

**INTERVENCIÓN Y CONDICIONES LABORALES DE LOS/AS  
TRABAJADORES/AS SOCIALES EN EL ÁREA DE LA SALUD EN BRASIL**

***INTERVENTION AND WORKING CONDITIONS OF SOCIAL WORKERS IN THE  
AREA OF HEALTH IN BRAZIL***

**Reginaldo Ghiraldelli<sup>1</sup>**  
**Andreia de Oliveira<sup>2</sup>**

**TRABAJO SOCIAL GLOBAL – GLOBAL SOCIAL WORK, Vol. 10, nº 19, julio-diciembre 2020**

<https://dx.doi.org/10.30827/tsg-gsw.v10i19.11844>

---

<sup>1</sup> Universidade de Brasília (Brasil).  <https://orcid.org/0000-0002-9229-7686>

<sup>2</sup> Universidade de Brasília (Brasil).  <https://orcid.org/0000-0001-8759-059X>

Correspondencia: Reginaldo Ghiraldelli. Departamento de Trabajo Social. Universidad de Brasilia (Brasil).  
e-mail: [rghiraldelli@unb.br](mailto:rghiraldelli@unb.br)

---

Recibido: **16-01-2020**    Revisado: **13-04-2020**    Aceptado: **15-05-2020**    Publicado: **21-12-2020**

---

**Cómo citar / How to cite:**

**Ghiraldelli, R. y Oliveira, A. (2020). Intervención y condiciones laborales de los/as trabajadores/as sociales en el área de la Salud en Brasil. *Trabajo Social Global – Global Social Work*, 10(19), 79-103. doi: 10.30827/tsg-gsw.v10i19.11844**

## Resumen

El artículo analiza las acciones profesionales y las condiciones laborales de los/as trabajadores/as sociales en la esfera de la Atención Primaria a la Salud en el Distrito Federal - Brasil, con el objetivo de comprender los límites y las posibilidades de la actuación profesional en ese espacio ocupacional. Desde el análisis cualitativo, basado en la revisión bibliográfica-documental y en la investigación de campo con aplicación de cuestionarios y entrevistas semiestructuradas, se observan, en el contexto de metamorfosis en el mundo laboral, condiciones que afectan en el cotidiano de los/as trabajadores/as sociales. Teniendo en cuenta la actual situación de Brasil, de remodelación de las funciones del Estado desde una perspectiva neoliberal, los/as trabajadores/as sociales encuentran dificultades y dilemas en las tensas relaciones establecidas entre la dimensión asalariada del trabajo y los preceptos éticos y políticos.

## Abstract

*The article analyzes the professional actions and working conditions of social workers in the sphere of Primary Health Care in the Federal District - Brazil, with the aim of understanding the limits and possibilities of professional action in that occupational space. From the qualitative analysis, based on the bibliographic-documentary review and on the field research with the application of questionnaires and semi-structured interviews, conditions that affect the daily life of social workers are observed in the context of metamorphosis in the world of work. Taking into account the current situation in Brazil, of remodeling the functions of the State from a neoliberal perspective, social workers find difficulties and dilemmas in the tense relations established between the salaried dimension of work and ethical and political precepts.*

---

**PC:** Trabajo Social; Profesión; Salud; Atención Primaria a la Salud.

**KW:** Social Work; Profession; Health; Primary Health Care.

---

## Introducción

Desde la génesis del Trabajo Social en Brasil en la década de 1930, profesión reconocida, legitimada e insertada en la división social y técnica del trabajo, que emerge para satisfacer las necesidades sociales e intervenir en las múltiples expresiones de la “cuestión social” (Iamamoto, 2009), el área de la salud ha absorbido un contingente significativo de trabajadores/as sociales.

De acuerdo con Iamamoto (2009), los/as trabajadores/as sociales en Brasil son predominantemente funcionarios/as públicos/as, que actúan en la elaboración, planificación, gestión y ejecución de políticas sociales, entre ellas, la política de salud. Las políticas sociales, entendidas paradójicamente como formas y estrategias de respuestas a las manifestaciones de la “cuestión social” por medio del Estado y/o de organismos privados, mientras posibilitan el acceso a los derechos de ciudadanía de la población para su supervivencia, también satisfacen los intereses capitalistas de reproducción del *status quo*.

Dos décadas después de la creación de la primera escuela de Trabajo Social en Sao Paulo, la profesión fue reconocida y regulada con base en la Ley nº 3252/1957, seguida de la Ordenanza nº 994/1962 que complementa la primera regulación y dispone sobre el ejercicio de la profesión Matos (2015). Desde ese momento, son constituidos y creados el Consejo Federal y los Consejos Regionales, en aquella época, denominados: Consejo Federal de Trabajadores/as sociales (CFAS) y Consejos Regionales de Trabajadores/as sociales (CRAS), actualmente denominados de Consejo Federal de Trabajo Social (CFESS) y Consejos Regionales de Trabajo Social (CRESS).

En 1940 fue creada la primera entidad de la categoría de trabajadores/as sociales en Brasil, la Asociación Brasileña de Trabajadores/as sociales (ABAS) que tenía divisiones en casi todos los estados brasileños. La Asociación Brasileña de Enseñanza en Trabajo Social (ABESS) fue creada en 1946, actualmente denominada Asociación Brasileña de Enseñanza e Investigación en Trabajo Social (ABEPSS).

Según Bravo y Matos (2007), a partir de los años de 1940, se observa un aumento en la práctica profesional en el área de la salud, convirtiéndose en el sector con mayor absorción del contingente de trabajadores/as sociales. Además de las múltiples expresiones de la “cuestión social”, teniendo en cuenta los factores estructurales y coyunturales de la sociedad capitalista, también justifica la ampliación del mercado profesional la formulación de un nuevo concepto de salud por parte de la Organización Mundial de Salud (OMS) en

1948, implantando acciones de carácter educativo y preventivo con énfasis en el trabajo multidisciplinar. En ese período, se llevaba a cabo la inserción profesional en el ámbito clínico, hospitalario y ambulatorio, y el Trabajo Social se insertaba en los servicios de salud por medio de acciones basadas en el modelo médico-clínico, es decir, como un profesional complementario de la actividad médica, también denominado “paramédico”, que se refería a los profesionales no médicos que actuaban en los servicios de salud (Matos, 2009). A pesar del surgimiento de los Centros de Salud (Centros Sanitarios) desde 1920 en Brasil, la incorporación de trabajadores/as sociales en ese espacio ocupacional solo ocurrió a partir de los años setenta (Bravo y Matos, 2007).

En la década de los 60 y 70 el Trabajo Social latinoamericano experimenta un proceso de revisión de su base teórico-metodológica, ética, ideo-política y operacional que fue conocido como Movimiento de Reconceptualización (Netto, 2001).

