

**UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
ÁREA DO CONHECIMENTO DE HUMANIDADES
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

LUCIANE PEDROZO CASADO

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM PESSOAS VIVENDO COM
HIV/AIDS EM SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS:
DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

CAXIAS DO SUL

2023

LUCIANE PEDROZO CASADO

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM PESSOAS VIVENDO COM
HIV/AIDS EM SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS:
DESAFIOS E POSSIBILIDADES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social, do Curso de Serviço Social – modalidade de ensino presencial da Universidade de Caxias do Sul.

Orientadora: Profa. Ms. Elizabete Bertele

CAXIAS DO SUL

2023

ATA DE ARGUIÇÃO DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos seis dias do mês dezembro de 2023, no Bloco E, do Campus da Universidade de Caxias do Sul, reuniu-se a Comissão Examinadora, indicada pelo Núcleo Estruturante do Curso de Serviço Social desta Universidade, integrada pelos seguintes membros: Ana Maria Paim Camardelo, Elizabete Bertele e Laís Duarte Corrêa, para realizar a arguição do Trabalho de Conclusão de Curso do/a aluno/a Luciane Pedrozo Casado intitulado "**O Trabalho do Assistente Social com Pessoas Vivendo com HIV/AIDS em Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS: Desafios e Possibilidades**", tendo por palavras-chave "Política de saúde. Trabalho do assistente social. Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS. Desafios e Possibilidades", contabilizando um total de noventa e três páginas. Este trabalho foi orientado pela Professora Elizabete Bertele, tendo sido previamente entregue à Comissão Examinadora e avaliado de acordo com os critérios de avaliação do Trabalho de Conclusão de Curso estabelecidos pelo Curso de Serviço Social, recebendo as seguintes notas:

- (a) Nota do Desempenho do aluno no processo de orientação e construção do TCC (peso de 20 pontos): 20
- (b) Nota do Trabalho Escrito (peso de 60 pontos): 60
- (c) Nota da Apresentação Oral e Arguição (peso de 20 pontos): 20

- **Nota Final** (a) + (b) + (c) = 100 transformada no código 4, conforme Regimento Interno da UCS.

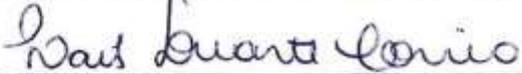
Comissão Examinadora:



Prof. Ms. Elizabete Bertele (orientadora)

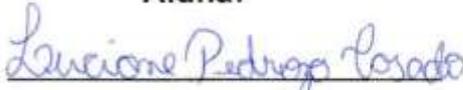


Prof. Dra. Ana Maria Paim Camardelo



Prof. Ms. Laís Duarte Corrêa

Aluna:



Luciane Pedrozo Casado

“Dedico este trabalho à minha família, ao corpo docente do Curso de Serviço Social da Universidade de Caxias do Sul, aos profissionais, colegas e amigos que estiveram ao meu lado e de alguma forma contribuíram nessa brilhante e desafiante viagem até aqui”.

AGRADECIMENTOS

Desde nossos primeiros suspiros não estamos sozinhos. Cada passo, cada conquista é celebrada e compartilhada junto àqueles que nos acompanham a caminhada. Seja no âmbito pessoal como no profissional encontramos pessoas extraordinárias que nos auxiliam nos desafios diários e contribuem em nossos processos de aprendizagem.

Em minha trajetória acadêmica houve personagens estrelas aos quais devo minha gratidão. Agradeço à minha família que sempre esteve ao meu lado com muito carinho, incentivo e apoio em cada passo desse processo, em especial aos meus pais, sem os quais nada teria sido possível. Agradeço especialmente minha prima Andréia por ter sido a pessoa que quando eu não sabia qual profissão escolher, me disse que eu tinha perfil para ser Assistente Social, você estava certíssima e graças ao seu incentivo conheci esta profissão tão incrível e desafiadora pela qual sou apaixonada.

Agradeço às minhas amigas/irmãs Marina e Daniela por todo apoio e acolhimento diante das adversidades que enfrentei ao longo do caminho. Sempre estiveram presentes para me ouvir, aconselhar e incentivar a não desistir desse sonho. Obrigada por acreditarem em mim!

À minha orientadora Elizabete Bertele minha gratidão por desde a matrícula na universidade estar sempre disponível para atender minhas necessidades enquanto estudante. Sou grata por ter sido orientada por uma profissional excepcional, pela qual tenho grande admiração e carinho. Acredito que as reflexões e trocas que realizamos no decorrer do processo de construção desta monografia foram fundamentais para o alcance dos objetivos propostos. Obrigada!

