que amadureceu em seguida, sob a forma de emendas populares à Constituição Federal.”

A Reforma Sanitária brasileira almejava uma nova concepção de saúde, e tinha como perspectiva a saúde como condições de vida dos indivíduos, resultando em saúde como responsabilidade do conjunto das intuições governamentais. Assim começaram a desenvolver os princípios que guiam o Sistema Único de Saúde (SUS), que posteriormente foram incorporados como sistema de saúde na Constituição Federal de 1988, dentro do capítulo de Seguridade Social.

Como é colocado por Boschetti (2009), um dos pilares para a estrutura da seguridade social é ter uma organização com base na lógica do Seguro Social, e é esta lógica que permeia os direitos da previdência social em quase todos os países.

No Brasil, a lógica do seguro estruturou e estabeleceu os critérios de acesso da previdência e da saúde desde a década de 1923 até a Constituição de 1988. O princípio dessa lógica é garantir proteção, às vezes exclusivamente, e às vezes prioritariamente, ao trabalhador e à sua família (BOSCHETTI, 2009, p. 3).

Deste modo, os direitos da Seguridade Social eram destinados para os “segurados” e seus dependentes, já que estes direitos eram derivados do direito do trabalho. Mas para isso, é necessário contribuir mensalmente. É importante ressaltar que o benefício tem valor proporcional à contribuição feita. Ainda segundo Boschetti (2009, p. 4), “essa é a característica básica da previdência social no Brasil, que assegura aposentadorias, pensões, salário-família, auxílio doença e outros benefícios somente aos contribuintes e seus familiares”.

No Brasil, além da Seguridade Social ser destinada apenas para trabalhadores assalariados até o início do ano de 1985, as primeiras leis voltadas para a previdência social, tinha como marco a Lei Eloy Chaves, que se baseava em direitos designados somente para empregados de empresas ferroviárias por meio das CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões), cujo financiamento era entre a empresa e o trabalhador; posteriormente as CAPs foram existindo nas demais empresas. “A assistência social manteve-se, ao longo da história, como uma ação pública desprovida de reconhecimento legal como direito, mas associada institucionalmente e financeiramente à previdência social” (BOSCHETTI, 2009, p. 8).

Foi em 1988, com a Constituição Federal, que as políticas de saúde, previdência e assistência social passaram a se integrar e fazer parte do sistema de Seguridade Social do Brasil, diferenciando estas políticas entre direitos do trabalho e direito da Seguridade Social.

Apesar de ter um caráter inovador e intencionar compor um sistema amplo de proteção social, a seguridade social acabou se caracterizando como um sistema híbrido, que conjuga direitos derivados e dependentes do trabalho (previdência) com direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência)(BOSCHETTI, 2009, p. 8).

A seguridade social, fruto do constitucionalismo social que conferiu dignidade constitucional à questão social, é o instrumento utilizado pelo Estado para realizar o bem-estar e a justiça social, o que somente será realidade quando todos tiverem acesso a um padrão mínimo. Por isso, o princípio da universalidade é intrínseco à seguridade, na medida em que cabe ao Estado e à sociedade garantir a todos o mínimo necessário. (PIERDONÁ).³

A Seguridade Social está prevista na Constituição Federal de 1988, no Art. 194, que diz:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I - universalidade da cobertura e do atendimento;
- II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV - irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V - equidade na forma de participação no custeio;
- VI - diversidade da base de financiamento;
- VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados

Para Boschetti e Salvador (2009, p. 52):

A seguridade social, na definição constitucional brasileira, é um conjunto integrado de ações do Estado e da sociedade voltadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, incluindo também a proteção ao trabalhador desempregado, via seguro-desemprego. Pela lei, o financiamento da seguridade social

³ Disponível em: < <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/16475-16476-1-PB.pdf>>. Acesso em 18 de outubro de 2016.

compreende, além das contribuições previdenciárias, também recursos orçamentários destinados a este fim e organizados em um único orçamento.

Ao instaurar a política neoliberal, em 1990, o cenário brasileiro não se tornou favorável para a implementação da Seguridade Social proposta pela Constituição Federal de 1988. Sendo assim, a Seguridade Social se submeteu ao ajuste neoliberal, que tinha como objetivo adaptar o Brasil à economia internacional. Logo, os direitos foram perdendo a sua identidade, foi acentuando a separação do público e o privado e expandindo o assistencialismo (MOURA, 2013).

Há uma tendência de privatização das políticas de saúde e previdência, em contrapartida a expansão da assistência social, que nessas circunstâncias assume papel central na proteção social brasileira na atualidade (MOURA, 2013, p. 481-482).

A Seguridade Social brasileira apresenta duas influências, segundo Boschetti (2009): o modelo alemão bismarckiano, cujo sistema de seguro é para trabalhadores mediante contribuição. E o modelo inglês beveridgiano, que tem como objetivo o enfrentamento da pobreza, restringindo a previdência aos trabalhadores que contribuem, universalizando a saúde e limitando o direito ao acesso à previdência social aos seus contribuintes e o direito a assistência social a quem dela necessitar. “A Seguridade Social brasileira fica entre o seguro e a assistência social, pois, a previdência social é influenciada pelo modelo bismarckiano, enquanto que a saúde e a assistência social sofrem influência do modelo beveridgiano” (MOURA, 2013, p. 486).

Outra característica da Seguridade Social brasileira são as particularidades de cada política presente dentro desta seguridade, além de atender grupos sociais distintos. Ou seja, a Seguridade Social brasileira não atende toda a sociedade, pois cada política, seja ela saúde, previdência ou assistência tem objetivos diferentes. A assistência e a previdência têm usuários específicos, ou seja, são restritivas e seletivas. A política de previdência é para aqueles que estão inseridos no mercado de trabalho formal; a assistência social é destinada para aqueles que dela necessitarem; já a política de saúde tem caráter universal.

Na perspectiva do neoliberalismo, houve discursos que tinham como objetivo afirmar que as reformas iriam proporcionar avanços econômicos e sociais no país; porém ao contrário do que se acreditava, estas reformas acabaram trazendo conseqüências, fragmentando a Seguridade Social.

Para Boschetti (2009), as contrarreformas manifestam o desmonte dos direitos garantidos pela constituição. As diversas contrarreformas, por exemplo, as de 1998, 2002 e 2003, que ocorreram na previdência restringiu os direitos, reforçou a lógica do seguro, reduziram o valor dos benefícios, dentre outros. Na saúde, a efetivação dos princípios do SUS (Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde) tem sido um desafio cotidiano, considerando os fortes ataques aos direitos sociais e mercantilização das políticas públicas na atualidade. Já na política de assistência social, segundo a autora, ela não conseguiu superar o histórico de focalização e seleção, demonstrando a tendência para uma política de transferência de renda.

É notória a falta de medicamento, ausência de condições de trabalho, de orçamento e de capacidade de absorção das demandas, o que se evidencia nas longas filas de espera por uma consulta ou internação (BOSCHETTI, 2009, p. 13)

Sua abrangência é restritiva e os benefícios, serviços e programas não atingem mais do que 25% da população que teria direito, com exceção do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e do bolsa-família, que vêm crescendo rapidamente nos últimos anos, revelando sua tendência de política de transferência de renda (BOSCHETTI, 2009, p.13)

Percebe-se então que, no Brasil, não houve a efetivação da Seguridade Social, pois a mesma continua “sendo alvo de medidas que colocam a Seguridade Social, em uma posição de submissão aos interesses econômicos [...] Esse fato ocorre por conta dos governos brasileiros do período pós-constitucional terem como objetivo central, adequar o país ao ajuste neoliberal, característico do capitalismo contemporâneo” (MOURA, 2013, p. 492).

A seguridade social é um sistema de proteção composto por saúde, previdência e assistência social. É de suma importância ao abordar a Seguridade Social distinguir as políticas de “assistência social” e “previdência social”.

A previdência social, diferentemente das demais políticas da seguridade, ela demanda de uma contribuição para que os beneficiários tenham o direito à proteção social; ela tem como objetivo proteger o trabalhador que está com incapacidade laboral.

Em razão da característica “contributividade” relacionada ao direito à previdência, os trabalhadores devem contribuir independentemente da forma como o serviço é prestado, pois para ter acesso à proteção previdenciária, há a necessidade de contraprestação por parte do segurado (PIERDONÁ, 2007, p.15).

De acordo com o Art. 201 da Constituição Federal de 1988:

Art. 201. A previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei, a:

I - cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada;

II - proteção à maternidade, especialmente à gestante;

III - proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário;

IV - salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda;

V - pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, observado o disposto no § 2º.

§ 1º É vedada a adoção de requisitos e critérios diferenciados para a concessão de aposentadoria aos beneficiários do regime geral de previdência social, ressalvados os casos de atividades exercidas sob condições especiais que prejudiquem a saúde ou a integridade física e quando se tratar de segurados portadores de deficiência, nos termos definidos em lei complementar.

§ 2º Nenhum benefício que substitua o salário de contribuição ou o rendimento do trabalho do segurado terá valor mensal inferior ao salário mínimo.

§ 3º Todos os salários de contribuição considerados para o cálculo de benefício serão devidamente atualizados, na forma da lei.

§ 4º É assegurado o reajustamento dos benefícios para preservar-lhes, em caráter permanente, o valor real, conforme critérios definidos em lei.

§ 5º É vedada a filiação ao regime geral de previdência social, na qualidade de segurado facultativo, de pessoa participante de regime próprio de previdência.

§ 6º A gratificação natalina dos aposentados e pensionistas terá por base o valor dos proventos do mês de dezembro de cada ano.

§ 7º É assegurada aposentadoria no regime geral de previdência social, nos termos da lei, obedecidas as seguintes condições:

I - trinta e cinco anos de contribuição, se homem, e trinta anos de contribuição, se mulher;

II - sessenta e cinco anos de idade, se homem, e sessenta anos de idade, se mulher, reduzido em cinco anos o limite para os trabalhadores rurais de ambos os sexos e para os que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, nestes incluídos o produtor rural, o garimpeiro e o pescador artesanal.

§ 8º Os requisitos a que se refere o inciso I do parágrafo anterior serão reduzidos em cinco anos, para o professor que comprove exclusivamente tempo de efetivo exercício das funções de magistério na educação infantil e no ensino fundamental e médio.

§ 9º Para efeito de aposentadoria, é assegurada a contagem recíproca do tempo de contribuição na administração pública e na atividade privada, rural e urbana, hipótese em que os diversos regimes de previdência social se compensarão financeiramente, segundo critérios estabelecidos em lei.

§ 10. Lei disciplinará a cobertura do risco de acidente do trabalho, a ser atendida concorrentemente pelo regime geral de previdência social e pelo setor privado.

§ 11. Os ganhos habituais do empregado, a qualquer título, serão incorporados ao salário para efeito de contribuição previdenciária e consequente repercussão em benefícios, nos casos e na forma da lei.

§ 12. Lei disporá sobre sistema especial de inclusão previdenciária para atender a trabalhadores de baixa renda e àqueles sem renda própria que se dediquem exclusivamente ao trabalho doméstico no âmbito de sua residência, desde que pertencentes a famílias de baixa renda, garantindo-lhes acesso a benefícios de valor igual a um salário-mínimo.