Cuando se analiza ese proceso desde el punto de vista de la dialéctica de rupturas y continuidades, Netto (2001) identifica tres direcciones en el Movimiento de Reconceptualización: la *perspectiva modernizadora*, orientada por la matriz estructural-funcionalista y tecnocrática, hegemónica en la profesión en los años 60 y 70; la *reactualización del conservadurismo*, de inspiración fenomenológica y rasgos microscópicos en la intervención profesional; y la *intención de ruptura*, que, con base en la tradición marxista, pasa a ser incorporada en el debate profesional en los años 80 y profundizada en los años 90 y 2000.

Al mismo tiempo, en los años 70, aparece en el escenario brasileño el movimiento de Reforma Sanitaria, que tensionaba y cuestionaba el modelo sanitario vigente, el cual era organizado desde el punto de vista biomédico, de la clínica-médica, con estructura hospitalocéntrica. En el caso del proceso de renovación del Trabajo Social brasileño, por tratarse de un movimiento que se lleva a cabo en el interior de la profesión, no hubo, en ese período, ninguna relación directa de la categoría profesional con las cuestiones relacionadas con la Reforma Sanitaria (Bravo y Matos, 2007).

La década de los 80, marcada por la saturación y el agotamiento del régimen militar, por la crisis económica y por la apertura política, presenta avances emblemáticos en relación al movimiento sanitario y a las luchas sociales de la clase obrera por los derechos sociales en Brasil. Se perciben los resultados de las reivindicaciones de esos movimientos con la 8ª Conferencia Nacional de Salud de 1986, llevada a cabo en Brasilia (DF), y la promulgación de la Constitución Federal en 1988, la cual exhibe un modelo de protección social basado

en la concepción de la seguridad social que considera la salud, la previsión y la asistencia social como derechos de ciudadanía. La salud es percibida como un derecho universal y obligación del Estado, la asistencia es prestada a quien la necesite, bajo la lógica de criterio y selectividad, y la previsión social está basada en la lógica del seguro contributivo. Poco después de la promulgación constitucional, esas políticas fueron reguladas por leyes específicas. En el caso de la salud, por las Leyes Orgánicas de la Salud nº 8080/1990 y nº 8142/1990, constituyendo a partir de ese momento, el Sistema Único de Salud (SUS), guiado por los principios de la universalidad, descentralización, jerarquización de los servicios, regionalización, participación e integralidad de la asistencia a la salud.

Sin embargo, en dirección opuesta a la ampliación y consolidación de los derechos sociales de ciudadanía, basados en una perspectiva universalista, el Brasil de los años de 1990 pone en marcha medidas políticas de ideas neoliberales, transfiriendo las responsabilidades públicas y sociales del Estado al ámbito del mercado, con una gran tendencia a las privatizaciones de sus bienes, de su patrimonio y de sus servicios públicos. A partir de ahí, se presentan dos proyectos en disputa respecto a la salud: el proyecto inspirado en la reforma sanitaria de defensa de la salud pública, universal, con acceso democrático a los servicios, participación popular y atención interdisciplinar; y el proyecto privatista, de carácter selectivo, fiscalizador, individual, asistencialista y guiado hacia el incentivo de los seguros médicos (Bravo y Matos, 2007).

En Brasil, la seguridad social es el espacio ocupacional de predominancia de trabajadores/as sociales, lo que significa que el Trabajo Social actúa diariamente en las tensiones existentes entre las necesidades humanas y los intereses político-económicos del capital financiero. En el caso de la salud, como cualquier otro espacio de actuación, se presentan particularidades que necesitan, de parte de los profesionales, una aprensión crítica y consciente de la realidad social y de los determinantes de la política de salud, con sus rebatimientos en las acciones diarias e incidencias directas en la vida de los usuarios/as de los servicios prestados. Teniendo en cuenta la formación generalista, se debe señalar que los/as profesionales del Trabajo Social, insertados en los servicios de salud, no desarrollan habilidades, conocimientos, acciones, actividades y procedimientos exclusivos y restringidos a la salud como en cualquier otra área de las políticas y de los servicios sociales (Matos, 2009). Sin embargo, aunque no existan ese exclusivismo y esas restricciones, este espacio ocupacional tiene particularidades, lo que exige acercamiento y apropiación a partir de las habilidades y dimensiones teórico-metodológicas, ético-políticas y técnico-operativas que pasan por la formación y por el ejercicio de la profesión.

Como resultado de importantes luchas y del protagonismo de profesionales y de las entidades representativas, se reconoce el Trabajo Social como una profesión del área de la salud, establecido en la Resolución nº 218/1997 del Conselho Nacional de Salud (CNS) y, así, se inserta como una especialización en los procesos colectivos de trabajo en salud. Ese reconocimiento se debe a que el Trabajo Social cumple una utilidad social al responder tanto a las necesidades y demandas provenientes de la población que usa los servicios prestados, como también a las demandas estructurales-coyunturales-institucionales del orden social.

Aunque se encuentra inmerso en espacios institucionales rígidamente jerárquicos, burocráticos, precarios y con correlaciones de fuerzas cada vez más complejas, el Trabajo Social, por su naturaleza de profesión regulada, tiene autonomía relativa en el ejercicio cotidiano de sus acciones. Esas relaciones tensas y conflictivas se presentan como dilemas, límites, pero también como posibilidades para la realización de la labor profesional en conformidad con los principios y valores que rigen el proyecto ético-político del Trabajo Social.

El Trabajo Social, requerido en todos los niveles de complejidad de la salud para satisfacer las múltiples expresiones de la “cuestión social”, compone también el grupo profesional de la Atención Primaria a la Salud que, en la relación con otras profesiones, contribuye a la atención y el acceso de la población a la política de salud.

En los variados espacios institucionales en los que actúa, los/as trabajadores/as sociales hacen frente cada día al proceso de radicalización de la “cuestión social”, que se expresa en el desempleo estructural, en la violencia, en el analfabetismo, en la miseria, en la pérdida y ausencia de derechos, en el racismo, en la enfermedad, en la LGBTfobia y en otras muchas manifestaciones de explotación y opresión que figuran la sociabilidad capitalista.

Los cambios en marcha en la coyuntura brasileña entran en contacto con el mercado profesional laboral de los/as trabajadores/as sociales que asume nuevos moldes, diversificando los espacios ocupacionales, haciendo surgir inéditas solicitudes y demandas, nuevas habilidades, competencias y atribuciones, y enfatizando en el Trabajo Social la necesidad de capacidad crítica, analítica, técnica, ética y política en sintonía con el tiempo presente (Iamamoto, 2009).

En definitiva, surge la necesidad de comprensión y acercamiento del ejercicio profesional de los/as trabajadores/as sociales en el ámbito de la Atención Primaria a la Salud, con énfasis en las acciones profesionales y en las condiciones laborales, comprendiendo el Trabajo

Social en los procesos de trabajo en salud en acuerdo con los principios y directrices del Sistema Único de Salud (SUS), con la Reforma Sanitaria y con el proyecto ético-político de la profesión.