À minha supervisora de Estágios Supervisionados em Serviço Social, Assistente Social Mauren Alessandra Jorge da Silva me sinto grata e privilegiada por ter sido sua estagiária. És uma profissional crítica, competente e compromissada com a população usuária e os preceitos defendidos pela profissão. Os diálogos reflexivos que desenvolvemos contribuíram sobremaneira ao meu processo de aprendizagem e o vínculo que construímos permanecerá para além do âmbito profissional, tornou-se uma amizade que levarei comigo. Obrigada pelo apoio, paciência e dedicação que teves comigo! Igualmente agradeço a toda a equipe de trabalho do serviço de saúde em que estagiei, o acolhimento, a disponibilidade em

compartilhar conhecimentos e esclarecer dúvidas me auxiliaram muito nos estágios e me fizeram sentir parte da equipe. Muito obrigada, com vocês compreendi e pude vivenciar na prática a materialização do trabalho interdisciplinar que tanto ouvimos falar na graduação, fundamental para se pensar o cuidado em saúde.

Minha gratidão, em especial, a professora Dra. Ana Maria Paim Camardelo por todo carinho, acolhimento e pelo vínculo fortíssimo que construímos ao longo de minha graduação. A experiência de iniciação à pesquisa que me proporcionaste abriu um universo de possibilidades e se tornou um dos pilares de minha aprendizagem, foram momentos incríveis que deixam saudade. Muito obrigada por fazer parte desse processo tão importante em minha vida e por sempre acreditar em meu potencial.

Às demais professoras do corpo docente do Curso de Serviço Social, em especial, Margareth Lúcia Paese Capra, Heloísa Teles, Mara de Oliveira, Rosane Ines Fontana Lorenzini e Laís Duarte Corrêa, meu agradecimento pelo compartilhamento de tanto conhecimento acerca da profissão e das vivências profissionais de cada uma. Esse conjunto de saberes estará sempre na mochila desta eterna aprendiz. Sou imensamente grata por ter lhes conhecido e com vocês descoberto que ser Assistente Social é o máximo. Obrigada!

Aos colegas do curso de Serviço Social que compartilharam tantos momentos, angústias e conquistas comigo ao longo destes quase 10 anos de faculdade, obrigada por fazerem parte dessa trajetória. E seguimos na luta, pois aqui encerra-se a primeira etapa de muitos desafios que estão por vir.

À todos os citados e aqueles que não foi possível citar, mas que de alguma forma contribuíram e estiveram comigo nesse caminho, obrigada! A realização deste sonho se tornou possível graças ao apoio e incentivo de todos vocês!

Obrigada!

REFLEXÕES S.S.

*Vivemos em uma sociedade
Em busca da igualdade
Como ser humano proclamo
Somos muitíssimos mais do que dizem que somos.*

*Olhando para o passado pretendo
Ser um profissional mais atento
Ao analisar a realidade dos sujeitos, pois
Somos muitíssimos mais do que dizem que somos.*

*Ver os pequenos detalhes
Ignorados pela sociedade
Lutando para garantir direitos, por que
Somos muitíssimos mais do que dizem que somos.*

*Se você deseja transformar
Lute para conquistar – uma sociedade mais justa!
Sem preocupar-se com o que vão pensar e lembre-se sempre
Somos muitíssimos mais do que dizem que somos.*