§ 13. O sistema especial de inclusão previdenciária de que trata o § 12 deste artigo terá alíquotas e carências inferiores às vigentes para os demais segurados do regime geral de previdência social.

Aqueles que não contribuem para a previdência social não têm direito ao benefício, ou seja, esta política não pode ser caracterizada pela universalidade de cobertura e atendimento. Mas mesmo aqueles que não exercem atividade remunerada podem contribuir para a previdência e assim utilizar, quando necessário, o benefício.

Sobre a política de assistência social, segundo a Constituição Federal de 1988:

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

I - descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

Parágrafo único. É facultado aos Estados e ao Distrito Federal vincular a programa de apoio à inclusão e promoção social até cinco décimos por cento de sua receita tributária líquida, vedada a aplicação desses recursos no pagamento de: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

I - despesas com pessoal e encargos sociais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

II - serviço da dívida; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

III - qualquer outra despesa corrente não vinculada diretamente aos investimentos ou ações apoiados. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

O indivíduo tem acesso à política de assistência social independentemente de qualquer contribuição. Ou seja, ela tem como objetivo proteger a família, a infância, a velhice entre outros, sem encargo. Outro propósito desta política é o apoio das necessidades vitais, das pessoas excluídas socialmente (CORREIA, 2008).

2.2 A Saúde no contexto do Estado Neoliberal

O neoliberalismo surgiu no Brasil juntamente com o discurso sobre a necessidade de se modernizar o país, tendo início em 1989, no governo de Fernando Collor e avançando nas décadas seguintes. Neste período “foram definidas as diretrizes da reforma e a nova configuração que o Estado brasileiro deveria assumir a partir de então” (RIZOTTO).⁴

O Estado deveria ser responsável pela garantia dos serviços que proporcionam o bem-estar social da população, “e que sua ausência está intimamente ligada à falta de acesso a direitos universais, representados pelo acesso ao consumo de bens produzidos nos serviços públicos, precário e limitado.” (ALVES e SILVA, 2011, p. 51). Entende-se que no neoliberalismo é o mercado que designa o espaço legítimo do Estado, e este só intervém em extremos; ou seja, o Estado máximo para o capital e mínimo para a população.

A proposta do Estado neoliberal como estratégia, é encolher-se ao nível mínimo, deixando em mãos privadas, filantrópicas ou voluntárias, às quais faz apelos constantes de “participação” e “parceria”, atividades concernentes ao setor social, definidas como funções públicas essenciais (ALVES e SILVA, 2011, p. 49).

O Estado deve caracterizar-se como mínimo, quer dizer, só deve produzir um mínimo em bens e serviços, que a iniciativa privada não consiga, para aliviar a pobreza. Os direitos sociais e a obrigação da sociedade de garanti-los por meio da ação estatal não existem, assim como não deve existir a universalidade, a igualdade ou a gratuidade dos serviços sociais (FORIGO, 2003, p. 58-59)

Para Rosanvallon (1997) os neoliberais entendem como liberdade as escolhas que os indivíduos podem fazer; a política neoliberal é a combinação do

⁴ Disponível em: <foram definidas as diretrizes da reforma e a nova configuração que o Estado brasileiro deveria assumir a partir de então>. Acesso em 21 de outubro de 2016.

conservadorismo e do autoritarismo, pois ao mesmo tempo em que há valores tradicionais, ele explora contradições entre aspirações populares e funcionamento do Estado. Para Netto (1995, p. 77) a política neoliberal é “[...] uma argumentação teórica que restaura o mercado como instância mediadora societal elementar e insuperável e uma proposição política que repõe o Estado mínimo como única alternativa e forma para a democracia.”

Com o Estado neoliberal a política de saúde passa por uma desregulamentação da Constituição Federal de 1988, “num ataque a agenda universalista prevista, que mesmo antes de ser implementada já sofreu um desmonte, através das reformas da previdência, onerando cada vez mais o trabalhador, a focalização da assistência social e a universalização excludente na saúde.” (PEREIRA, et al, 2003, p. 11).

Neste contexto, há um impedimento para a concretização dos princípios do SUS, dificultando assim a sua consolidação, ou seja, ocorre na política de saúde um retrocesso dos avanços conquistados pela Reforma Sanitária brasileira. Segundo Boschetti e Salvador (2006), a saúde passa a operar com um financiamento regressivo, já que há uma dificuldade em ofertar qualidade, eficiência e eficácia aos seus serviços. A política de saúde acaba reprimindo a população que não pode acessar o mercado.

O que está ocorrendo é uma mercantilização de direitos, que acaba rebatendo na política de saúde; pois os usuários acabam se dividindo entre aqueles que podem pagar para ter acesso à saúde privada, e entre aquele que depende apenas do sistema público de saúde. Este último, muitas das vezes, por não conseguir ter acesso à saúde (direito garantido a todos pela Constituição Federal), acabam acionando a justiça, promovendo uma “judicialização da saúde”.

A possibilidade de atuação do Poder Judiciário na defesa e garantia de direitos se deve ao fato da nossa Constituição “ser um documento aberto a interpretações”, através de suas “leis amplas e muitas vezes, vagas e indeterminadas” (MACHADO, 2010, p. 16).

O direito à saúde que em seu princípio deveria ser universal, atualmente é expressa como uma mercadoria, logo os usuários compram o acesso à saúde a partir de assistência privada à saúde.

Ou seja, no mundo, tudo é passível de compra e venda. Subentendido a este fator, os direitos também “associam-se” ou são levados aos status de mercadoria, ou seja, estão a venda. Ressaltemos que a intenção de desresponsabilizar da ação estatal contribui na mercantilização dos direitos, este que – Estado – assume o papel

apenas de regulador, delegando às Organizações Sociais, as ações (VALLE e STRUETT, 2015, p.8).

Ou seja, o Estado mínimo acaba determinando a transferência das ações em saúde para as empresas privadas, terceiro setor e até mesmo as Organizações Sociais. O usuário passa a ser um consumidor, enquanto a saúde se torna um produto. Para Simionatto e Nogueira (1999, p. 4):

Os novos papéis e funções do Estado, com a conseqüente refilantropização da sociedade civil, apontam para a desregulamentação e flexibilização da atenção social aos segmentos mais vulneráveis, (...) reduzindo o papel estatal nos mecanismos de proteção social e alargando as fronteiras do espaço privado.

Para Iamamoto (2001), as ações governamentais, por meio do neoliberalismo, acabam se reordenando em prol das privatizações. Ainda de acordo com a autora:

Esse processo expressa-se em uma dupla via: de um lado, na transferência de responsabilidades governamentais para “organizações da sociedade civil de interesse público”, e outro, em uma crescente mercantilização do atendimento às necessidades sociais, o que é evidente no campo da saúde, da educação entre muitos outros. (IAMAMOTO, 2001, p. 25).

Todos estes ajustes causados na política de saúde promovem impactos nas práticas sociais da saúde, incluindo a atuação profissional do assistente social, pois introduzem novos elementos e também instrumentos nos espaços da saúde, assim como, reproduz práticas que não foram superadas, práticas estas que têm foco na atenção à saúde assistencial, individualista e também curativa. Ou seja, a prática profissional do assistente social é desenvolvida por meio das contradições que ao mesmo tempo afirma, também nega os direitos constitucionais ao se realizar.

2.3 Atenção Primária em Saúde– APS

A medicina comunitária apareceu na década de 1970 por meio da reforma sanitária e em conjunto com as Universidades, levando os municípios a iniciarem o desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde – APS. Segundo Lavras (2011, p.870), na década de 1980 “com o processo de redemocratização no país foram propostas as Ações Integradas de Saúde (AIS), seguidas pelo Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), até que em 1988 foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) com a nova Constituição.”

Em 1978, na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, foi proposta uma política que tinha como objetivo atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000. Nesta Conferência a atenção primária foi compreendida como atenção à saúde essencial.

Na Declaração de Alma-Ata, a APS é concebida como a atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação (GIOVAELLA e MENDONÇA, 2009, p. 579).

Atenção Primária, no processo de implementação do SUS, passou a ser denominada de Atenção Básica à Saúde. Ela é considerada como “os serviços de primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, direcionados a cobrir as afecções e condições mais comuns e a resolver a maioria dos problemas de saúde de uma população, é em geral denominada de Atenção Primária à Saúde (APS)” (GIOVAELLA e MENDONÇA, 2009, p. 575).

O termo APS foi substituído por ‘atenção básica à saúde’ a partir da NOB 96, para caracterizar um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde (GIOVAELLA e MENDONÇA, 2009, p. 619).

Ou seja, a APS é a porta de entrada aos serviços de saúde, tanto a população quanto a equipe identificam a Atenção Primária em Saúde como o primeiro meio a ser buscado em virtude de alguma doença ou necessidade.

Para Starfield (2002, p. 28) a Atenção Primária em Saúde é:

Aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária.

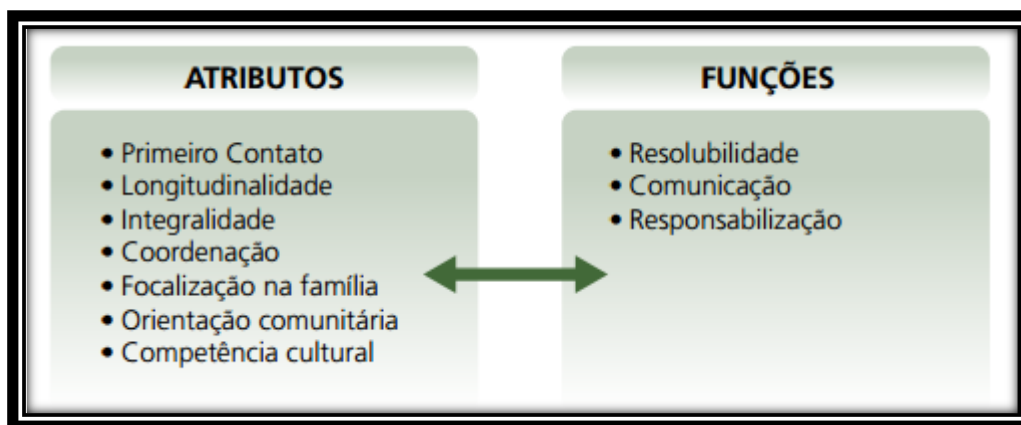
A APS não se restringe ao primeiro nível, pois ela é o primeiro contato com o sistema de saúde, ela integra um processo permanente de assistência sanitária, abrangendo a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação (GIOVAELLA & MENDONÇA, 2009).

Segundo Lavras (2011), a APS se encarrega da atenção à saúde dos usuários; ela oferta ações de saúde tanto de caráter individual, quanto de caráter coletivo. Ela garante acesso a qualquer outra unidade funcional de acordo com as necessidades dos usuários,

“responsabilizando-se por esse usuário, independentemente de seu atendimento estar se dando em outra unidade do sistema; e, dessa forma, ordenando o funcionamento da rede” (LAVRAS, 2011, p. 873).

Segundo Mendes (2015) a APS obedece a certos atributos e desempenha algumas funções, como mostra a figura 1. “Só haverá uma APS de qualidade quando os seus sete atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade” (MENDES, 2015, p. 33).