## **1. Trabajo Social, Salud y Atención Primaria a la Salud**

Las acciones profesionales, que involucran el proceso investigativo-intervencionista, la formulación, la planificación, la gestión, la ejecución de servicios y políticas sociales, los encaminamientos, la orientación a individuos, grupos y familias, son impregnadas y orientadas por los principios éticos y políticos, y pueden ser comprendidas como:

[...] as atribuições que viabilizam as respostas dos profissionais às requisições colocadas pelas demandas institucionais, como parte da prestação de serviços sociais. Essas ações materializam o caráter interventivo do Serviço Social e dentre as mais comuns estão: executar, orientar, agrupar, providenciar, acompanhar, socializar, coordenar, planejar, pesquisar, monitorar, supervisionar, organizar e administrar, estudar e analisar, emitir parecer, assessorar, consultorar. [...] Esses conteúdos estão permeados pelas concepções teóricas, pela perspectiva ético-política, as quais fundamentam e direcionam as escolhas profissionais. [las atribuciones que permiten las respuestas de los profesionales a las solicitudes planteadas por las demandas institucionales, como parte de la prestación de servicios sociales. Esas acciones materializan el carácter de intervención del Trabajo Social y entre las más comunes están: ejecutar, orientar, agrupar, providenciar, acompañar, socializar, coordinar, planificar, investigar, monitorear, supervisar, organizar y administrar, estudiar y analizar, emitir dictamen, asesorar, hacer consultoría. [...] Esos contenidos están impregnados de las concepciones teóricas, de la perspectiva ético-política, las cuales fundamentan y direccionan las elecciones profesionales] (Trindade, 2012, p. 70).

En lo que respecta a la práctica profesional de los/as trabajadores/as sociales en la Atención Primaria a la Salud, ese espacio ocupacional es privilegiado en el sentido de que propicia el contacto directo con usuarios/as de los servicios prestados y, de esa manera, potencializa las acciones educativas que dan fuerza a la participación, a la democratización y ampliación del acceso a los derechos y el control democrático, a fin de contribuir a la

superación de la cultura del favor, de la subalternidad, de las prácticas clientelistas, moralistas, de culpa e inmedatistas.

De ese modo, una intervención crítica, consciente y propositiva pasa por el entendimiento del concepto ampliado de salud que, como una de las expresiones de la “cuestión social”, está directamente relacionado con las condiciones de vida y de trabajo de la población y fundamentado en el reconocimiento de aspectos sociales, económicos, políticos, culturales, territoriales, ambientales y tecnológicos.

En ese sentido, se piensa la salud desde el punto de vista de la determinación social como construcción social. De esa manera, pensar la salud bajo la perspectiva de la determinación social es romper las concepciones fragmentadas, a-históricas, reduccionistas, naturalistas, exclusivamente biológicas, comportamentales y individualistas de la vida humana, lo que no significa desconsiderar sus aspectos genéticos y fisiológicos (Fleury-Teixeira, 2009). Por tanto, problematizar la salud es ubicar dialécticamente el contexto social, las condiciones objetivas de vida y trabajo de la población, teniendo en cuenta el grado de organización de la sociedad, el desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales vigentes (Albuquerque y Silva, 2014).

En el escenario actual, de rápida implementación de medidas neoliberales, se observan desmontes y ataques a los derechos históricamente conquistados a partir de luchas sociales emprendidas en el embate de intereses entre las clases sociales. Con esto, la salud pasa a ser vista por los grupos económico-financieros como un negocio rentable y lucrativo, o sea, una política que puede ser privatizada, vendida y consumida en el mercado. Esa iniciativa asume proporciones a partir de maniobras y estrategias del Estado que, basado en el discurso de la crisis y de la necesidad de reducción de sus gastos con las políticas públicas, transfiere sus responsabilidades para el sector privado, que se beneficia de recursos públicos.

La Constitución Federal Brasileña de 1988 reconoce el derecho universal a la salud, previendo equidad, integralidad, calidad en el acceso, atención y asistencia a la salud. Sin embargo, con el fin de satisfacer los anhelos comerciales y lucrativos del capital financiero, este texto constitucional también mantuvo la concepción privatista de los servicios de salud, lo que posibilita su privatización. Eso revela el ambiente de intereses y disputas en los que se encuentra la política de salud en Brasil.

En lo que respecta a la Atención Primaria a la Salud, sus experiencias surgen en las primeras décadas del siglo XX, con concepciones teóricas, metodológicas y políticas

diferenciadas. En el mundo contemporáneo, la Atención Primaria prevé la reorganización del sistema de salud a partir de la prestación de servicios dirigidos a las necesidades individuales y colectivas de la población de acuerdo con una delimitación geográfica, espacial y territorial.

En Brasil, los Centros Sanitarios creados en los años 20 en el Estado de San Pablo destacaban acciones integradas de educación sanitaria y promoción de la salud. En la década de los 60 se observa una expansión significativa de los Centros Sanitarios y, en los años 70, bajo la influencia del movimiento de la Reforma Sanitaria, las experiencias de medicina comunitaria (Lavras, 2011).

La Constitución Federal de 1988 presenta la concepción de Seguridad Social y reconoce la salud como un derecho universal de ciudadanía y deber del Estado, instituyendo el SUS con sus principios y directrices. En los años 90, la Atención Primaria a la Salud, a partir de la municipalización, empieza a estructurarse y a organizarse de forma uniformizada (Lavras, 2011) con acciones orientadas por los principios del SUS, es decir, universalidad, equidad, integralidad, participación social, bajo la responsabilidad de los municipios. El SUS se constituye como un modelo de asistencia a la salud, en la perspectiva de los derechos, de la ciudadanía, de la participación, de la descentralización, de la democracia y del control social, lo que ha contribuido a la incorporación de trabajadores/as sociales en todos los niveles de complejidad, teniendo en consideración la agudización de las desigualdades sociales frente las contradicciones de la sociabilidad capitalista y la reconfiguración del papel del Estado en lo que respecta al compromiso con las políticas públicas y los servicios sociales.

A partir del neoliberalismo en los años 90, son varios los obstáculos e impases para garantizar la implementación de los derechos sociales previstos en la Constitución de 1988. En los años 90, con el objetivo de reordenar las prácticas de salud y sustituir las acciones tradicionales de salud basadas en la lógica curativa y en los cuidados de salud en hospitales, son creados el Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS) en 1991 y el Programa Salud de la Familia (PSF). Posteriormente, en 1997, el PSF es sustituido por la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), una política de Atención Básica que se orienta por el trabajo en equipo multiprofesional, por la integralidad, la territorialización y la jerarquización. Ya que el Trabajo Social es una profesión del área de la salud, este es también un espacio socio-ocupacional de trabajadores/as sociales, lo que requiere la necesidad e importancia de acercamiento y conocimiento sobre la inserción de estos/as profesionales en su respectivo *locus*.