*- Luciane Pedrozo Casado
Agosto 2014.*

RESUMO

O presente estudo é um Trabalho de Conclusão de Curso cujo tema central é desafios e possibilidades do trabalho do assistente social com pessoas vivendo com HIV/AIDS em Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE). O problema proposto neste trabalho se refere a quais desafios e possibilidades de intervenção estão presentes no trabalho dos assistentes sociais com pessoas vivendo com HIV/AIDS nos SAE no Brasil. O objetivo preponderante é compreender e refletir sobre desafios e possibilidades do trabalho do assistente social com pessoas vivendo com HIV/AIDS, especificamente na atuação no SAE, com vistas a contribuir com os profissionais que atuam ou vierem a atuar em serviços destinados ao atendimento de pessoas vivendo com HIV e, conseqüentemente, com esse segmento da população. Para apreender o objeto de estudo em questão, foi utilizado o Método Materialista Histórico-Dialético, com destaque para as categorias historicidade, totalidade, contradição, mediação e trabalho, as quais foram utilizadas para resgatar aspectos históricos da política de saúde e a implementação da Política Nacional de HIV/AIDS, bem como a inserção do assistente social na área da saúde e no SAE. Trata-se de um estudo exploratório com abordagem de enfoque misto ou quanti-qualitativo nos parâmetros da pesquisa no campo social. Foram utilizadas a pesquisa documental e bibliográfica para coleta e análise dos dados, sendo que durante as pesquisas percebeu-se a escassez de produções sobre a temática, totalizando 19 produções em um universo de aproximadamente 411 publicações. Em percentagem verifica-se, portanto, que apenas cerca de 4,62% das publicações encontradas na pesquisa se relacionam com a temática proposta neste estudo. Realizou-se, ainda, uma pesquisa no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do DATASUS com relação aos SAE existentes em todo o Brasil, com vistas a verificar a inserção dos assistentes sociais nesses espaços, sendo que atualmente no país existem 528 SAEs e dentro destes espaços atuam cerca de 1.290 assistentes sociais. Conclui-se que a epidemia de HIV/AIDS envolve aspectos que vão além do quadro clínico da doença, perpassando condições físicas, emocionais, econômicas, políticas e sociais. Tais condições se manifestam em demandas para os assistentes sociais que atuam no SAE no atendimento às pessoas vivendo com HIV/AIDS, sendo necessário ao profissional identificar as expressões da questão social ali presentes. Diante disso, identifica-se desafios ao trabalho do assistente social no SAE, entre eles destaca-se as contradições entre os modelos assistenciais em saúde, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, a defesa dos princípios do SUS e dos específicos da profissão de Serviço Social, o desmonte das políticas públicas e a perda de direitos da população com agravamento das desigualdades sociais, bem como a relativa autonomia profissional. Para enfrentar tais desafios apontam-se possibilidades de intervenção que primem pela construção de abordagens coletivas e o estímulo à participação popular. Para tanto, as legislações sociais são elementos imprescindíveis ao trabalho dos assistentes sociais, uma vez que mediante a utilização deste aparato jurídico-legal o profissional intervém sob as necessidades dos usuários.

Palavras-chave: Política de saúde. Trabalho do assistente social. Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS. Desafios e Possibilidades.

ABSTRACT

The present study is a Course Conclusion Paper whose central theme is the challenges and possibilities of social workers' work with people living with HIV/AIDS in Specialized HIV/AIDS Assistance Services (SAE). The problem proposed in this work refers to what challenges and intervention possibilities are present in the work of social workers with people living with HIV/AIDS in SAEs in Brazil. The prevailing objective is to understand and reflect on the challenges and possibilities of social workers' work with people living with HIV/AIDS, specifically in the SAE, with a view to contributing to professionals who work or will work in services designed to care for people living with HIV and, consequently, with this segment of the population. To understand the object of study in question, the Historical-Dialectic Materialist Method was used, with emphasis on the categories historicity, totality, contradiction, mediation and work, which were used to rescue historical aspects of health policy and the implementation of the Policy National HIV/AIDS, as well as the insertion of social workers in the health area and in the SAE. This is an exploratory study with a mixed or quantitative-qualitative approach to the parameters of research in the social field. Documentary and bibliographical research was used to collect and analyze data, and during the research it was noticed that there was a scarcity of productions on the subject, totaling 19 productions in a universe of approximately 411 publications. In percentage terms, it appears, therefore, that only around 4.62% of the publications found in the research are related to the theme proposed in this study. A survey was also carried out in the National Registry of Health Establishments (CNES) of DATASUS in relation to SAEs throughout Brazil, with a view to verifying the insertion of social workers in these spaces, and there are currently 528 SAEs in the country. and within these spaces around 1,290 social workers work. It is concluded that the HIV/AIDS epidemic involves aspects that go beyond the clinical picture of the disease, encompassing physical, emotional, economic, political and social conditions. Such conditions manifest themselves in demands for social workers who work at the SAE in caring for people living with HIV/AIDS, making it necessary for the professional to identify the expressions of the social issue present there. In view of this, challenges to the work of social workers in the SAE are identified, among which stand out the contradictions between health care models, interdisciplinary and intersectoral work, the defense of the principles of the SUS and those specific to the profession of Social Work, the dismantling of public policies and the loss of the population's rights with worsening social inequalities, as well as relative professional autonomy. To face these challenges, intervention possibilities are highlighted that focus on building collective approaches and encouraging popular participation. To this end, social legislation is an essential element in the work of social workers, since through the use of this legal apparatus, the professional intervenes in response to the needs of users.