Figura 1: Os atributos e as funções da Atenção Primária à Saúde



Fonte: Mendes (2015, p. 33)

Dos atributos, os quatro primeiros são considerados essenciais, enquanto os três últimos são considerados atributos derivados. Segundo Mendes (2015, p. 33-34):

- Primeiro Contato - implica a acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde;
- Longitudinalidade - constitui a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias;
- Integralidade - significa a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades da população adstrita nos campos da promoção, da prevenção, da cura, do cuidado, da reabilitação e dos cuidados paliativos, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças;

- Coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação;
- Focalização na família - impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com esta unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar;
- Orientação comunitária - significa o reconhecimento das necessidades das famílias em função do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários;
- Competência cultural - convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias.

Para Mendes (2012) uma APS como estratégia só é possível se a mesma cumprir as três funções essenciais:

- Resolubilidade - deve ser resolutiva, capacitada, portanto, cognitiva e tecnologicamente, para atender a mais de 90% dos problemas de sua população;
- Comunicação - ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes;
- Responsabilização - implica o conhecimento e o relacionamento íntimo, nos microterritórios sanitários, da população adstrita, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a esta população.

Ao associar o Serviço Social com a APS, tem-se que o profissional contribui, em conjunto com as Equipes de Saúde da Família, “em discussões das interferências sociais no processo saúde-doença, desconstruindo a relação de atendimento em saúde meramente curativo, clínico individual e médico centrado” (MOSCON e KRÜGER, 2019, p. 97).

No contexto do Distrito Federal, de acordo com um documento “Brasília Saudável” publicado pelo COREN (Conselho Regional de Enfermagem) do Distrito Federal em Junho de 2016, a cobertura de atenção primária ordenada pela Estratégia Saúde da Família é insuficiente em todas as regiões, e tanto a oferta de atenção especializada quanto de equipamentos e recursos diagnósticos estão concentrados nas regiões mais centrais.

Ainda segundo o documento publicado pelo COREN (2016), cerca de 65% dos usuários que buscam as emergências no Distrito Federal, poderiam ter seus problemas de saúde resolvidos na APS, “pelo menos, mais de 80% dos problemas de saúde da população quando organizada adequadamente” (COREN, 2006, p. 3).

É importante ressaltar que o “Brasília Saudável” é um conjunto de ações alinhadas e coordenadas pela Secretaria de Estado de Saúde do DF (SES/DF) no fortalecimento da APS, como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde, articulando e otimizando os serviços de Urgência e Emergência, Atenção Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar.

A ampliação da APS no DF tem como modelo orientador das ações de saúde a Estratégia Saúde da Família, abrangendo coberturas populacionais significativas nas Regiões de Saúde, principalmente em áreas com maior vulnerabilidade econômica e social. O objetivo a perseguir é que até o final de 2018 ocorra a expansão, dos atuais 30,7%, para 62% de cobertura da ESF, sendo de 100% nas áreas de maior vulnerabilidade econômica e social (COREN, 2016, p. 14).

2.4 Breve Contexto do Sistema Prisional no Brasil

Até a década de 1830, o Brasil era uma colônia portuguesa que não tinha ainda seu próprio Código Penal, ou seja, a privação de liberdade não existia e as prisões eram locais de custódia. Estes locais eram estabelecimentos para evitar a fuga para a pena que viria e não como fim, mas como pena (DI SANTIS e ENGBRUCH, 2012).

Foi em 1830, por meio do Código do Império, que a pena de prisão foi estabelecida no Brasil. Segundo Santis e Engbruch, (2012) a prisão era realizada de dois modos: a prisão simples e a prisão com trabalho, sendo que esta última poderia ser perpétua. As prisões eram caracterizadas por ter um padrão violento, com a presença de penas de morte e perpétuas. Em 1890 foi desenvolvido um novo Código Penal que eliminava as características do sistema prisional promovida pelo antigo Código.

O Código Penal de 1890 possibilitou estabelecer novas modalidades de prisão, considerando que não haveria mais penas perpétuas e

coletivas, limitando-se as penas restritivas de liberdade individual, uma penalidade de no máximo trinta anos, com a prisão celular, reclusão, prisão com trabalho obrigatório e prisão disciplinar (OLIVEIRA, 2006, p. 4).

Na década de 1940, segundo Assis (2007), foi publicado o Código Penal, diante de um decreto-lei, e nele estava sendo apresentada a moderação por parte do poder punitivo do Estado. Já na década de 1980, com o Estado neoliberal, “a atuação penal é caracterizada pela noção de emergência, entendida como um momento excepcional a exigir uma resposta pronta e imediata, que deve durar enquanto o estado emergencial perdure” (PASTANA, 2009, p. 189).

Mediante o contexto de Estado neoliberal, houve a criação da Lei de Execução Penal em 1983, pois apenas o Código Penal não conseguia responder as demandas. A lei era um meio de preservação dos bens jurídicos e da garantia à reinserção do apenado ao convívio social.

A Lei de Execução Penal regulamenta o sistema penitenciário brasileiro e no seu art 1º propõe o seu objetivo: “Efetivar as disposições da sentença ou decisão criminal e proporcionar condições para a harmônica integração social do condenado e do internado” (OLIVEIRA, 2006, p. 6).

A pena aplicada no Brasil está relacionada com a privação de liberdade, porém todos os direitos fundamentais previstos e defendidos pela Constituição Federal devem ser respeitados, direitos estes como saúde.

As penas privativas de liberdade são aquelas que privam a liberdade das pessoas, prendendo-as em estabelecimentos penais e fazendo com que fiquem isoladas da sociedade. Entretanto, elas também têm uma finalidade social, que consiste em oferecer ao condenado os meios indispensáveis para sua reintegração social. E para que isso ocorra são adotadas políticas públicas que valorizam o trabalho prisional, a assistência educacional formal e profissionalizante, o esporte e lazer, e o contato com o mundo exterior. (OLIVEIRA, 2006, p. 8).

Um dos principais problemas que as pessoas privadas de liberdade enfrentam, em relação à efetivação da política de saúde, é a superação dos limites colocados pela própria condição de financiamento, que dificultam acesso às ações e serviços de saúde de forma integral e efetiva. (Portal de Departamento de Atenção Básica, 2016)⁵.

Os indivíduos que compreendem o sistema penitenciário, apesar de estarem privados de liberdade, ainda são tocados pelos direitos

⁵Portal de Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnaisp.php>>. Acesso em: 24 de outubro de 2016.

fundamentais instituídos nos primeiros artigos da Constituição Federal de 1988. Dentre estes direitos está o direito à saúde de qualidade, o qual deve acompanhá-los durante esse período de privação (DUMKE e ALMEIDA, 2015, p.2).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário foi elaborado a partir de uma perspectiva pautada na assistência e na inclusão das pessoas presas.

A Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, que instituiu o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, é fruto de um trabalho matricial construído com a participação de diversas áreas técnicas dos Ministérios da Saúde e da Justiça e com a participação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde e do Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária. O Plano Nacional de Saúde prevê a inclusão da população penitenciária no SUS, garantindo que o direito à cidadania se efetive na perspectiva dos direitos humanos. O acesso dessa população a ações e serviços de saúde é legalmente definido pela Constituição Federal de 1988, pela Lei n.º 8.080, de 1990, que regulamenta o Sistema Único de Saúde, pela Lei n.º 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, e pela Lei de Execução Penal n.º 7.210, de 1984 (PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO, 2005).

A Saúde Prisional foi criada a partir da Portaria número 1.777 em 09 de setembro de 2003, pelos ministérios da Saúde e da Justiça. Ela regulamentou o Plano Nacional de Saúde no Sistema penitenciário, promovendo a atenção integral à saúde para toda a população carcerária. Os profissionais trabalham em equipes multidisciplinares, e entre eles atuam: médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, assistentes sociais, entre outros.

As ações e os serviços de saúde estabelecida pelo Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário – PNSSP estão relacionados com os princípios e diretrizes do SUS; os serviços de saúde referentes à Atenção Básica em Saúde são organizados nas unidades prisionais e realizadas por meio de equipes interdisciplinares de saúde.

A Constituição Federal de 1988 afirma que a saúde é um direito de todos, assim como é dever do Estado, sem excluir qualquer cidadão independente de sua situação.

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução de risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção e recuperação (BRASIL, 2006, p. 116).

Segundo o PNSSP, a equipe multidisciplinar que atua na saúde prisional é composta por profissionais da medicina, enfermagem, odontologia, psicologia, serviço social e técnico de enfermagem.

Essas equipes, articulada a redes assistenciais de saúde, têm como atribuições fundamentais o planejamento das ações e o trabalho em equipe, contemplando a “Porta de entrada” do sistema (primeiro nível de assistência), assim como um projeto terapêutico com metas pactuadas no estado (Pacto pela Saúde) (PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO, 2005, p. 19).

O Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário pode ser considerado como um grande avanço, mesmo com a existência de diversas dificuldades; pois a população carcerária, vista por muitos como uma população que perdeu os seus direitos, passa a ter uma política específica em saúde, que busca ao menos diminuir os agravos vindos do confinamento em que se encontram, representando também a sua inclusão no SUS.

A política de saúde no sistema prisional ainda apresenta diversos limites. Segundo Arruda (2013), a Lei de Execução Penal – LEP afirma que o preso tem direito à saúde, no entanto a prática do sistema prisional brasileiro se difere do que está estabelecido por lei, como por exemplo:

Há uma série de inadequações relacionadas tanto à infraestrutura quanto as condições de vida; destacamos a falta ou escassez de transporte para presidiários em caráter de emergência, alimentação, saúde, dentre outros fatores agravantes à saúde dos presidiários. No âmbito da assistência à saúde no ambiente prisional, existe uma escassez de condições e recursos para um atendimento de qualidade. Isso é resultado de questões físicas e estruturais do ambiente, somadas à inexistência ou ao quantitativo ineficiente de profissionais de saúde e da área das ciências humanas para a efetivação de ações multidisciplinares e interdisciplinares para promoção de uma melhoria da saúde física e mental desses cidadãos-presos (ARRUDA, et al, 2013, p. 47).

É fato conhecido que os problemas de saúde decorrentes das condições de confinamento não têm sido objeto de ações de saúde que possibilitem o acesso das pessoas presas à saúde de forma integral e efetiva. A necessidade de implementação de uma política pública de inclusão social que atente para a promoção dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade aponta para a importância da reorientação do modelo assistencial, a fim de atender às carências manifestadas por essa população (PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO, 2005, p. 11).

No Distrito Federal, as ações de saúde prisional foram aprovadas em 2004, quando o Conselho Estadual de Saúde aprovou a Resolução nº 01/2004, e publicou no Diário Oficial nº 60, no dia 29 de março de 2004, o Plano Operativo Estadual de Saúde

Federal. De acordo com o *site* da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal: “No dia 18 de agosto de 2004, o Distrito Federal foi um dos cinco primeiros Estados (Minas Gerais, Mato Grosso, Pernambuco e Rio de Janeiro) qualificados pelo Ministério da Saúde a receber o Incentivo à Saúde Penitenciária.”⁶

2.5 Serviço Social e a Saúde Prisional

Segundo Oliveira (2006, p. 11), “o Serviço Social possui um projeto sócio-educativo que tem como finalidade auxiliar o cidadão no seu processo de autonomia perante a sociedade; através da sua intervenção nas problemáticas que assolam a sociedade em geral.”