Estos apuntes justifican la necesidad de investigaciones acerca de la inserción del Trabajo Social en la Atención Primaria a la Salud, enfatizando las acciones profesionales y las condiciones laborales.

## **2. Metodología**

La investigación aborda las acciones profesionales y condiciones laborales de los/as trabajadores/as sociales desde una interpretación cualitativa en el Distrito Federal en Brasil. Por ende, es una investigación que se centra en un universo específico y limitado. Algunos estudios brasileños y marcos teóricos sobre el tema contribuyeron a analizar e interpretar los datos obtenidos en la investigación empírica como Trindade (2012), Guerra (2012), Raichelis (2011), Matos (2009), Yamamoto (2009), entre otros. Así, se analiza la práctica profesional a partir de las condiciones objetivas, contradictorias y complejas de la vida social.

Para alcanzar los resultados estimados, mapear el universo cuantitativo de profesionales que forman parte de ese espacio ocupacional y establecer el contacto directo con trabajadores/as sociales, ha sido fundamental la colaboración de la Gerencia de Trabajo Social de la Secretaría de Estado de Salud de Distrito Federal, que ha proporcionado las informaciones necesarias para el contacto entre investigadores/as y trabajadores/as sociales vinculados/as a la Atención Primaria a la Salud. Después de poner a disposición el número de trabajadores/as sociales vinculados/as a la Atención Primaria a la Salud (total de 95), la Gerencia ha proporcionado los números de teléfono y dirección de correo electrónico de esos/as profesionales para la aplicación del cuestionario, elaborado por la plataforma Google y enviado virtualmente a todo el equipo que formaba parte de la base de datos. El cuestionario contenía preguntas generales y objetivas sobre género, edad, religión, estado civil, formación profesional, especializaciones, cursos, capacitación, inserción en el mercado laboral, jornada laboral, condiciones de vida y trabajo, salario e ingresos familiares, acciones profesionales, instrumentos éticos y técnicos, tipos de intervención y demandas profesionales.

Junto al cuestionario, han sido presentados los objetivos de la investigación con las orientaciones sobre los cuidados éticos acerca de la confidencialidad, teniendo en mente que el proyecto ha sido revaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad de Brasilia (UnB). Para cumplir con las recomendaciones éticas, todos/as

los/las participantes han firmado la Declaración de Consentimiento Libre y Esclarecido y sus identificaciones han sido mantenidas en anonimato.

De una totalidad de 95 trabajadores/as sociales que actúan en el ámbito de la Atención Primaria a la Salud en el Distrito Federal, 26 profesionales, es decir el 27,37% del total, han respondido el cuestionario aplicado *online* en la plataforma Google, estando ellos/as ubicados/as en los siguientes espacios ocupacionales: 11 profesionales pertenecientes al Centros de Salud (CS); 6 en el Núcleo de Apoyo a la Salud Familiar (NASF); 5 en la Atención a la Salud en el Sistema Penitenciario (SP); 3 en el Equipo de Atención Domiciliar (EAD); y 1 en la Consulta en la Calle. Es importante decir que, al hacer contacto con estos/as profesionales para presentar la investigación, se aclaró la naturaleza voluntaria y no obligatoria de la participación.

Posteriormente, tras la sistematización de los datos alcanzados por medio de las respuestas al cuestionario *online*, tuvo lugar la etapa de realización de las entrevistas semiestructuradas con trabajadores/as sociales. Las entrevistas se realizaron en una segunda etapa de la investigación, como una forma de profundizar los datos obtenidos de las respuestas a los cuestionarios, y fueron programadas previamente de acuerdo a la disponibilidad de los/las profesionales. Teniendo en cuenta los límites del cuestionario como un instrumento de investigación objetivo, las entrevistas se han convertido en una técnica fundamental para profundizar cuestiones como las condiciones de trabajo y la salud de los/las trabajadores/as sociales, la naturaleza y la complejidad de las demandas que se presentan al Trabajo Social, la ética, el trabajo en equipo, los tipos de intervenciones, estrategias, acciones, límites y respuestas profesionales a los desafíos contemporáneos.

Considerando la naturaleza voluntaria y no obligatoria de la investigación, algunos/as trabajadores/as sociales que han participado en la entrevista también han respondido el cuestionario *online*, mientras que otros/as solo han participado en una de las etapas de la investigación empírica, o sea, solo han respondido el cuestionario *online* o solo han participado en la entrevista semiestructurada. Han participado en las entrevistas 15 trabajadores/as sociales que actúan en la Atención Primaria a la Salud del Distrito Federal, siendo: 5 profesionales inseridos/as en Centros de Salud (CS); 4 en la Atención a la Salud en el Sistema Penitenciario (SP); 2 en el Núcleo de Apoyo a la Salud Familiar (NASF); 2 en el Equipo de Atención Domiciliar (EAD); 2 en la Consulta en la Calle.

### 3. Resultados

A partir de la obtención de datos resultantes del cuestionario *online* y de las entrevistas semiestructuradas, es posible presentar, en términos generales, elementos que esbozan el perfil profesional de los/as trabajadores/as sociales insertados/as en la Atención Primaria a la Salud en el Distrito Federal en Brasil.

Los resultados identifican la predominancia femenina como una huella histórica de la profesión (Iamamoto, 2009), y el catolicismo como religión profesada por la mayoría, seguida del protestantismo y del espiritismo consecutivamente. Todos/as los/las profesionales, siendo funcionarios/as públicos/as, tienen relación estatutaria de trabajo, destacando que solo uno/a de los/las participantes tiene una jornada laboral de 20 horas semanales, puesto que los/las otros/as han informado que trabajan 40 horas semanales. Este dato señala retos para la categoría profesional respecto a la implantación de la Ley nº 12.317/2010, que establece la jornada laboral de 30 horas semanales sin reducción de salario para trabajadores/as sociales, un reciente éxito que expresa la capacidad político-organizativa y las luchas colectivas del Trabajo Social brasileño. Sobre el perfil de la edad, son profesionales de entre 28 y 59 años. En lo referente al tiempo de actuación profesional, sea como trabajador/a social en varios espacios ocupacionales y áreas, sea solo en el área de la salud, los datos revelan un período mínimo de 2 años y en algunos casos superior a 20 años.

En relación al ingreso medio individual, la paga puede variar de 7 a 16 salarios mínimos. Otro dato relevante en cuanto a la calificación profesional es que se observa que la mayoría tiene formación en el ámbito del posgrado, sea *lato sensu* (especializaciones), sea *stricto sensu* (maestría y/o doctorado), direccionadas al área de Trabajo Social, de la Política Social y/o relacionadas con la salud (como Salud Pública, Salud Mental, Salud de la Familia, Salud Materno-Infantil, entre otros enfoques), además de la residencia multiprofesional.