Keywords: Health policy. Social worker work. Assistance and/or Specialized Care Service for HIV/AIDS. Challenges and Possibilities

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Síntese dos estudos teóricos acerca dos Modelos Assistenciais em Saúde no Brasil	32
Quadro 2 – Relação entre os Eixos e Pressupostos de atuação dos assistentes sociais na saúde.....	62
Quadro 3 – Ações a serem desenvolvidas no Atendimento Direto	68
Quadro 4 – Síntese dos desafios e possibilidades/potencialidades do trabalho dos assistentes sociais no SAE	80

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABESS	Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social
ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica em AIDS
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretrovirais
AZT	Zidovudina (medicamento contra AIDS)
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBAS	Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CD4 e CD8	Células de defesa do sistema imunológico
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CISS	Conferência Internacional de Serviço Social
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
CRT	Centro de Referência e Treinamento
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DPVAT	Danos Pessoais causados por Veículos Automotores por via Terrestre
DST's	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EC	Emenda Constitucional
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS
HD	Hospital-Dia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HTLV	Vírus Linfotrófico de células T humanas
HV	Hepatites Virais
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social

INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IO	Infecções Oportunistas
IST's	Infecções Sexualmente Transmissíveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PCD	Pessoa com Deficiência
PLP	Projeto de Lei Complementar
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHA	Pessoa vivendo com HIV/AIDS
PVHIV	Pessoa vivendo com HIV
QUALIAIDS	Questionário Eletrônico do Programa Nacional DST/AIDS
SAE	Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL E A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HIV/AIDS: A EMERGÊNCIA DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS (SAE)	24
2.1. BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL	26
2.1.1 A Reforma Sanitária Brasileira: avanços e retrocessos	33
2.2. A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HIV/AIDS: ASPECTOS HISTÓRICOS.....	42
2.2.1 Os Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE).....	50
3. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (SAE) JUNTO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NA PARTICULARIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE	55
3.1 A HISTORICIDADE DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE	57
3.2 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS (SAE).....	66
3.2.1 Desafios e possibilidades do trabalho do assistente social no SAE	76
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS.....	88

1. INTRODUÇÃO

O presente documento trata-se da construção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) que em conformidade ao disposto no Projeto Pedagógico do curso de Serviço Social da Universidade de Caxias do Sul caracteriza-se como um dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social. Dessa forma, citando o referido Projeto Pedagógico construído pelo Núcleo Docente Estruturante do Curso de Serviço Social (2019), o Trabalho de Conclusão de Curso:

[...] se caracteriza como um trabalho científico, monográfico, em nível de graduação. O mesmo deverá versar sobre tema relacionado à realidade social vivenciada no campo de estágio ou relativo às diversas expressões da questão social, objetos de análise e intervenção, incorporando os conhecimentos teórico-metodológicos e as estratégias utilizadas pelo Serviço Social. (Núcleo Docente Estruturante do Curso de Serviço Social, 2019).

Vale, ainda, referir que para a construção deste estudo os conhecimentos teórico-metodológicos e ético-políticos apreendidos nas disciplinas do curso e as experiências técnico-operativas obtidas no período de realização dos Estágios Supervisionados em Serviço Social, que materializam as três dimensões que orientam o exercício profissional do assistente social, se fizeram fundamentais para despertar o interesse pela temática e verificar a necessidade de aprofundamento teórico. Ao observar, no processo de realização dos Estágios Curriculares, a atuação do Assistente Social na área da infectologia, com ênfase no atendimento às pessoas vivendo com HIV (PVHIV), identificou-se a existência de desafios e possibilidades ao exercício profissional.

Nessa perspectiva, emergiu o interesse em pesquisar no campo científico produções e estudos acerca de desafios e possibilidades do trabalho do assistente social com pessoas vivendo com HIV na particularidade dos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE)¹. O tema escolhido para construção do Trabalho de Conclusão de Curso é, portanto, *“Desafios e Possibilidades do Trabalho do Assistente Social com Pessoas Vivendo com HIV/AIDS em Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE)”*. Importa destacar que durante as pesquisas

¹ No Brasil, de acordo com a pesquisa realizada no Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES), existem duas nomenclaturas para denominar esse serviço especializado de saúde, a saber: Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Serviço de Atenção Especializada em HIV/AIDS. Para fins deste estudo se utilizará a primeira, em razão de que o município de Caxias do Sul adota a nomenclatura de: Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE).

percebeu-se a escassez de produções sobre a temática, totalizando 19 produções em um universo de aproximadamente 411 publicações. Em percentagem verifica-se, portanto, que apenas cerca de 4,62% das publicações encontradas na pesquisa se relacionam com a temática proposta neste estudo. Ressalta-se, portanto, dada a escassez de produções na área, a necessidade de aprofundamento teórico-prático acerca do trabalho do assistente social junto às pessoas vivendo com HIV.