Os presos e internados passam por frustrações relativa as necessidades de afeição, segurança, realização e aceitação num grupo, e possuem as mesmas necessidades humanas básicas do homem livre, distinguindo-se pela sua situação vital e jurídica, e suas maiores dificuldades são decorrentes da privação da liberdade. Por isso, a assistência social individual, é importante nesse processo, pois ela age conforme a necessidade de cada preso, analisando seu passado social e criminal, a sua capacidade física e mental, as suas disposições pessoais, a duração de sua condenação e as possíveis maneiras de readaptação deles a sociedade (OLIVEIRA, 2006, p.11).

O profissional do Serviço Social irá atuar, na saúde prisional, no processo de reinserção social do usuário, buscando sempre uma comunicação entre o preso e a sociedade. Ou seja, o assistente social tem como objetivo contribuir para a garantia dos direitos assegurados pela Constituição, na LEP, e também no Plano Nacional de Saúde Prisional, como um facilitador na garantia da saúde do indivíduo que está em situação de privação de liberdade.

Cabe ao assistente social na saúde prisional, fazer o acompanhamento do usuário desde o período de acolhimento, coletando informações pessoais para a elaboração de um relatório; assim como fazer uma orientação na fase final do cumprimento da pena, fortificando os vínculos familiares sempre que possível. Para Oliveira (2006, p. 12) “os relatórios realizados pelos assistentes sociais são de fundamental importância, uma vez que traz subsídio para a individualização na execução da pena através do conhecimento das dificuldades enfrentadas pelo sentenciado.”

No dia-a-dia de trabalho do Assistente Social existem as intervenções que possibilitam ao preso e sua família acessarem os recursos e serviços sociais. Nesta perspectiva, o profissional de serviço social

⁶Disponível em:< <http://www.saude.df.gov.br>.> Acesso em: 28 de outubro de 2016.

deve estar atento quanto a situação vivenciada pelo sujeito e seus familiares (MARQUES, 2009, p. 6).

Pesquisas apontam que a atuação profissional do Serviço Social não está inserida em um sistema com foco na reintegração do preso.

Por isso, necessita que se desenvolva uma prática que ultrapasse o imediatismo e que realmente se integre aos interesses dos encarcerados. Para isso, o profissional de serviço social possui a questão social como objeto de intervenção, para a realização de seu trabalho nas relações sociais (OLIVEIRA, 2006, p. 13).

No Distrito Federal, o quadro de assistentes sociais que atuam na saúde prisional são servidores da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), e atualmente, fazem parte deste quadro nove assistentes sociais, vinculados ao sistema prisional.

CAPÍTULO 3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1A Pesquisa e seus Objetivos

Ao analisar a história do sistema penitenciário, seja ele no Brasil ou não, percebe-se que os direitos seguem um caminho de execução integral, que acaba ocasionando um sistema prisional que não concede o mínimo de dignidade para os detentos e que viola os seus direito cotidianamente. O profissional do Serviço social, ao atuar no contexto da saúde prisional, é capaz de não só discutir, mas de lutar pela consolidação de uma efetiva política pública de saúde. A respeito da atuação profissional do assistente social na saúde prisional no DF, tem-se escrito poucos estudos; no entanto percebe-se que assim como nas demais localidades, o profissional enfrenta grandes desafios.

As questões que contribuíram, inicialmente, para a realização do estudo foram duas: a) *Qual a contribuição do Serviço Social na saúde prisional e;* b) *Quais as condições de trabalho no campo da atuação do assistente social no sistema de saúde prisional do Distrito Federal?*

O projeto está associado com uma pesquisa coordenado por professores da Universidade de Brasília – UnB sobre o “Serviço Social na Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal”; o projeto teve início em 2014 e está previsto para ser concluído em 2017. O objetivo geral deste estudo é analisar de forma crítica a prática profissional do assistente social no âmbito da saúde prisional do DF. Este trabalho é um aprofundamento da pesquisa citada acima, que tem como finalidade estudar o exercício profissional do Assistente Social na Atenção Primária em Saúde no Distrito Federal. A saúde sempre foi a temática de meu interesse, então ao participar do grupo de pesquisa, foi possível adentrar ainda mais neste eixo temático, o que fez perceber que além de aprofundar os estudos sobre o serviço social na saúde primária do Distrito Federal, seria possível realizar um projeto com enfoque na saúde prisional.

Também objetiva:

- I. Contextualizar a atuação do assistente social na saúde prisional do Distrito Federal.

- II. Discutir os limites e dificuldades enfrentados pelos profissionais na prática profissional.
- III. Fazer uma reflexão sobre as atribuições dos profissionais de Serviço Social.

A atuação do Serviço Social, muitas vezes, torna-se limitada no contexto do sistema prisional, diante da centralidade do viés institucional da segurança pública. Os assistentes sociais ficam limitados no atendimento das demandas existentes devido à lógica do espaço sócio-ocupacional, que privilegia a perspectiva de culpabilização do usuário e manutenção da ordem e segurança, tornando-se esta a hipótese.

3.2 Justificativa

De acordo com a Constituição Federal de 1988, todos têm direito à saúde, independente de sua situação. No entanto, é nítido ao fazer as leituras, que os assistentes sociais enfrentam muitos problemas ao trabalhar na saúde prisional, já que os mesmos ainda enfrentam um controle feito pela segurança das penitenciárias; o que acaba afetando o atendimento feito aos presidiários. No decorrer da construção do direito de acesso à saúde estão presentes, as tensões e conflitos constitutivos entre o sistema de poder, de financiamento, de gestão, de relação público x privado assim como a demanda crescente de serviços, e àquelas relacionadas ao modo de trabalhar.

Quanto aos limites da realidade intramuros da unidade hospitalar do Sistema Penal, na fala dos sujeitos percebemos que a falta de autonomia (relacionada à locomoção de ir e vir) para prestar a assistência emerge pela presença do agente penitenciário. [...] Cabe ressaltar que o agente penitenciário é um profissional que não faz parte do quadro efetivo da realidade extramuros, entretanto, no Sistema Penal, está presente a todo o momento. [...] Destaca-se que, apesar de a presença do agente penitenciário ser por vezes tida como vigilância constante [...] clama por mais segurança dentro do Sistema Penal, pois se sente vulnerável devido à periculosidade do apenado e do Sistema em si (SOUZA e PASSOS, 2008, p. 421).

Compete aos assistentes sociais que realizam seu trabalho na área da saúde:

[...] a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas aquisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. [...] cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) - formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social na saúde que

queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (BRAVO e MATOS, 2007, p.17-18).

Mediante a entrada e participação em uma pesquisa cujo objetivo é estudar a atuação profissional do assistente social na Atenção Primária em Saúde do Distrito Federal, coordenados por professores do departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília; houve uma maior aproximação com o contexto da saúde. Por meio desta mesma pesquisa e seus desdobramentos, iniciou-se uma pesquisa a respeito da atuação profissional na saúde prisional no DF, tornando-se então o objeto deste estudo.

De acordo com o *site* Carta Capital publicado em junho de 2015, o Brasil possui a maior população prisional do mundo. O número de presos no Brasil alcançou 607.731 pessoas, contingente que dá ao Brasil o quarto lugar no ranking das maiores populações prisional do mundo - perdendo apenas para Estados Unidos, China e Rússia. (Carta Capital, 2015).⁷

No DF, de acordo com o jornal Correio Braziliense publicado em maio de 2015, há 7383 vagas em presídios, no entanto 14291 ocupam o sistema prisional da capital brasileira.

“O Distrito Federal tem hoje uma população carcerária de 14.291 presos. Quase o dobro da capacidade do sistema, que é de 7.383. [...] A fragilidade e o descaso dentro das cadeias brasileiras estão entre as preocupações de promotores, representantes de direitos humanos e especialistas” (CORREIO BRAZILIENSE, 2015)⁸.

Em meio deste panorama que os assistentes sociais do sistema prisional de Brasília, exercem sua atuação profissional. É neste mesmo cenário que se encontra as maiores dificuldades para a realização do trabalho; há uma grande invisibilidade ao abordar o sistema prisional já que para muitos, os presidiários acabam perdendo seus direitos. Logo, prisão se constitui como um espaço de múltiplas segregações, cuja mais evidente é a que separa os encarcerados do restante da sociedade (BARCINSKI e CÚNICO, 2014).

⁷ Disponível em <<http://www.cartacapital.com.br/sociedade/brasil-possui-a-quarta-maior-populacao-prisional-do-mundo-7555.html>>. Acesso em 20 de junho de 2016.

⁸ Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2015/05/27/interna_cidadesdf,484623/superlotacao-e-grave-no-sistema-prisional-do-distrito-federal.shtml> Acesso em: 20 de Junho de 2016.

É preciso reforçar a premissa de que as pessoas presas, qualquer que seja a natureza de sua transgressão, mantêm todos os direitos fundamentais a que têm direito todas as pessoas humanas, e principalmente o direito de gozar dos mais elevados padrões de saúde física e mental. As pessoas estão privadas de liberdade e não dos direitos humanos inerentes à sua cidadania (PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO, 2005).

Ao realizar pesquisas bibliográficas que abordassem a atuação profissional do Assistente Social no sistema prisional no Distrito Federal, foi verificada uma escassez de estudos sobre a prática profissional, limites e desafios enfrentados, porém vale ressaltar que há algumas demandas referentes aos demais estados do Brasil. Diante do exposto, e com o auxílio da pesquisa realizada pelo grupo de estudantes e professores da UnB, tem-se o intuito, além de fazer análises e reflexões críticas a respeito dos limites e desafios da atuação profissional do assistente social na saúde prisional, diminuir as lacunas deste tema em pesquisa no Distrito Federal.

3.3 Metodologia

Para o alcance dos objetivos citados, foi utilizada a metodologia qualitativa, já que não visa especialmente a representatividade numérica; ou seja, há uma preocupação em aspectos da própria realidade e que não podem ser quantificados. Para Minayo a pesquisa qualitativa “aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”(2006, p. 57).

Durante todo o processo do estudo, foram realizadas pesquisas bibliográficas com o objetivo de aprimorar e aprofundar os estudos pertinentes ao objeto em questão.

A pesquisa bibliográfica é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites. Qualquer trabalho científico inicia-se com uma pesquisa bibliográfica, que permite ao pesquisador conhecer o que já se estudou sobre o assunto. Existem, porém pesquisas científicas que se baseiam unicamente na pesquisa bibliográfica, procurando referências teóricas publicadas com o objetivo de recolher informações ou conhecimentos prévios sobre o problema a respeito do qual se procura a resposta (FONSECA, 2002, p. 32).

Um dos instrumentos utilizado pela pesquisa foi um questionário online (elaborado na plataforma *Google*), enviado para os assistentes sociais da Atenção Primária em Saúde do Distrito Federal. A aplicação dos questionários tem o objetivo de fazer um mapeamento quantitativo dos profissionais, assim como entender o perfil dos assistentes sociais da Atenção Primária em Saúde, seu ambiente de trabalho e suas atribuições. Após a aplicação do questionário online realizou-se uma análise com base nos dados coletados, selecionando assim, uma amostragem de profissionais para participação da entrevista semi-estruturada.