En relación al proceso de formación continuada, los/las profesionales han intentado mantenerse actualizados/as en lo que se refiere a la profesión por medio de participación, especialmente en palestras, eventos, foro de supervisión de práctica supervisada, cursos y de las oportunidades de formación ofrecidas por la Gerencia de Trabajo Social, por el Ministerio de la Salud y también por la Universidad.

*“Me mantengo actualizada a través de cursos, conferencias y otros eventos. La Gerencia de Trabajo Social siempre realiza cursos de capacitación y participo en casi todos, porque creo que es importante. El trabajador social siempre debe estar capacitado.”* (Trabajador/a social - Sistema Penitenciario 1)

Las actividades de formación continuada contribuyen a la calificación, al desarrollo de habilidades, de competencias y a la aprehensión histórica y crítica de las múltiples y complejas manifestaciones de la “cuestión social”, a partir de aportes teórico-metodológicos y ético-políticos que proporcionan subsidios para la intervención profesional que se da en lo concreto y en lo cotidiano de la realidad social. En ese sentido, es importante la defensa y la implementación de políticas direccionadas a una formación crítica y permanente, con la finalidad de superar acciones inmediatistas, moralistas, culpabilizadoras y pragmáticas pautadas en la lógica instrumental, gerencial, empirista, focalizada, a-histórica y de estandarización de los procedimientos a partir de la incorporación de manuales institucionales y autoexplicativos (Mota, 2014).

También sobre las diversas formas, estrategias y posibilidades de formación permanente, los/las profesionales describieron la importancia de la Residencia Multiprofesional en Salud y la práctica supervisada como espacios de interlocución continuada y aprendizaje colectivo. La mayoría de trabajadores/as sociales ha declarado que ya supervisa o ha supervisado las prácticas en algún momento, señalando el significado pedagógico de las prácticas en el proceso formativo. Sin embargo, expresan dificultades, obstáculos y limitaciones institucionales para el acompañamiento de las prácticas frente las condiciones de infraestructura, de la burocracia, de la precarización y de la sobrecarga de trabajo.

*“La práctica supervisada tiene un papel fundamental. Cuando uno encuentra a un buen supervisor, cambia su perspectiva de la profesión.”* (Trabajador/a social - Centro de Salud 2)

*“He supervisado en la HRAN porque tenía una computadora, tenía una sala; he supervisado en el centro de salud, pero aún no aquí en el centro de salud, porque nunca he tenido una sala, porque ¿cómo voy a traer a una persona aquí? No tenemos espacio aquí. Es muy precario.”* (Trabajador/a social - Centro de Salud 5).

En relación con las acciones, actividades desarrolladas y siguiendo un orden de mayor recurrencia, se destacaron las siguientes: atención y orientación a personas, grupos y familias; visitas domiciliarias e institucionales; elaboración de informes de estudio y sociales;

reuniones del equipo multiprofesional; ejecución de políticas sociales; actividades de movilización, organización y participación social; supervisión de prácticas; preparación de proyectos sociales; seguimiento de planes, programas y proyectos; formulación, planificación y evaluación de políticas sociales.

*“Hacemos la orientación, prevención, recaída de los grupos de consumo de drogas y cuidamos a las madres sobre los derechos de registro y custodia de los niños que quedan fuera de su familia y que necesitan estar bajo el cuidado de alguien, abuelos y tíos.”* (Trabajador/a social - Sistema Penitenciario 3)

*“Hacemos el trabajo de promoción, sensibilización, acogida y orientación sobre problemas de salud con las familias.”*

(Trabajador/a social - Sistema Penitenciario 1)

Las acciones profesionales no son neutrales y un fin en sí mismas (Guimarães, 2017), porque se realizan en el proceso histórico, con dirección, objetivos y opciones entre las alternativas puestas en la concreción social. Esto permite comprender la dimensión política y educativa de la práctica profesional, que puede reforzar y reproducir las relaciones de dominación, explotación y opresión, o construir, a partir de acciones cotidianas, alternativas concretas comprometidas con los valores democráticos y emancipadores. En esta perspectiva, los/as profesionales destacan la importancia de la dimensión pedagógica del Trabajo Social.

Las acciones desarrolladas por el Núcleo de Apoyo a la Salud Familiar (NASF) se realizan en su mayoría a través de un equipo multidisciplinario, con énfasis en el apoyo matricial a los Equipos de Salud Familiar (ESF). En cuanto al apoyo matricial, Campos y Domiti (2007) señalan, entre sus características, propuestas y objetivos, la superación de las prácticas tradicionales, autoritarias y verticales, porque hasta entonces las tareas se organizaban de manera repetitiva, fragmentada, parcial, enfocadas a la eficiencia y eficacia y a la formación del/la profesional. En términos generales, las entrevistas presentan la organización del trabajo en el NASF.

*“Es un núcleo que cuenta con varios profesionales de diferentes orígenes, diferentes antecedentes que brindan apoyo matricial a los equipos de salud familiar, equipos básicos que usualmente cuentan con médicos, enfermeras, agentes de salud comunitaria, técnicos de enfermería y personal de salud bucodental. El NASF, aquí*

*específicamente, está compuesto de mí como trabajador/a social, tiene un terapeuta del habla, tiene un pediatra, tiene dos nutricionistas, y tenía un terapeuta ocupacional que ahora ha ido a la gerencia. Cambia de acuerdo a las especialidades de cada NASF. Cada uno tiene un formato, pero hay varias especialidades: psicólogo, psiquiatra, también tuvimos un homeópata, fisioterapeuta, incluso un educador físico.” (Trabajador/a social - Núcleo de Apoyo a la Salud Familiar 1)*

*“No somos puertas delanteras, somos el apoyo de la matriz. Pero hay servicio individual, hay demanda espontánea, hay visita, todas estas cosas. La diferencia es que siempre tratamos de hacer esto junto con los equipos, se discute todo junto, para clasificarnos, no para estar solos en consultas puntuales, sin interlocución de nada. Apoyo matricial es esta idea de potenciar a los equipos para que puedan atender las demandas que se presenten, de acuerdo a cada uno de los conocimientos que tenemos como profesionales.” (Trabajador/a social - Núcleo de Apoyo a la Salud Familiar 2)*

La centralidad del trabajo del Núcleo de Apoyo a la Salud Familiar (NASF), como se ha observado, está dirigido a apoyar a los Equipos de Salud Familiar y, por lo tanto, el énfasis no recae en la atención a los/as usuarios/as, a pesar de la existencia de este enfoque en las situaciones necesarias. Este apoyo a los equipos se caracteriza por ser un apoyo institucional y/o matricial, de manera que las acciones desarrolladas se vinculan a esta actividad a través de una postura de trabajo colectiva, dialógica y horizontal.