Tendo-se em vista as vivências e estudos realizados no campo de estágio e com base nos registros do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do DATASUS, aponta-se o assistente social enquanto um dos principais profissionais que compõe as equipes multiprofissionais que atuam em Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) no Brasil, uma vez que em 53% dos SAE's, em nível nacional, possuem ao menos um Assistente Social compondo as equipes de trabalho. Diante disso, o problema proposto neste trabalho se refere à *Quais desafios e possibilidades estão presentes no trabalho do assistente social com pessoas vivendo com HIV/AIDS em Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) no Brasil?*

A partir do estabelecimento do problema de pesquisa elencaram-se questões norteadoras que visam compreender: *Qual a história de construção da Política Pública de Saúde no Brasil? Como emergiu a epidemia de HIV/AIDS no Brasil e qual o contexto histórico de implementação da Política Nacional de HIV/AIDS no país? Como surgem e quais os objetivos dos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) no processo de implementação da Política Nacional de HIV/AIDS? Qual a relação histórica do Serviço Social na Política Pública de Saúde? Como se dá o trabalho de assistentes sociais em Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE)? Quais os desafios postos e as possibilidades de intervenção do trabalho dos assistentes sociais no trabalho junto às pessoas vivendo com HIV/AIDS nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE)?*

Salienta-se, então, que este trabalho discorrerá sobre aspectos históricos da política pública de saúde, com destaque para o processo de implementação da Política Nacional de HIV/AIDS e dentro desta a emergência dos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE). Bem como versará acerca da inserção dos profissionais de Serviço Social na política pública de saúde e, por conseguinte, nos SAE tecendo reflexões sobre os desafios postos e as possibilidades a serem construídas no exercício profissional dos assistentes sociais.

Partindo-se dessa premissa o principal objetivo proposto para o estudo é *compreender e refletir sobre desafios e possibilidades do trabalho do assistente social com pessoas vivendo com HIV/AIDS, especificamente na atuação em Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE), com vistas a contribuir com os profissionais que atuam ou vierem a atuar em serviços destinados ao atendimento de pessoas vivendo com HIV, e, conseqüentemente, com esse segmento da população. Para tanto, foram formulados os seguintes objetivos específicos: Compreender a história da Política Pública de Saúde no Brasil; Compreender o surgimento da epidemia de HIV/AIDS e o contexto histórico de implementação da Política Nacional de HIV/AIDS no Brasil; Apreender o surgimento e os objetivos dos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) no processo de implementação a Política Nacional de HIV/AIDS; Resgatar a historicidade da inserção do Serviço Social na Política Pública de Saúde; Identificar como o trabalho de assistentes sociais nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) vem sendo desenvolvido. Refletir sobre os desafios e as possibilidades do trabalho dos assistentes sociais com pessoas vivendo com HIV/AIDS nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE).*

Destarte, a importância da atuação do assistente social, no âmbito da Política Pública de Saúde, para a construção de intervenções que venham a contribuir na identificação dos determinantes e condicionantes da saúde desde a prevenção, até o processo de diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS e demais Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) correlacionadas, garantindo o acesso à saúde em sua integralidade. Pontua-se, ainda, que para além dos serviços especializados em HIV e os profissionais que atuam diretamente com essa realidade, este estudo torna-se de fundamental importância aos demais serviços e profissionais que compõem não somente a Política Pública de Saúde (UBS, UPA, CAPS, Hospitais, etc...), mas também das demais políticas públicas que se relacionam (Assistência Social, Previdência Social, Educação, etc...), haja vista que os usuários, ou seja, as pessoas vivendo com HIV procuram e recebem atendimento nos mais diversos serviços em busca de respostas às suas necessidades.

Para compreensão do objeto de estudo e desenvolvimento deste Trabalho de Conclusão de Curso se utilizou do método materialista histórico-dialético, que em conformação ao Projeto Ético-Político da Profissão de Serviço Social, é o método

que deve embasar o trabalho do/a Assistente Social. Tal método consiste na concepção crítica à sociedade capitalista e pressupõe a compreensão da realidade social em sua essência, ou seja, para além da aparência dos fenômenos. Tem por base a dialética, segundo a qual os objetos são analisados em seu movimento, por sua contínua transformação.