De acordo com Fonseca (2002), na entrevista semi-estruturada, o entrevistador confere mais importância à informação, no entanto, é necessário que no fim da conversa sejam atingidos seus objetivos. Todas as entrevistas foram gravadas, e posteriormente transcritas tendo como objetivo fazer um aprofundamento sobre a realidade e atuação profissional na saúde prisional do Distrito Federal.

Tanto o questionário, quanto a entrevista semi-estruturada, são instrumentos utilizados pela pesquisa “O Serviço Social na Atenção Primária em Saúde do Distrito Federal” realizada pelo grupo de alunos e professores da Universidade de Brasília.

Para o desenvolvimento do estudo, aplicação de questionários online, como também a realização de entrevistas, foi elaborado e entregue aos sujeitos da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme normas estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde n.466/2012; estando de acordo também com a pesquisa que está sendo realizada. A entrevista foi realizada com quatro assistentes sociais da saúde prisional do Distrito Federal, conforme será abordada no próximo capítulo.

CAPÍTULO 4. RESULTADOS E ANÁLISE DE DADOS

Conforme os dados publicados pelo Infopen (Informações Penitenciárias), sistema de informações e estatísticas do sistema prisional brasileiro que são atualizados pelos gestores dos estabelecimentos penais, publicado em Junho de 2014, a população prisional brasileira ultrapassava dos 600 (seiscentos) mil, sendo este número superior às quase 377 mil vagas do sistema prisional, ocasionando um déficit de 231.062 vagas.

TABELA1: Pessoas privadas de liberdade no Brasil em junho de 2014

<i>Brasil - 2014</i>	
População prisional	607.731
Sistema Penitenciário	579.423
Secretarias de Segurança/ Carceragens de delegacias	27.950
Sistema Penitenciário Federal	358
Vagas	376.669
Déficit de vagas	231.062
Taxa de ocupação	161%
Taxa de aprisionamento	299,7

Fonte: Infopen, jun/2014; Senasp, dez/2013; IBGE, 2014

Segundo Infopen (2014), a maior parte da população que se encontra privada de liberdade são os jovens, segundo pesquisas este número aumenta a cada ano que se passa, em 2014 no Distrito Federal, 29% da população privada de liberdade tinha entre 18 a 24 anos, como mostra a tabela 2:

TABELA 2: Faixa Etária por Unidade da Federação

UF	18 a 24 anos	25 a 29 anos	30 a 34 anos	35 a 45 anos	46 a 60 anos	61 anos ou mais
AC	38%	23%	17%	15%	6%	1%
AL	31%	27%	19%	16%	6%	1%
AM	41%	27%	16%	11%	4%	0%
AP	28%	33%	15%	18%	5%	0%
BA	32%	27%	18%	16%	5%	1%
CE	30%	24%	18%	19%	8%	2%
DF	29%	25%	20%	20%	5%	1%
ES	37%	25%	17%	15%	6%	1%
GO	32%	29%	19%	14%	5%	1%
MA	39%	28%	16%	11%	5%	1%
MG	32%	25%	18%	18%	6%	1%
MS	24%	24%	20%	22%	9%	1%
MT	33%	27%	19%	15%	6%	1%
PA	38%	28%	18%	12%	4%	1%
PB	30%	28%	19%	16%	6%	2%
PE	36%	30%	14%	16%	4%	1%
PI	28%	28%	19%	16%	7%	1%
PR	29%	25%	19%	17%	8%	1%
RJ	42%	20%	14%	17%	6%	1%
RN	37%	26%	16%	15%	5%	1%
RO	28%	28%	21%	17%	6%	1%
RR	22%	25%	23%	18%	9%	3%
RS	23%	23%	21%	22%	9%	1%
SC	25%	25%	20%	20%	9%	2%
SE	33%	26%	18%	17%	6%	0%
SP	NI	NI	NI	NI	NI	NI
TO	32%	26%	18%	17%	6%	1%
Total	31%	25%	18%	17%	7%	1%

Fonte: Infopen, junho/2014

A respeito do número de trabalhadores do Sistema Prisional no ano de 2014, a tabela 3 revela:

TABELA 3: Número de trabalhadores no sistema prisional, por tipo de cargo

Cargos	Número de trabalhadores
Cargos administrativos	7.417
Servidor de custódia	45.619
Policial civil	231
Policial militar	3.560
Assistentes sociais	945
Psicólogos	825
Terapeuta/ terapeuta ocupacional	89
Advogados	546
Enfermeiros	659
Auxiliar e técnico de enfermagem	1.604
Dentistas	428
Técnico/ auxiliar odontológico	280
Médicos - clínicos gerais	449
Médicos - ginecologistas	37
Médicos - psiquiatras	187
Médicos - outras especialidades	33
Pedagogos	289
Professores	3.051
Outros	927
Total	67.176

Fonte: Infopen, junho/2014

Em relação ao quadro de profissionais em todo o sistema prisional brasileiro, no ano de 2014, havia 945 (novecentos e quarenta e cinco) assistentes sociais atuando.

Sendo 515 (quinhentos e quinze) profissionais com cargo efetivo; entre o total de assistentes sociais 80 (oitenta) era do sexo masculino, enquanto 865 eram do sexo feminino. As informações podem ser vistas na tabela 4.

TABELA 4: Profissionais em Atividade no Sistema Prisional em 2014

	Efetivo		Comissionado		Terceirizado		Temporário		Total
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	
Cargos administrativos (atribuição de cunho estritamente administrativo)	2.261	1.712	570	268	846	550	519	691	7.417
Servidor voltado à atividade de custódia (exemplo: agente penitenciário, agente de cadeia pública)	21.672	5.879	502	176	2.788	821	11.152	2.629	45.619
Enfermeiros	68	248	13	16	33	114	34	133	659
Auxiliar e técnico de enfermagem	191	578	18	47	74	223	85	388	1.604
Psicólogos	79	346	12	49	28	93	34	184	825
Dentistas	157	97	9	5	51	35	31	43	428
Técnico / auxiliar odontológico	20	114	2	10	3	53	12	66	280
Assistentes sociais	48	467	3	66	15	109	14	223	945

Fonte: Infopen, junho/2014

No contexto do Distrito Federal, ainda de acordo com o documento publicado em Dezembro de 2014; havia 50% de estabelecimentos com sala de atendimento para o Serviço Social exclusiva, e 50% de estabelecimentos cuja sala era compartilhada com outros serviços.

Para a obtenção de dados a respeito da saúde prisional do Distrito Federal, foram entrevistados 04 (quatro) assistentes sociais de diferentes locais de trabalho, porém respeitando o sigilo e ética na pesquisa e a não identificação dos entrevistados, os locais de trabalho dos mesmos não serão revelados e todos serão nomeados com letras alfabéticas pelo mesmo motivo.

De acordo com os dados obtidos por meio das entrevistas e também com o questionário, foi construída uma tabela para visualizar o perfil de cada assistente social, assim como os dados sobre o trabalho profissional; para se ter um prévio conhecimento

de cada assistente social. Percebe-se que entre os quatro entrevistados, apenas um é do sexo masculino, revelando uma minoria entre os profissionais do Serviço Social, na saúde prisional do Distrito Federal.

Esta regularidade não se refere tão somente a questões relativas ao início da profissão, mas a sua reatualização constante. Os dados das PNADs de 2001 a 2007 mostram que o padrão de presença feminina no Serviço Social dos anos 1970 e 1980 permanecem sendo reproduzidos na profissão durante a década de 2000. (SIMÕES e ZUCCO, 2010, p.29)

Nenhum dos entrevistados possui mestrado e/ou doutorado, mesmo existindo o interesse dos profissionais, conforme relatado. Apesar de existir a jornada de trabalho de 20h semanais, todos os entrevistados trabalham 40h semanais. Estes dados são apresentados na tabela a seguir.

TABELA 5: Perfil dos Assistentes Sociais Entrevistados

	Assistente Social da Saúde Prisional do DF			
	A	B	C	D
Sexo	Feminino	Feminino	Masculino	Feminino
Idade	59 Anos	48 Anos	39 Anos	36 Anos
Renda Individual (média SM)	11 a 13	7 a 10	7 a 10	11 a 13
Ano de Graduação	1995	1990	2003	2003
Nível de Formação	Especializações	Graduação	Especializações	Especializações
Tempo de Atuação como Assistente Social	Mais de 25 anos	11 anos	13 anos	13 anos
Atuou em outras áreas no Serviço Social	Planos de Saúde, SEDEST e Saúde	CRAS, Gestão de benefícios, Genética, Saúde Prisional	Assistência Estudantil e Saúde	Assistência social em Saúde
Tempo de Atuação na Área da Saúde	7 anos	5 anos	9 anos	9 anos
Vínculo Empregatício	Estatutário	Estatutário	Estatutário	Estatutário
Jornada de Trabalho Semanal	40h	40h	40h	40h

4.1 Dados Sobre o Trabalho Profissional

O Serviço Social é uma profissão cujos profissionais devem sempre se manter atualizados, com capacidade de pensar a realidade de maneira crítica e propor estratégias. Por meio da pesquisa, foi verificado que os quatro profissionais sabem a importância de se manter atualizado, e todos relataram que já participaram de eventos, palestras, congressos e/ou cursos.

Resposta do Assistente Social B: Congresso eu nunca participei, eu participo mais de palestras e eventos locais, seminários, cursos à distância (Entrevista realizada em 04/11/2016).

Resposta do Assistente Social C: Participo de eventos, geralmente proposto pela Secretaria de Saúde, e principalmente pela Gerência de Serviço Social (Entrevista realizada em 7/11/2016).

Resposta do Assistente Social D:Eu participo de congressos e todos os eventos que a Secretaria de Saúde nos oferece (Entrevista realizada em 10/11/2016).

Os assistentes sociais entrevistados estão inseridos na equipe de saúde do Sistema Prisional do Distrito Federal, atuando de forma multi e interdisciplinar com os demais profissionais. As principais ações no cotidiano da APS, no sistema prisional, se fundamentam na prevenção às questões de saúde e garantia de direitos. Com o trabalho em equipe, os assistentes sociais conseguem fazer uma articulação de sua prática com os outros integrantes da equipe, ocasionando respostas mais efetivas às demandas. Em 2014, foi publicada a Portaria Nº 482 que “Institui normas para a operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2014, p. 48).

Destaca que o atendimento necessita ser realizado por equipes multiprofissionais e, ao normatizar as equipes de atenção básica prisional, define a equipe tipo I para até 100 custodiados, tipo II para até 500 custodiados e tipo III para até 1.200 custodiados, sendo que todas podem contar com equipe de saúde mental. Para unidades com atendimentos acima de 1.200 pessoas, a equipe tipo III será acrescida de profissionais de acordo com o número de custodiados (FREITAS, et al, 2016, p. 178).

Segundo os entrevistados, as equipes de trabalho são compostas da seguinte forma, conforme apresentado na Tabela 6.