El proceso de trabajo colectivo en salud puede asumir diferentes posiciones y tendencias, lo que requiere que trabajadores/as sociales aprehendan críticamente su objeto de investigación-intervención, las atribuciones y competencias profesionales y los principios ético-políticos que subyacen en el diseño de la profesión, de manera que su desempeño se guíe por medios y propósitos comprometidos con los intereses y necesidades de la población. Entre las acciones presentes en la Atención Primaria de Salud se encuentran: la acogida, la orientación social, la planificación de actividades, las visitas domiciliarias, la gestión, la supervisión de las prácticas, el trabajo en equipo, el enfoque de calle y la educación popular.

*“El trabajo consiste en la estancia en familia, el principal instrumento de trabajo es la visita a domicilio. Realizamos un servicio para pacientes con enfermedades crónicas*

*no contagiosas; cuidados paliativos oncológicos.” (Trabajador/a social - Equipo de Atención Domiciliar 1)*

*“El servicio es de atención domiciliaria, brindar atención domiciliaria a pacientes de mediana complejidad. En la mayoría de los casos atendemos demencias en estados avanzados, postrados en cama, derrames cerebrales y algunos cuidados paliativos. Nuestro trabajo consiste en capacitar a los cuidadores, proporcionar asistencia a los cuidadores.”*

(Trabajador/a social - Equipo de Atención Domiciliar 2)

*“Nuestro trabajo tiene varias dimensiones. Está la dimensión del bienestar, la dimensión educativa, que hago en la escuela; la dimensión de la gestión, y también está la dimensión de la enseñanza, que es el aprendizaje, que recibo cada año.”*

(Trabajador/a social - Centro de Salud 2)

*“El servicio es individual, los otros profesionales hacen las consultas, pero mi servicio es diferente. Es un servicio específico que, en general, los profesionales de aquí no hacen. Las prácticas educativas que también tienen, pero el enfoque es diferente. Suelen hacerlo en el formato de conferencias, yo trabajo más con las prácticas de salud, con la educación popular, con una rueda de conversación; es un poco diferente en relación a la metodología.” (Trabajador/a social - Centro de Salud 5)*

*“La Consulta en la Calle en Cuidado Primario es para la población sin hogar, como el centro de salud es para otras personas en la comunidad. Por lo tanto, la persona está en la calle, no te conoce, es necesario ganar su confianza.” (Trabajador/a social - Consulta en la Calle 2)*

En relación con los instrumentos técnicos y operativos incorporados en la rutina de las actuaciones profesionales, se mencionaron los siguientes: informe social; derivaciones a la red de protección social; entrevista social; reuniones (con el personal, con las familias, con los cuidadores); visita domiciliaria e institucional; estudio social; opinión social; actas. Se mencionó el uso de TrakCare (Sistema Único de Información Sanitaria), que corresponde al registro en historias clínicas electrónicas, además de la incorporación cada vez más recurrente del teléfono móvil con el recurso WhatsApp. La dimensión técnico-operativa,

[...] é a forma de aparecer da profissão, pela qual é conhecida e reconhecida. Dela emana a imagem social da profissão e sua autoimagem. [...]. É a dimensão que dá visibilidade social à profissão. [...] a intervenção de natureza técnico-operativa não é neutra: ela está travejada pela dimensão ético-política e esta, por sua vez, encontra-se apoiada em fundamentos teóricos [...]. [...] es la forma de apariencia de la profesión, por la cual es conocida y reconocida. De ella emana la imagen social de la profesión y su propia imagen. [...]. Es la dimensión que da visibilidad social a la profesión. [...] la intervención de carácter técnico-operativo no es neutra: está guiada por la dimensión ético-política y ésta, a su vez, está anclada en fundamentos teóricos [...] (Guerra, 2012, p. 40).

Según los informes, el ejercicio profesional se realiza en la interfase con los principios del Código de Ética y la dirección del proyecto ético-político, expresándose diariamente en la atención, en las problematizaciones en el ambiente de trabajo con el equipo multidisciplinario, en la prestación de servicios de calidad, en la actuación comprometida con la democratización del acceso a los servicios y políticas sociales, en las relaciones horizontales establecidas con los/as usuarios/as y el equipo, mediante posturas no arbitrarias y contrarias a toda forma de prejuicio y discriminación de género, raza, etnia, clase social, nacionalidad, religión, orientación sexual, así como a cuestiones de secreto profesional que, con el fin de garantizar a los profesionales la confidencialidad de la información de los/as usuarios/as, protegen el derecho del usuario en la relación con otros/as profesionales del equipo.

*“Cada profesión tiene su código de ética y debe ser respetado.”* (Trabajador/a social - Equipo de Atención Domiciliar 1)

*“Problematizamos todo el tiempo en el trabajo y en las reuniones. Siempre hay esas mismas cosas de sentido común, por ejemplo, “el consumidor de drogas es un vagabundo”. Como son reuniones y trabajo en grupo, surgen estas preguntas también con puntos de vista sexistas y racistas. Es agotador, me paso todo el día problematizando en el trabajo para criticar el sentido común presente en la vida. Es nuestro compromiso ético.”* (Trabajador/a social - Núcleo de Apoyo a la Salud Familiar 1)

En relación al secreto profesional, mientras informan que lo protegen, también destacan la dificultad de su efectividad, teniendo en cuenta la característica del trabajo realizado en las diferentes ramas de servicios. Para los/as trabajadores/as sociales, el secreto es una dimensión de difícil materialización dadas las particularidades del lugar de trabajo.

*“Trabajamos en equipo y respeto las diferentes opiniones de otras profesiones. No descalifico al profesional con otros colegas y con los usuarios y la familia. Con respecto al secreto y a la confidencialidad, de acuerdo con nuestra ética profesional, hay problemas que no comparto con el equipo. No es fácil, porque a veces ni siquiera tenemos una habitación para la asistencia individual.”* (Trabajador/a social - Equipo de Atención Domiciliar 2)

A partir de las narrativas, se observa la existencia de autonomía profesional en la institución y con el equipo. Sin embargo, enfatizan que esta autonomía es relativa, ya que la falta de condiciones e infraestructura adecuadas para el trabajo imposibilita la realización de diversas actividades.

*“Junto con el equipo tengo autonomía, pero lo que detiene todo esto es que estás limitado a una estructura estatal. Llega un momento en que uno se desorienta sobre lo que va a hacer, porque la familia necesita tanto apoyo que el estado no se lo da.”* (Trabajador/a social - Equipo de Atención Domiciliar 1)

*“Es relativa, no es tanto esta cuestión de interferencia en la asistencia que se hace, en el material que se produce, pero a veces es para que usted desarrolle algún otro tipo de actividad que no está en esto de la asistencia individual, que entonces generalmente no tiene mucho apoyo. Entonces, esto es una autonomía relativa.”* (Trabajador/a social - Centro de Salud 03)

La investigación también identificó un proceso de intensificación y precariedad del trabajo, en el que los/as trabajadores/as sociales evalúan críticamente las condiciones degradantes y estresantes a las que están sometidos/as, en una situación de falta de materiales básicos para el ejercicio de la profesión tales como falta de papel, automóvil, teléfono, computadora, salas de atención individual, entre otros insumos y recursos indispensables para el desempeño de las actividades diarias.