Sendo assim, conforme apontam Lakatos e Marconi (2003, p. 101) “*o fim de um processo é sempre o começo de outro*”. No entanto, as coisas não estão isoladas, nem ocorrem de forma independente, pelo contrário, as referidas autoras acrescentam que “[...] *tanto a natureza como a sociedade são compostas de objetos e fenômenos organicamente ligados entre si, dependendo uns dos outros e, ao mesmo tempo, condicionando-se reciprocamente*” (*idem*). Nessa perspectiva, destaca-se para o estudo aqui proposto a utilização de algumas das categorias do método dialético-crítico, a saber: historicidade, totalidade, contradição, mediação e trabalho.

A *categoria historicidade* possibilita a compreensão dialética dos fenômenos históricos, sociais, econômicos e culturais. Nas palavras de Mendes e Prates (2007):

parte do presente e volta ao passado problematizando-o e depois novamente retorna ao presente de modo superado porque ao longo do processo de desvelamento das contradições (reflexão crítica) construiu novos conhecimentos e realizou novas sínteses, o que possibilita em retorno superado, que se constituirá na nova tese. (MENDES; PRATES, 2007, p. 183).

Por isso a historicidade é fundamental para o estudo da história da política pública de saúde no Brasil, com destaque para os aspectos relacionados à implementação da Política Nacional de HIV/AIDS, analisando-se, para tanto, os modelos assistenciais de saúde em disputa na sociedade brasileira ao longo do tempo até chegar-se na contemporaneidade. Ainda acerca da historicidade, ganha materialidade no resgate histórico da inserção dos Assistentes Sociais na política pública de saúde, enfatizando-se a atuação em Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE), que se destinam ao atendimento de pessoas vivendo com HIV/AIDS.

A *totalidade* de acordo com Martinelli (1993) pressupõe que todo fenômeno possui diferentes dimensões e se constrói em uma realidade complexa. Para compreender essa realidade se faz necessário penetrar na complexidade existente

abstraindo os aspectos que lhe determinam, sejam eles políticos, sociais, econômicos, culturais ou históricos. Dito de outra forma é imprescindível que se capture a realidade em sua essência, a partir dos movimentos dialéticos que lhe são próprios, para uma imagem clara, concreta e a mais assertiva possível acerca do fenômeno em observação.

A totalidade pressupõe uma leitura de realidade que compreenda a sociedade na qual estamos inseridos, sob a égide do modo de produção capitalista e seus desdobramentos, os quais impactam diretamente na qualidade de vida da população, principalmente quando se pensa segmentos específicos, tais como as pessoas que vivem com HIV/AIDS. Cenário que se presentifica não somente no Brasil, foco deste estudo, mas no âmbito mundial, haja vista que preconceitos e estigmas são partes inerentes às desigualdades sociais e, ao mesmo tempo, produtos da sociedade capitalista na qual vivemos. Importando lembrar, que a totalidade é sempre um momento dentro de um processo de totalização específico, o qual não é definitivo, está sempre em transformação, portanto a síntese é provisória.

Outra categoria fundamental do método materialista histórico-dialético é a *contradição* a qual se configura como a disputa dos contrários. Partindo-se dessa perspectiva a contradição reflete o movimento resultante do conflito entre os homens ao longo da história. Configura-se enquanto um princípio básico da dialética, estando presente tanto no campo do pensamento, quanto na realidade concreta. Nesse contexto, afirma Konder (1981) que:

As conexões íntimas que existem entre realidades diferentes criam unidades contraditórias. Em tais unidades, a contradição é essencial: não é um mero defeito do raciocínio. Num sentido amplo, filosófico, que não se confunde com o sentido que a lógica confere ao termo, a contradição é reconhecida pela dialética como princípio básico do movimento pelo qual os seres existem. A dialética não se contrapõe à lógica, mas vai além da lógica, desbravando um espaço que a lógica não consegue ocupar. (KONDER, 1981, p. 47)

Nessa perspectiva, quando se pensa no trabalho do assistente social com pessoas vivendo com HIV/AIDS, há desafios e possibilidades postas ao profissional. Esse movimento entre desafio e possibilidade materializa a existência de processos contraditórios, os quais estão intrinsecamente ligados aos modelos assistenciais e/ou concepções acerca da saúde no Brasil.

A *mediação* refere-se a um conjunto de instrumentais (recursos, técnicas, estratégias, conhecimentos) que darão operacionalidade e concretude à ação

profissional. Assim, a própria ação profissional é uma mediação, uma vez que o profissional, segundo Martinelli (1993, p. 137) *“imprime um direcionamento à sua prática, que poderá ser crítica ou alienada, produtiva ou reiterativa, dependendo do seu projeto político, do jogo de forças sócio-institucionais e de sua leitura conjuntural da realidade”*. Todos esses aspectos pressupõem mediações. É por meio dessa categoria que se verifica a unidade indissociável entre teoria e prática, ou seja, a práxis, enquanto uma das características do método materialista histórico-dialético.