TABELA 6: Equipe Profissional no Sistema Prisional - DF

ASSISTENTE SOCIAL	EQUIPEPROFISSIONAL
A	Médico, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Psicólogo e Assistente Social.
B	2 Médicos, 2 Enfermeiros, 2 Auxiliar de Enfermagem, 2 Dentistas, 2 Psicólogos, 2 Assistentes Sociais, 1 Fisioterapeuta e 1 Psiquiatra .
C	Assistente Social, Dentista, Enfermeiro, Médico, Psicólogo, Técnico de Enfermagem, Técnico de Saúde Bucal.
D	Assistente Social, Psicólogo, Médico, Enfermeiros, Dentista, Técnico de Enfermagem, Técnico de Laboratório e Técnico de Dentista.

O profissional de Serviço Social, nesta equipe de trabalho, tem como foco a humanização do atendimento, tendo sua atuação nas variadas expressões da questão social, e como um de seus princípios a ampliação, assim como a consolidação da cidadania (ROCHA e GIMENEZ, 2009).

Entre as principais ações de trabalho na APS dos profissionais entrevistados, foram relatados os trabalhos em grupos sobre orientação e prevenção à saúde, atendimento à família, contatos com as demais instituições de saúde, orientação de maneira geral, tanto para internos quanto para as famílias dos internos. A participação dos usuários está presente quando os mesmos se inserem nos trabalhos em grupo. Todos os participantes da pesquisa relataram atuar nos trabalhos de grupo com os usuários, no entanto, alguns também afirmaram que seu trabalho é dependente do trabalho feito pela Secretaria de Segurança, já que toda atividade realizada com os usuários são dependentes de escolta.

Quando questionados a respeito do referencial teórico-metodológico que norteia a atuação profissional, apenas o assistente social C indagou a sua dificuldade com a teoria.

Resposta do Assistente Social C: Isso é um dilema desde quando eu me formei, porque nossa teoria de uma forma bem geral é a marxista né, a da dialética. E isso no dia-a-dia é muito conflitante, porque você

cai em várias teorias ao mesmo tempo; e na prática, na verdade isso não funciona né, teorias [...] Em termos de leitura é uma coisa, em termos de ação é outra (Entrevista realizada em 07/11/2016).

Todos os quatro participantes da pesquisa afirmam que há a interface do Código de Ética do Assistente Social e também do Projeto Ético Político, mas ao analisar os dados da entrevista, percebe-se que no sistema prisional há uma grande dificuldade em garantir o sigilo profissional, como é proposto pelo Código de Ética (2011, p. 29), no Título III:

Art. 2º Constituem direitos do/a assistente social:

- a- garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;
- b- livre exercício das atividades inerentes à Profissão;
- c- participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais;
- d- inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
- e- desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;
- f- aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;
- g- pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;
- h- ampla autonomia no exercício da Profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;
- i- liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos.

Essa dificuldade existe devido ao fato das ações profissionais na saúde prisional dependerem de escolta, e por mais que o assistente social converse com o usuário em sua sala, os agentes penitenciários ficam na porta de vigia e à espera.

Os instrumentos técnico-operativos podem ser compreendidos por um conjunto de estratégias, técnicas instrumentalizadoras da ação, assim como as táticas que auxiliam no trabalho profissional do assistente social.

No caso dos instrumentos e técnicas que medeiam as atividades produtoras de regulação das relações sociais – aqueles que servem de apoio para o estabelecimento e controle de determinados comportamentos sociais (baseados em normas sociais) – não são objetos concretos, não são meios materiais que potenciam a ação sobre objetos materiais. Estes instrumentos possuem um caráter menos ‘instrumental’ (no sentido de ser algo que se utiliza para ajudar a atingir um resultado concreto) e mais processual, pois a mediação se

constitui em procedimentos, atitudes, posturas que visam levar os homens a produzir novas atitudes (TRINDADE, 2001, p.5).

Os participantes, ao serem questionados sobre os instrumentais técnico-operativos que utilizavam, responderam:

Resposta do Assistente Social A: Estudo social, estudo de caso, questionários para acolhimento, e para as visitas domiciliares também, ao fazer estas visitas tem como eu fazer meu relatório. (Entrevista realizada em 14/10/2016)

Resposta do Assistente Social B: A gente tem prontuários da saúde, [...] tenho uma Ata que é onde eu escrevo tudo que eu ...essa Ata ela é sigilosa, encaminhamentos que agente faz interno, [...] ofícios (Entrevista realizada em 04/11/2016).

Resposta do Assistente Social C: Entrevista, que é tipo uma anamnese, que é feita por todos, temos relatórios, a gente tinha a pouco tempo as visitas domiciliares, visitas institucionais [...] (Entrevista realizada em 07/11/2016).

Resposta do Assistente Social D: A gente só utiliza a ficha de evolução mesmo (Entrevista realizada em 10/11/2016)

Percebe-se com estas respostas que o entendimento sobre os instrumentais técnico-operativos está relacionado mais ao instrumento em si, que eles utilizam para a realização de sua prática profissional.

Em relação à autonomia profissional no ambiente de trabalho, todos afirmaram que há uma autonomia relativa, pois como já falado, a prática profissional depende de outros profissionais que não são da saúde, e sim da segurança.

Resposta do Assistente Social B: De uma certa maneira eu tenho autonomia no meu trabalho, como profissional eu tenho, até certo ponto. Como eu falei pra você; a gente é saúde e trabalha dentro da segurança, então até onde não invada a segurança, eu tenho autonomia, mas a partir do momento que qualquer ação minha, pra segurança, vai ser um risco aí eu perco qualquer autonomia (Entrevista realizada em 04/11/2016).

Para Marques (2009, p.4):

Muitas vezes, servidores embrutecidos com o cotidiano da prisão acabam desmotivados, não acreditando em propostas de trabalho interventivo com base nos Direitos Humanos. Neste cenário, o que se comprova são correlações de forças e poder que abalam tragicamente as estruturas de ação no Tratamento Penal, tanto quanto se abatem a dignidade das pessoas presas. Esta questão torna-se volante na produção do cotidiano e nas relações conflituosas entre a segurança e corpo técnico, uma vez que não se estabelece um diálogo institucional

mínimo sobre o que é possível em termos de tratamento penal, colocando-se nesse processo a disputa de saberes ou de verdades, como diria Foucault. Já o poder em seu exercício, passa por canais muito mais sutis, muito mais ambíguos dentro da prisão, porque cada um de nós (técnicos ou agentes penitenciários) é, no fundo, titular de certo poder, sendo que este poder não tem por função única reproduzir somente as relações de trabalho, mas oprimi-las sem a produção do diálogo.

Diante do exposto, faz-se necessária uma proposta que vise diminuir as conseqüências destas duas políticas, saúde e segurança, existentes no sistema prisional para que seja realizada com autonomia a prática profissional.

4.2 Condições de Trabalho

Ao fazer uma análise das respostas obtidas em relação à avaliação da instituição, assim como as condições de trabalho, as respostas são divergentes, enquanto para uns profissionais o local de trabalho da saúde prisional é consideravelmente ruim, para outros eles são bons na medida do possível. Todos os profissionais visivelmente gostam de trabalhar na saúde prisional, porém uns com mais ânimo do que outros; para a maioria o espaço físico, ou melhor, a infra-estrutura disponibilizada para o Serviço Social é mínima, o que inclusive gerou a dificuldade para se ter uma estagiária no local de trabalho.

Resposta do Assistente Social B: A saúde prisional está dentro de um contexto caótico, dentro de um governo caótico... está tudo muito ruim. A gente sempre trabalha em situação ruim, a gente nunca trabalha em condição boa[...] eu acho que a saúde prisional fica muito largada, a gente precisa de mais cursos, de mais incentivos (Entrevista realizada em 04/11/2016).

Resposta do Assistente Social D: Eles são bons, apesar de tudo é bom, por ser um PSF está sim (Entrevista realizada em 10/11/2016).

O Assistente Social C, ainda fez uma análise das duas secretarias onde foi afirmado “[...] a secretaria de saúde disponibiliza as pessoas e as questões de saúde [...] mas as condições de trabalho é a secretaria de segurança que tem que disponibilizar, dentro da limitação do sistema prisional. Em termos estruturais são os limites dos recursos públicos” (Entrevista realizada em 07/11/2016).

Para Iamamoto (2009, p. 1):

A análise dos espaços ocupacionais do assistente social – em sua expansão e metamorfoses – requer inscrevê-los na totalidade histórica

considerando as formas assumidas pelo capital no processo de revitalização da acumulação no cenário da crise mundial.

É em meio deste espaço sócio ocupacional que muitos trabalhadores da saúde acabam desencadeando algum processo de adoecimento, e em alguns casos, é necessário que o profissional seja afastado. “o processo saúde-doença-trabalho se insere nos diversos aspectos da organização, divisão, processo e relações sociais no trabalho” (FREIRE, 2000, p. 170).

As doenças ocupacionais que antes eram relegadas aos consultórios médicos atualmente se configuram enquanto processos sinalizadores de uma nova expressão das relações sociais vinculadas ao mundo do trabalho. Estudo tem comprovado que a cada tempo aumenta os afastamentos do trabalho de profissionais relacionados as constantes exposições a situações limites (SILVA e SILVA, 2013, p. 2).⁹

Veja o relato da Assistente social B, ao ser questionada se já havia adoecido em detrimento do trabalho:

Resposta do Assistente Social B: quem nunca ficou doente naquele lugar? Eu sou a mulher que mais dei atestado ali, já emocional; eu sofro enxaqueca crônica, tem período que eu dou uma baqueada. O ambiente é pesado, a energia é pesada, o espaço é ruim. Tem momento que é muito calor, tem momento que é muito frio. Já desenvolvi doença sim [...] (Entrevista realizada em 04/11/2016).

Quando foi perguntado se existia alguma política institucional voltada para atenção à saúde dos trabalhadores, a resposta foi unânime: não. Ou seja, é necessária uma maior atenção a estes trabalhadores que atuam na área da saúde no sistema prisional, pois se percebe que a sua própria saúde fica comprometida diante das condições de trabalho.

Os participantes das pesquisas utilizam em sua prática profissional os recursos tecnológicos, desde que eles estejam funcionando, pois até o dia da entrevista realizada com o Assistente Social C, a equipe de saúde estava sem telefone, pois o mesmo havia sido cortado há uma semana. O recurso mais utilizado são os computadores e os recursos de multimídia quando há trabalho e reunião de grupo.

Mesmo existindo um aumento de demanda e uma intensificação do trabalho nos últimos anos para alguns dos entrevistados, nenhum afirmou ter acúmulo de atividades; e todos também afirmaram que não são requisitados pelo sistema prisional fora do seu horário de trabalho. Em relação ao cumprimento de metas e resultados, os participantes

⁹ Disponível em: <<http://www.cress-mg.org.br/arquivos>> Acesso em 17 de novembro de 2016.

relataram que não há esta cobrança, pois os atendimentos são feitos na medida do possível, sendo que em algumas semanas são feitas com mais frequência e outras não, como foi associado à greve dos agentes penitenciários, já que é necessário ter uma escolta para a realização de trabalhos com os usuários.

4.3 Formação e Qualificação Profissional

É importante que se invista em estratégias que possam oferecer aos assistentes sociais, segundo Camargo et al (2013, p. 7):

A formação continuada se constitui como um desafio para profissionais que atuam na área. Existe uma tendência de compreender a formação continuada reduzida ao ensinamento “do como fazer”, “executar”, associada a uma capacidade de o sujeito apreender por meio de capacitações, cursos, etc, a utilização mecânica de um arsenal de técnicas e instrumentos para responder as requisições epidérmicas do mercado.