*“Falta de papel, cosas básicas como tóner, guantes, sábanas, el teléfono ha estado cortado durante un mes. No tenemos el coche de la institución. Hay 8 de nosotros en esa pequeña habitación y, cuando vamos a hacer la asistencia individual y tal, es una batalla para conseguir una oficina vacía. Tenemos que ver quién está fuera de servicio. Hacer cuidados específicos es difícil, pero nos damos cuenta de que tenemos que ser muy creativos para trabajar en salud.”* (Trabajador/a social - Núcleo de Apoyo a la Salud Familiar 1)

*“Nos frustramos en algunas cosas como, por ejemplo, la falta de material. Queremos comprar una pintura ahora, una de esas para escribir. Hay una falta de oferta, no hay apoyo de la Secretaría para algunas cosas. Esta cosa con el coche en sí, molesta mucho, porque si nos pasa algo en medio de la calle, la Secretaría no quiere saber si el coche se ha averiado, si te han disparado al hacer la visita. Así que tampoco hay seguridad en este sentido.”* (Trabajador/a social - Núcleo de Apoyo a la Salud Familiar 2)

*“No solo para el Trabajo Social, sino para todo el equipo, el espacio es muy malo, no tenemos espacio aquí. No es saludable, es pequeño, el equipo es muy grande y tiene poco espacio.”* (Trabajador/a social - Equipo de Atención Domiciliar 2)

De los relatos, se puede observar que la indisponibilidad de un coche y un conductor para realizar el trabajo en las unidades y servicios ha llevado a la utilización del vehículo privado de los/las trabajadores/as sociales para llevar a cabo las visitas domiciliarias e institucionales. En el caso de disponibilidad de transporte por parte de la Secretaría de Salud, existen situaciones en las que la función de conductor del vehículo oficial se transfiere al profesional de la salud. Es decir, en el contexto de un mundo laboral polivalente, los/as trabajadores/as sociales también asumen la tarea de conductores. El uso de los recursos propios para llevar a cabo el trabajo es recurrente en los discursos, especialmente desde el coche privado, el ordenador y el teléfono móvil.

*“Normalmente hacemos la visita a pie porque está cerca de la zona. Pero cuando se trata de hacer una visita intersectorial o más lejos, es en el coche privado.”*(Trabajador/a social - Núcleo de Apoyo a la Salud Familiar 1)

*“Actualmente no tengo teléfono, pero ya tengo una computadora. Siempre me he quedado sin ordenadores, siempre he cogido mi ordenador. Luego, cuando tienes la computadora, se llevaron el telefono.”* (Trabajador/a social - Sistema Penitenciario 3)

La intensificación de los ajustes neoliberales y las medidas de austeridad, con efectos directos en los recortes y reducciones del presupuesto público, también se traduce significativamente en la esfera de las condiciones de trabajo al desencadenar procesos estresantes y enfermedades, situación que viven los/las trabajadores/as sociales que trabajan en la Atención Primaria de Salud en el Distrito Federal en Brasil.

A partir de los testimonios, son recurrentes las situaciones que desencadenan formas estresantes de trabajo, ante las requisiciones, demandas, presiones, sobrecargas, objetivos de productividad y reducción del número de profesionales para atender las demandas cada vez más amplificadas y complicadas por la radicalización de la "cuestión social". Este problema no se limita al universo del ejercicio profesional de los/las trabajadores/as sociales, sino que en una perspectiva de totalidad, se relaciona con los problemas estructurales y coyunturales de la sociedad capitalista. Sin embargo, estos/as profesionales hablan de particularidades en el campo de acción que difieren de la de otros/as profesionales del equipo multidisciplinario de salud como, por ejemplo, la necesidad de un tiempo prolongado en la atención de los/as usuarios/as, ya que, en varias situaciones, la atención introductoria se desarrolla en otras actividades como la toma de contacto con la red de asistencia social y las visitas institucionales, entre otras acciones.

*“Muchas veces tenemos una carga de trabajo mayor, porque requiere que me ponga en contacto con, al menos, tres o cuatro lugares, que me arregle con varias cosas, que vea si funciona o no. Así que esto aumenta enormemente el trabajo, no tiene condición la energía que se gasta en cada servicio.”* (Trabajador/a social - Consulta en la Calle 1)

*“Exigencias, presión, porque trabajamos con gente en la calle, gente dependiente del alcohol y otras drogas, sufrimiento mental. A partir de ahí te das cuenta de que no estás preparado para asistir y esto exige otro servicio. Así que hay una gran demanda.”* (Trabajador/a social - Equipo de Atención Domiciliar 2)

*“Hace una asistencia y muchas veces comienza cuando la persona se va, porque tiene las articulaciones que tendrá que hacer, sentarse con el equipo y discutir. Esto agota mis fuerzas, mis energías. Mientras que el cuidado de un médico dura 15*

*minutos, el nuestro dura al menos 30, como mínimo.”* (Trabajador/a social - Centro de Salud 1)

*“Me sobrecargo. En mis horas de trabajo no puedo resolver todo lo que necesito. Hay más demandas de la gente que satisfacer. La pobreza ha aumentado, las relaciones son más difíciles, la delincuencia ha aumentado y todo esto ha aumentado la demanda de trabajo. Usted ve el problema del envejecimiento, el problema del sufrimiento mental, el alcohol y otras adicciones a las drogas. Y, asociado a ello, ha aumentado la demanda de servicios, pero no el número de profesionales. Por lo tanto, termina teniendo una sobrecarga de trabajo.”* (Trabajador/a social - Equipo de Atención Domiciliar 1)

*“Normalmente hay presiones que están relacionadas con la resolución momentánea de casos, por ejemplo, si se aborda una determinada situación, y piensa que se resolverá de una manera muy sencilla o muy tranquila, y conocemos la complejidad de las demandas que atendemos.”* (Trabajador/a social - Centro de Salud 3)

Los efectos de las transformaciones sociales, en las que el mundo del trabajo es cada vez más degradante, intensificado, enfermo y precario, afectan el trabajo de los/as trabajadores/as sociales. Así, las consecuencias perversas y nocivas de esta sociabilidad basada en los principios de competitividad, meritocracia e individualismo, son visibles, devastadoras e identificadas en un mundo laboral enfermo y en un proceso constante de enfermedad.