Conquanto, a mediação se prescreve imprescindível à compreensão do movimento histórico e das contradições existentes entre os modelos assistenciais e/ou concepções no interior da política pública de saúde brasileira, os quais se apresentam como desafios aos profissionais, aqui se destaca os assistentes sociais inseridos em serviços de saúde, e ao mesmo tempo como possibilidade de se construir novas intervenções junto à população usuária, especificamente pessoas vivendo com HIV/AIDS. Faz-se importante mencionar que, na composição desta produção, também serão mediados conhecimentos adquiridos pela autora no decorrer da formação acadêmica.

Por fim, a *categoria trabalho*, compreende em si, na dialética, a concepção de que *“o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”* (MARX, 2011, p. 211). Em consonância ao exposto, no contexto da sociedade capitalista, entende-se o Serviço Social enquanto uma profissão liberal inscrita na divisão social do trabalho e que os profissionais Assistentes Sociais são trabalhadores assalariados. Essa compreensão se faz necessária quando se pensa em pesquisar a respeito do trabalho do Assistente Social com pessoas vivendo com HIV/AIDS no sentido de identificar como se dá esse trabalho, sob quais dimensões.

Com vistas a responder os objetivos deste estudo optou-se por uma pesquisa quanti-qualitativa que segundo Prates (2012):

[...] a caracterização de uma pesquisa como quanti-qualitativa ou mista difere dos estudos classificados como quantitativos e qualitativos, e não só pode, como deve, valer-se de características de ambos, mesmo que enfatize um ou outro, conformando-se com outro tipo de estudo, com particularidades que emanam de ambos. Exatamente por enfatizar a articulação de dados dos dois tipos, são mais coerentes com o método marxiano de investigação, que ressalta essa relação como necessária. (PRATES, 2012, p. 123).

Na perspectiva quantitativa realizou-se pesquisa documental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do DATASUS com relação aos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) existentes em todo o Brasil, com vistas a verificar a inserção dos assistentes sociais nesses espaços, enquanto coleta de dados primários. Salienta-se, ainda, que foram contabilizados os resultados encontrados na coleta de dados secundários a partir da pesquisa bibliográfica.

Na pesquisa documental, conforme Lakatos e Marconi (2003, p. 174) “[...] a fonte de coleta de dados está restrita a documentos, escritos ou não”. Para tanto, foi efetuada uma revisão em legislações, documentos e normas sobre a Política Pública de Saúde e a Política Nacional de HIV/AIDS. Bem como a respeito da relação entre tais políticas e o Serviço Social, enquanto profissão que compõe o conjunto de equipes de trabalho nos serviços de saúde que se destinam especificamente ao atendimento de pessoas vivendo com HIV/AIDS, totalizando a utilização de oito documentos, quais sejam: Constituição Federal de 1988; Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990); Lei de Regulamentação da Profissão de Serviço Social (Lei nº 8.662/1993); Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986); Política Nacional de DST/AIDS: Princípios, diretrizes e Estratégias; Código de Ética do Assistente Social (CFESS, 1993); e Parâmetros para a atuação dos Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010).

Já no tocante à perspectiva qualitativa foram analisados, os dados obtidos a partir da bibliográfica acerca da temática em estudo, como fonte de dados secundários. A pesquisa bibliográfica, segundo Lakatos e Marconi (2003, p. 183) *“abrange toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico, etc. até meios de comunicação orais”*.

Para a pesquisa bibliográfica elegeu-se como descritores: “Serviço Social” AND “pessoas vivendo com HIV”; “Serviço Social” AND “HIV”; “Desafios do Serviço Social” AND “HIV”. Como fontes de consulta de materiais utilizaram-se: a Plataforma de Teses e Dissertações da CAPES, as Revistas “Serviço Social e Sociedade” e “Serviço Social em Perspectiva” (por serem as primeiras e principais revistas com publicações de artigos específicos em matéria de Serviço Social), plataforma digital Google Acadêmico, e os três últimos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais

(eleitos pela viabilidade de acesso online aos artigos e por serem importantes espaços de socialização das experiências de trabalho profissional de assistentes sociais no Brasil):

- *15º CBAS – realizado em 2016 com a temática “80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão”;*
- *16º CBAS – realizado em 2019 com a temática “40 anos da “Virada” do Serviço Social”;*
- *17º CBAS – realizado em 2022 com a temática “Crise do capital e exploração do trabalho em momentos pandêmicos: Repercussão no Serviço Social, no Brasil e na América Latina”.*

Como fontes complementares da pesquisa bibliográfica utilizaram-se materiais disponibilizados por assistente social supervisora de campo e/ou produzidos pela autora durante a realização dos Estágios Supervisionados em Serviço Social realizado em um serviço de saúde (artigos e Relatório Técnico Final de Estágio III).