Destaca-se na entrevista a contradição em se ter a estimulação e o incentivo da qualidade profissional, assim como a formação continuada, pois como foi relatado em entrevista, mesmo tendo este estímulo, ele pode não ser suficiente para o profissional realizá-lo. Apenas um assistente social respondeu que não há o incentivo, conforme os trechos a seguir:

Resposta do assistente social A: Sim a nossa equipe, eu digo não a segurança, a gente trabalha na unidade da segurança, mas temos um posto de saúde ali dentro, então a saúde se preocupa, inclusive a nossa Gerência de Serviço Social sempre está encaminhando os cursos de capacitação; e eu participo de quase todos, porque eu acho que é importante, o assistente social tem que estar sempre capacitado (Entrevista realizada em: 14/11/2016).

Resposta do assistente social B: Atualmente não (Entrevista Realizada em 04/11/2016).

Resposta do assistente social C: Isso é sempre um dilema, ela autoriza; por exemplo, ela autoriza mas não disponibiliza. Às vezes oferece, ela faz a propaganda mas as vezes também não libera; você tem que ficar no seu serviço porque também não pode deixar sem ninguém. E é sempre assim, você tem que ver se é um interesse seu, se vai ser liberado. Então é sempre conflitante isso também (Entrevista realizada em 07/11/2016).

Resposta assistente social D: Sim, através de cursos (Entrevista realizada em 10/11/2016).

Segundo Camargo et al (2013), a aproximação ao universo do trabalho profissional, com o intuito de fomentar a formação continuada, pode ocorrer por meio do estágio supervisionado em Serviço Social e, assim como na constituição de outras estratégias de sensibilização desses profissionais para cumprimento de tal objetivo. O estágio é uma estratégia para a formação profissional que complementa o processo de ensino/aprendizagem, com o foco na prática profissional.

Quando questionado aos assistentes sócias A, B, C e D se no momento algum estava supervisionando estágio, todos responderam que não. Por diversos motivos, sendo eles, a falta de estrutura no ambiente de trabalho, a falta de interesse pelos estudantes devido à localização do estágio. Mas também houve uma resposta cujo falta de interesse é do profissional devido a problemas anteriores, conforme o relato a seguir:

Resposta assistente social D: Não supervisiono estágio. Supervisionei uma vez só [...] experiência não muito boa, a estagiária deu um pouco de trabalho. É por isso que eu preferi ficar sem. (Entrevista realizada em 10/11/2016).

Por mais que haja alguns limites e dificuldades ao supervisionar o estágio, é importante ressaltar, que este deveria ser um momento de aprendizado e capacitação do estudante; proporcionando o primeiro contato com a realidade da prática profissional, que muitas das vezes é contraditória. O estágio não deixa de ser também importante ao profissional do Serviço Social, ou seja, há uma capacitação deste na intervenção social.

Durante a realização da pesquisa constatou-se a dificuldades dos profissionais de Serviço Social realizar sua prática profissional, já que no sistema prisional, eles estão submetidos a uma secretaria de segurança. Existe uma autonomia dos profissionais, que, no entanto são consideradas limitadas.

Quanto aos limites da realidade intramuros da unidade hospitalar do Sistema Penal, na fala dos sujeitos percebemos que a falta de autonomia (relacionada à locomoção de ir e vir) para prestar a assistência emerge pela presença do agente penitenciário. [...] Cabe ressaltar que o agente penitenciário é um profissional que não faz parte do quadro efetivo da realidade extramuros, entretanto, no Sistema Penal, está presente a todo o momento. [...] Destaca-se que, apesar de a presença do agente penitenciário ser por vezes tida como vigilância constante [...] clama por mais segurança dentro do Sistema Penal, pois se sente vulnerável devido à periculosidade do apenado e do Sistema em si (SOUZA e PASSOS, 2008, p. 421).

A dificuldade colocada pelos entrevistados em se trabalhar dentro de duas secretarias (saúde e segurança), segundo Jesus et al (2003), é que quando se trabalha em conjunto dos agentes, a equipe profissional também fica enquadrada nas regras do encarceramento, pois são os agentes que irão falar o que pode ou não ser feito dentro do sistema prisional. Um exemplo a ser dado, é quando os assistentes sociais precisam fazer um atendimento, logo, este serviço só será feito se tiver agentes penitenciários disponíveis para fazer a escolta, sendo uma regra da segurança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Trabalho de Conclusão de Curso teve como objetivo analisar a prática profissional do assistente social no âmbito da saúde prisional do Distrito Federal. Para isso, foi realizada pesquisa bibliográfica com intuito de compreender e situar o Serviço Social desde sua gênese até a discussão do profissional inserido no sistema prisional, atuando na saúde, mais precisamente na Atenção Primária em Saúde. Ao mesmo tempo, por meio da pesquisa bibliográfica, ficou perceptível a escassez de estudos que abordassem o tema, sendo esta uma das contribuições desta pesquisa, pois se constatou que a maior parte da produção acadêmica sobre o tema se concentra no campo das ciências jurídicas, evidenciando a ausência relativa de pesquisas que abordem a problemática do sistema prisional do ponto de vista das ciências sociais em geral e na saúde no contexto prisional.

O estudo também está associado a uma pesquisa de professores e alunos da Universidade de Brasília e em parceria com a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, que tem como objetivo discutir e analisar a atuação profissional na APS do DF.

Durante o processo de realização deste trabalho, foram colocadas as lutas dos profissionais do Serviço Social para conseguir a garantia de direitos à população, mas também se percebe que por mais que tenhamos conseguido alguns direitos, vivenciamos um momento de retrocesso, pois, por exemplo, a saúde, que foi dada como direito à todos, mas que atualmente, está associada em um processo de mercantilização e precarização de serviços.

Para maior obtenção de dados, foi enviado aos assistentes sociais um questionário online, e posteriormente foram selecionados 04 (quatro) profissionais para a realização de uma entrevista. Por meio destes instrumentos, conseguiu-se alcançar os objetivos, sugerindo que um dos maiores limites para a atuação profissional dentro da saúde prisional é a relação de poder da Secretaria de Segurança em relação aos profissionais da saúde. Outro fator que acaba influenciando diretamente na prática profissional é a infra-estrutura do local de trabalho, já que foi apontada, na maioria das entrevistas, a precariedade do ambiente laborativo.

Parte das dificuldades observadas na saúde prisional pode ser relacionada ao pouco investimento por parte do Estado, pois a falta de recursos materiais e humanos

acarreta na limitação da prática profissional, não só dos assistentes sociais, mas como de todos os profissionais que fazem parte da equipe de saúde.

É perceptível a contradição existente neste campo de estudo: a saúde prisional que visa os cuidados com o cidadão e dos direitos do mesmo, cujos profissionais atuam no mesmo espaço em que a segurança, na maioria das vezes, visa a punição do cidadão. Essa mesma contradição poderia ser revertida, caso as categorias, assim como suas chefias, se unissem por meio de reuniões e diálogos com o intuito de propor estratégias para a ressocialização para aqueles que ali estão privados de liberdade.

Ao analisar o cotidiano profissional, cabe a nós entender que o assistente social, no sistema prisional, muitas das vezes não consegue realizar seu trabalho da forma que deveria, pois a atuação do Serviço Social torna-se limitada no atendimento das demandas existentes devido à lógica institucional.

Mesmo sendo um assunto não abordado diretamente dentro desta pesquisa, é preciso destacar a importância que deveria ter a inclusão na agenda pública de demandas, assim como a expressão de interesses de movimentos e organizações sociais que atuam em defesa dos direitos humanos e da condição social dos presos. Ou até mesmo, dar maiores incentivos aos profissionais que já estão atuando na área, pois é importante que os profissionais tenham uma formação continuada. Como foi retratado na entrevista, por mais que haja algum incentivo de capacitação e formação continuada, o mesmo deixa de existir pela impossibilidade e empecilhos de participação.

Outro fator importante é a necessidade do profissional reconhecer os encadeamentos de sua prática profissional nas condições objetivas de vida do usuário e no espaço organizacional, o que significa reconhecer a importância do trabalho desenvolvido não por sua utilidade, mas, por seu significado social. O profissional precisa ser capaz de desenvolver uma prática profissional voltada para as particularidades da realidade em que atua e para isso é necessário que seja comprometido com os valores e princípios existentes no Código de Ética do Assistente Social. Desse modo, o profissional precisa compreender as relações sócio-econômicas, políticas e culturais postas na realidade.

Os assistentes sociais devem orientar suas ações nos espaços sócio-ocupacionais pelo Projeto Ético-Político. Porém, também é necessário refletir como pensar as ações presentes no cotidiano que tem por base o projeto profissional, quando muitos agentes públicos insistem em cumprir apenas normas e burocracias, exigindo o desempenho de

funções que muito se afastam do que os profissionais de Serviço Social defendem e se propõem a fazer.

Sendo assim, ao realizar este estudo, é possível contribuir para reflexões críticas sobre o exercício profissional neste espaço ocupacional, assim como compreender a dinâmica da prestação dos serviços, considerando a reconfiguração do Estado e a insuficiência das políticas públicas no atendimento das demandas sociais.

Referências

ALVES, Manoela Magalhães; SILVA, Aline Teixeira Marques. **A influência do estado neoliberal no sistema de saúde brasileiro diante do conceito ampliado de saúde.** 2011. Disponível em: <<http://www.seer.perspectivasonline.com.br>>. Acesso em: Outubro de 2016.

AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **Democracia é saúde.** Anais 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

ARRUDA, Aurilene Josefa Cartaxo Gomes et al. **Direito à saúde no sistema Prisional: Revisão integrativa.** Revista de enfermagem. 2013.

BACKX, Sheila de Souza. **Serviço Social: reexaminando sua história.** Rio de Janeiro: CJ Editora AS, 1994.

BARROCO, Maria Lucia Silva. **Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos.** 6ª Edição. São Paulo, Cortez, 2008.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação.** IN: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais – Brasília: CFESS/ABEPSS. (Publicação: Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. V. 1) Brasília, DF, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. **O financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período 1999 a 2004: Quem paga a Conta?** IN: MOTA, et. al. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 4ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília - DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal. 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 648, de 28 de Março de 2006.** Disponível em:<http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>. Acesso em: outubro de 2016

_____.Ministério da saúde. **Portaria n. 482, de 1º de abril de 2014.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 63, Seção 1, p. 48, 2014.

_____.Ministério da saúde. **Portaria n. 1.777, de 09 de setembro de 2003.** Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_1777.pdf> Acesso em: outubro de 2016.

_____. **Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf> Acesso em: Junho de 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o debate.** In: Serviço Social e Saúde Formação e trabalho profissional. Ana Elizabete Mota, et. al. (orgs.). São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

CAMARGO, Maria Angelina Baía de Carvalho de Almeida; LOPES, Elaine Sardinha; OLIVEIRA, Aline de Jesus. **Formação Continuada: Estratégia de Fortalecimento do Projeto Ético-Político do Serviço Social.** 2013. Disponível em: <mg.org.br/arquivos/simposio>. Acesso em novembro de 2016.