*“Vine aquí enfermo, con todo tipo de problemas. Tengo dos discos herniados.”* (Trabajador/a social - Centro de Salud 2)

*“He estado fuera durante doce días debido a las cosas que he experimentado aquí en el trabajo, y no existe una política direccionada a la salud, a nuestra salud. Por el contrario, cuando esto aparece, la gente no sabe cómo tratarla, no sabe cómo acogerla.”* (Trabajador/a social - Consulta en la Calle 1)

*“¿Quién nunca se enfermó en ese lugar? Soy la mujer que más ha dado allí el certificado de licencia médica, ya de por sí emotiva; sufro de migraña crónica. El ambiente es pesado, la energía es pesada, el espacio es malo.”* (Trabajador/a social - Sistema Penitenciario 2)

En un mundo laboral cada vez más complejo, precario, intensificado y enfermo, con las medidas neoliberales en marcha, a través de privatizaciones y redefinición de las responsabilidades del Estado con lo "público", las expresiones de la "cuestión social" empeoran y se radicalizan, poniendo en el Trabajo Social brasileño la permanente necesidad de resistencia cotidiana y cambios.

## **Conclusiones**

La investigación con trabajadores/as sociales en la Atención Primaria a la Salud en el Distrito Federal en Brasil, incluso cubriendo solo una de las dimensiones y particularidades del área de salud y uno de los lugares de desempeño profesional, considerando su amplitud y complejidad, y además teniendo como recorte un universo específico y limitado, en este caso el Distrito Federal, presentó información y datos de una realidad local que se inserta en una totalidad social.

Los testimonios contribuyen a comprender la inserción profesional en el escenario contradictorio de la sociabilidad capitalista, porque los/as trabajadores/as sociales actúan diariamente en las relaciones conflictivas. Por ello, es necesario analizar la práctica profesional desde la perspectiva de las determinaciones estructurales y económicas presentes en la sociedad. La salud, una de las áreas de acción del Trabajo Social, es un espacio privilegiado para profundizar la democracia, la ciudadanía, la interdisciplinariedad, la participación popular y las luchas sociales (Bravo, 2007), en las cuales se ponen en disputa los proyectos. Por un lado, un proyecto privatista guiado por la ortodoxia neoliberal y, por otro, el proyecto de reforma sanitaria, consustanciado en la defensa de la salud pública como derecho universal de ciudadanía y fuertemente amenazado.

Los resultados obtenidos, aunque limitados debido al enfoque metodológico, apuntan a la necesidad de profundizar y continuar los estudios sobre el tema y con enfoques y aproximaciones a otras localidades, regiones, áreas; y a otros espacios ocupacionales, para entender las acciones, habilidades profesionales y condiciones de trabajo de los/as trabajadores/as sociales en un contexto que redefine el mundo del trabajo y las funciones del Estado en el tratamiento de la "cuestión social", a través de las políticas públicas y los servicios sociales, lo que significa un fuerte impacto en la práctica profesional, ya que los/as trabajadores/as sociales ejercen la profesión en el contexto de las políticas sociales. Es necesario profundizar la investigación sobre la práctica profesional, analizando la

configuración de los espacios ocupacionales en la época contemporánea, con énfasis en las demandas sociales, habilidades, requerimientos, acciones profesionales, condiciones de trabajo y sus implicaciones en la salud, para que se piensen alternativas colectivas que aseguren una actuación crítica, en línea con las condiciones éticas, técnicas y laborales.

## Referencias bibliográficas

- Albuquerque, G. S. C. y Silva, M. J. S. (2014). Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, 38(103), 953-965. doi: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>
- Bravo, M. I. S. (2007). Política de Saúde no Brasil. En A. E. Mota y M. I. S. Bravo (Eds.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional* (pp. 25-49). São Paulo: Cortez Editora.
- Bravo, M. I. S. y Matos, M. C. (2007). Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. En A. E. Mota y M. I. S. Bravo (Eds.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional* (pp. 197-217). São Paulo: Cortez Editora.
- Bravo, M. I. S., Pelaz, E. J. y Pinheiro, W. N. (2018). As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *Argumentum*, 10(1), 9-23. doi: <http://10.18315/argumentum.v10i1.19139>
- Campos, G. W. S. y Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>
- Fleury-Teixeira, P. (2009). Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde em Debate*, 33(83), 380-389. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406345800005.pdf>
- Guerra, Y. (2012). A dimensão técnico-operativa do exercício profissional. En C. M. Santos, S. Backx e Y. Guerra (Comps.). *A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos* (pp.39-68). Juiz de Fora: Editora UFJF.

- Guimarães, E. M. S. (2017). Expressões conservadoras no trabalho em saúde: a abordagem familiar e comunitária em questão. *Revista Serviço Social e Sociedade*, (130), 564-582. doi: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.124>
- Iamamoto, M. V. (2009). Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. En CFESS y ABEPSS (Eds.), *Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais* (pp.341-375). Brasília: CFESS/ABEPSS.
- Lavras, C. (2011). Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Revista Saúde e Sociedade*, 20(4), 867-874. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>
- Lei nº 8080, 19 de setembro de 1990, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 de setembro de 1990, núm. 182. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)
- Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 28 de Dezembro de 1990. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)
- Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010, Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social. Diário Oficial da União, 27 de agosto de 2010. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Lei/L12317.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12317.htm)
- Matos, M. C. (2009). Assistente Social: trabalhador(a) da área da saúde. Reflexões a partir do debate brasileiro. *Revista Interações*, (17), 45-63. Recuperado de <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/315/327>
- \_\_\_\_\_ (2015). Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. *Revista Serviço Social e Sociedade*, (124), 678-698. doi: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.046>

Mota, A. E. (2014). Espaços ocupacionais e dimensões políticas da prática do assistente social. *Revista Serviço Social e Sociedade*, (120), 694-705.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.005>

Netto, J. P. (2001). *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*. (5ª ed). São Paulo: Cortez Editora.

Raichelis, R. (2011). O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. *Serviço Social e Sociedade*, (107), 420-437. doi:

<https://doi.org/10.1590/S0101-66282011000300003>

Resolução CNS nº 218, de de 6 de março de 1997, Regulamentação das profissões de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Recuperado de:

[http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/res\\_cns\\_218\\_1997.pdf](http://www.crefrs.org.br/legislacao/pdf/res_cns_218_1997.pdf)

Trindade, R. L. P. (2012). Ações profissionais, procedimentos e instrumentos no trabalho dos assistentes sociais nas políticas sociais. En C. M. Santos, S. Backx e Y. Guerra (Comps.). *A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos* (pp.69-102). Juiz de Fora: Editora UFJF.

---

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Gerencia de Trabajo Social de la Secretaría de Salud de Distrito Federal por colaborar con la investigación en varias etapas, en especial a la trabajadora social Michelle da Costa Martins, quien formó parte del equipo técnico de la investigación; a los/as estudiantes que participaron en la modalidad de iniciación científica (Ana Ketelin Justino Ferreira, Ana Paula Barbosa Cruz, Beatriz Fonseca Cerqueira, Jozieli Maria Sousa Barros, Júlia Caroline Pires, Juliana Oliveira de Almeida, Murilo Martins Braga, Raísa Nunes dos Santos García y Valdenise Barreto de Almeida); y también a los/as trabajadores/as de la Atención Primaria a la Salud en el Distrito Federal, que participaron como sujetos de la investigación.