CARTA CAPITAL. **Brasil possui a quarta maior população prisional do mundo.** Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/sociedade/brasil-possui-a-quarta-maior-populacao-prisional-do-mundo-7555.html>> Acesso em: Junho de 2016.

CFESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Brasília: CFESS, 2009.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata.** Disponível em: <<http://cmdss2011.org>>. Acesso em outubro de 2016.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Atribuições privativas do (a) Assistente Social:** em questão. Brasília: CFESS, 2002.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM. **O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no DF.** Disponível em: <http://www.corendf.gov.br/site/wpcontent/uploads/2016/06/BRASILIA_SAUDAVEL_DOCUMENTO_REFERENCIAL.pdf>.

CORREIA, Marcus Orione Gonçalves; CORREIA, Érica Paula Barcha. **Curso de Direito da Seguridade Social.** 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2008. p. 18-20.

CORREIO BRAZILIENSE. **Superlotação é grave no sistema prisional do Distrito Federal.** Disponível em: <http://www.correiobraziliense.com.br/app/noticia/cidades/2015/05/27/interna_cidades_df,484623/superlotacao-e-grave-no-sistema-prisional-do-distrito-federal.shtml> Acesso em: Junho de 2016

COSTA, Maria Dalva Horácio. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais.** In: MOTA, Ana Elizabete et al (Orgs.) SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: Formação e Trabalho Profissional 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 304-351

DUMKE, Camila; ALMEIDA, Bruno Rotta. **O Acesso à Saúde no Âmbito do Sistema Prisional Brasileiro**. In: 24º Congresso de Iniciação Científica. Pelotas /RS: UFPel, 2015.

ESTEVIÃO, Ana Maria R. **O que é Serviço Social**. Coleção Primeiros Passos. 3º Ed. São Paulo: brasiliense 1985.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber Profissional e poder institucional**. 6ed. São Paulo: Atlas, 2006.

FORIGO, Marlus Vinicius. **Crise Do Estado De Bem-Estar Social E Neoliberalismo**. Relações Internacionais no Mundo Atual, Curitiba, n. 3, 2003.

FREIRE, Abrão dos Santos. CÂNDIDO, Sandra da Silva. **Uma análise da origem do Serviço Social**. Revista Eletrônica da Faculdade José Augusto Vieira. Ano VI – Nº08. 2013.

FREIRE, Maria Lúcia de B. **O Serviço Social e a Saúde do Trabalhador diante da reestruturação produtiva nas empresas**. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). A nova fábrica de consenso: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas do serviço social. São Paulo: Cortez, 2000. p.167-194.

FREITAS Rosane Souza; ZERMIANI, ThabataCristy; NIEVOLA, MaiaraTauana Souza; NASSER, Janaína Naumann; DITTERICH, Rafael Gomes. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas De Liberdade no Sistema Prisional: uma análise do seu processo de formulação e implantação**. R. Pol. Públ., São Luís, v. 20, n 1, p.171-184, jan./jun. 2016.

GUERRA, Yolanda. **O conhecimento crítico na reconstrução das demandas profissionais contemporâneas**. In BAPTISTA, M. V.; BATTINI, O. A prática profissional do assistente social: teoria, ação, construção do conhecimento. São Paulo: Veras Editora, 2009.

GERÊNCIA DE SAÚDE DO SISTEMA PRISIONAL - GESSP. Disponível em: <<http://www.saude.df.gov.br>>. Acesso em: outubro de 2016.

GIOVANELLA, L. MENDONÇA, M. H. M. de. **Atenção Primária em Saúde**. In: Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: dimensões históricas, teóricas e ético-políticas**. Fortaleza: CRESS/SC, 1997.

_____. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 19. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **A questão social no capitalismo**. Revista Temporalis – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2. Nº 3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social.** In: Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS/Abepss, 2009. p. 341-375.

IAMAMOTO, Marilda Villela e CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológico. 14ª Ed. São Paulo: Cortez, 2001.

JESUS, Luciana Oliveira de; SCARPARO, Helena Beatriz K. e LERMEN, Helena Salgueiro. **Desafios profissionais no campo da saúde no sistema prisional:** dilemas na interface entre a saúde e a segurança. Aletheia [online]. 2013, n.41, pp.39-52. ISSN 1413-0394.

JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva; ALVES, Carla Almeida. **Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas.** In: Márcia Valéria G.C. Morosini e Anamaria D. Andrea Corbo (org). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p 27-41. ISBN: 978-85-98768-24-3.

KRÜGER, T. R. Serviço Social e Saúde: **Espaços De Atuação A Partir Do SUS.** Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010.

LAVRAS, Carmem. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil.** Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LIMA, Kênia Raisse Borges; PEREIRA, Francisca Alves; SILVA Juliana Alexandre; PREIRIRA Lucilene Alves. **Relevância do Trabalho Do Assistente Social no Âmbito da Saúde: Viés para a Efetivação da Concepção Social da Saúde.** Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/0323_0261_01.pdf>. Acesso em outubro de 2016.

MACHADO, Felipe Rangel de Souza. **A judicialização da saúde no Brasil: cidadanias e assimetrias.** Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://redenep.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/tese__a_judicializacao_da_saude_no_brasil__cidadanias_e_assimetrias.pdf. Acesso em: outubro de 2016.

MACHADO, Ednéia Maria. **Questão Social: Objeto do Serviço Social?** In Serviço Social em Revista : Editora da Universidade Estadual de Londrina : Londrina, 1999.

MARQUES, Simone Felix. **O Desacreditável e o Desacreditado:** Considerações sobre o fazer técnico do Assistente Social no Sistema Prisional. 2009. Disponível em: <http://www.susepe.rs.gov.br/upload/1326743484_Artigo.%20Simone%20vers%C3%A3o%20final.pdf> Acesso em: setembro de 2016.

MELO, Magnólia Maria da Rocha. **A influência do pensamento marxista no Serviço Social brasileiro a partir da década de 80.** Disponível

em:<<http://www.pessoalsercomtel.com.br/colman/document.htm-47k>>. Acesso em outubro 2016.

MENDES , Eugênio Vilaça. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretaria de Saúde – CONASS, 2015.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MIOTO, Regina Célia Tamasso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Serviço Social e saúde – desafios intelectuais e operativos**. SER Social, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-243, jul./dez. 2009

MOSCON, Nelize. KRUGER, Tânia Regina. **O Serviço Social na Atenção Básica e o Acesso aos Serviços de Saúde**. Rev. Saúde Públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 3, n. 2, jul./dez. 2010.

NETTO, José Paulo. **O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois**. In: Revista Serviço Social e Sociedade. Nº 84 – ANO XXVI. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós –64**. 8ed. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **Cinco notas a propósito da “questão social”**. Revista Temporalis – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2. Nº 3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

_____. **A construção do projeto ético-político contemporâneo**. In: Capacitação m Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

_____. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. **Crise do socialismo e ofensiva neoliberal**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

OLIVEIRA, Heloisa dos Santos Martins de. **O carácter ressocializador da atividade laborativa**. 2006. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/1176/1125>>. Acesso em outubro de 2016.

PASTANA, Débora. **Justiça penal autoritária e consolidação do estado punitivo no Brasil**. Rev. Sociol. Polit. [online]. 2009, vol.17, n.32, pp. 121-138. ISSN 1678- 9873.

PEREIRA, Jordana Davi; SILVA, Sheyla Suely de Souza; PATRIOTA, Lucia Maria. **Políticas Sociais no Contexto Neoliberal: focalização e desmonte dos direitos**. In: Qualit@s - Revista Eletrônica - ISSN 1677- 4280 – Edição Especial, 2003.

PIERDONÁ, Zélia Luiza. A proteção social na constituição de 1988. Disponível em: <<http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/16475-16476-1-PB.pdf>>. Acesso em novembro de 2016.

PLANO NACIONAL DE SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf> Acesso em: Junho de 2016.

PORTAL DE DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnaisp.php>>. Acesso em: novembro de 2016

RAICHELIS, Raquel. **O trabalho do assistente social na esfera estatal**. In: CFESS/ABEPSS (Orgs.). Direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/Abepss, 2009.

_____. **O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set. 2011.

RAMOS, Sâmia Rodrigues. **Limites e possibilidades históricas do projeto ético-político**. Revista Inscrita (Rio de Janeiro) 2009.

ROCHA, E. F.; GIMENEZ, S. T. O papel do Serviço Social em uma equipe interdisciplinar. 2010. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/2171/2348>>. Acesso em: novembro de 2016.

ROSANVALLON, Pierre. **A crise do estado-providência**. Brasília: UnB, 1997.

SANTIS, Bruno Moraes Di ; Werner ENGBRUCH, W. **A evolução histórica do sistema prisional e a Penitenciária do Estado de São Paulo**. Revista Liberdade, n 11, p. 143 a 160. 2012.

SIMÕES, Pedro; ZUCCO, Luciana. **Homens no Serviço Social: primeiras impressões**. In: Libertas, Juiz de Fora, v.10, n.1, p. 25 - 41, jan-jun / 2010.

SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Ribeiro. **Direito à saúde: discurso, prática e valor - Uma análise nos países do Mercosul**. Florianópolis: Departamento do curso de graduação em Serviço Social, 1999.

SILVA; Ozanira. **O serviço Social e o popular :resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura**. 4 Ed. São Paulo: Cortez,2007.

SOUSA, Simone Alves. **Questão Social como base para o surgimento do Serviço Social**. Revista Faficano, 3ª edição, vol. 3, nº 3, ano 3.2012/2013.

SOUZA, Mônica Oliveira da Silva; PASSOS, JoanirPereira. **A prática de enfermagem no sistema penal: limites e possibilidades**. Esc. Anna Nery [online].2008, vol.12, n.3, pp. 417-423.ISSN 1414-8145.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias.** UNESCO/ Ministério da Saúde / Governo Federal. Brasília. 2003.

TELES, Vera da Silva. **Questão Social: afinal do que se trata?.** São Paulo em Perspectiva, vol. 10, n. 4, out-dez/1996. p. 85-95

TEIXEIRA, Joaquina Barata. BRAZ, Marcelo. **O projeto ético-político do Serviço Social.** Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília, CEFESS/ABEPSS, 2009.

TRINDADE, Rosa Lúcia Predes. **Desvendando as determinações sócio-históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre demandas e projetos profissionais.** Revista Temporalis, n. 4. Rio de Janeiro: ABEPSS, 2000, p. 21-42.

ANEXO I

ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

(com profissionais/assistentes sociais na APS do DF)

I – IDENTIFICAÇÃO/DADOS PESSOAIS

Idade: _____

Sexo: () M () F

Renda individual (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 (aqui é o serviço, Nasf, consultório na rua, centro de saúde, saúde prisional, ...)?

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

Dessas ações e atividades desenvolvidas quais você considera que são específicas do assistente social (no Nasf, no consultório na rua, na saúde prisional, no centro de saúde....)?

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?

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 (infra-estrutura) 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?

ANEXO II**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, 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 semiestruturada (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 telefone para: Dr(a). Andréia de Oliveira na instituição Universidade de Brasília telefone: (61) 981080161, no horário: 9h às 12 e das 14h às 18h, ou para Michelle da Costa Martins na instituição SES/DF, telefone (61) 33486149, no horário das 14h às 18h. 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 obtidas através do telefone geral: (61) 3107-3300. 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)