Em relação à pesquisa bibliográfica inicial, a partir da definição dos descritores, encontrou-se um total de 411 publicações, para as quais após aplicação do critério de inclusão-exclusão (titulação das publicações que se relacionam com a temática em estudo, qual seja o trabalho dos/das assistentes sociais junto às pessoas vivendo com HIV/AIDS), aquelas que se relacionam diretamente com a temática proposta neste estudo, totalizaram 19 produções. Para além, há quatro produções referentes ao processo de Estágio Supervisionado em Serviço Social, finalizando-se com um total de 23 produções utilizadas com o referencial teórico para construção do presente Trabalho de Conclusão de Curso.

Com base na apresentação de como se dará a coleta dos dados, importa destacar a técnica utilizada para organização e análise dos dados da pesquisa. Neste estudo, fez-se uso da técnica de análise de conteúdo, a qual é definida por Bardin (1979) enquanto:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979, p. 42).

Diante do exposto, para aprofundamento dos estudos, foram realizadas fichas

de leitura de todos os materiais que compõem a base teórico-conceitual utilizada na construção do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). A partir das fichas de leitura foram construídos quadros analíticos para cada assunto (itens e subitens) que serão abordados nos capítulos do TCC, objetivando contribuir com a elaboração e desenvolvimento deste trabalho.

Portanto, com vistas a melhor compreensão acerca do tema, este trabalho está organizado e dividido em dois capítulos. No primeiro capítulo intitulado *A Política Pública de Saúde no Brasil e a implementação da Política Nacional de HIV/AIDS: a emergência dos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE)* buscou-se resgatar brevemente o contexto histórico de construção da política pública de saúde no Brasil desde a chegada da família real, passando pelo período da República até meados da década de 1990 com a Promulgação da Constituição Federal de 1988 e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesta retrospectiva histórica identificou-se a prevalência de três modelos assistenciais em saúde, quais sejam: o Modelo Sanitarista Campanhista, o Modelo Privatista e o Movimento da Reforma Sanitária.

Apresenta-se as principais características de cada modelo e algumas iniciativas implementadas em cada período histórico, com vistas a embasar as reflexões acerca da eclosão da epidemia de HIV/AIDS no mundo e seus desdobramentos no contexto brasileiro. O capítulo aborda, ainda, o processo de implementação da Política Nacional de HIV/AIDS, trazendo uma linha do tempo com os principais marcos no âmbito jurídico-legal referentes à temática. Finaliza-se o capítulo problematizando o contexto de surgimento dos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) no Brasil para atendimento das necessidades em saúde das pessoas que convivem com a doença, neste momento do trabalho são expostos os resultados da pesquisa realizada no CNES do DATASUS a respeito da inserção dos assistentes sociais nos SAEs no cenário nacional.

Já no segundo capítulo intitulado *O Trabalho do Assistente Social nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) junto às pessoas vivendo com HIV/AIDS na particularidade da Política de Saúde* utilizou-se de referenciais teóricos para compreender como se desenvolve o trabalho dos assistentes sociais no SAE. Para tanto, primeiramente, ressalta-se aspectos históricos quanto ao surgimento da profissão de Serviço Social no Brasil e a inserção dos assistentes sociais na área da saúde. Para se pensar o trabalho do assistente social na saúde

recorre-se como embasamento ao documento elaborado pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) intitulado “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, o qual irá definir diretrizes para a atuação profissional. De maneira complementar vale-se das normativas da profissão como, por exemplo, a Lei de Regulamentação, o Código de Ética e o Projeto Ético-Político Profissional no sentido de dar sustentação às reflexões propostas neste estudo. Ainda, se tratando do trabalho do assistente social no SAE identificou-se a existência de desafios ao trabalho dos assistentes sociais e possibilidades de intervenção disponíveis e passíveis de construção por parte dos profissionais que atuam nesses espaços no sentido de responder às necessidades da população usuária, de maneira que sejam efetivados o acesso e a garantia de seus direitos de cidadania.

Por fim, nas *Considerações Finais*, constam as principais conclusões desta monografia. Realizando-se um apanhado geral de cada parte que compõe o estudo com vistas a evidenciar e reiterar aspectos imprescindíveis ao trabalho dos assistentes sociais em sua atuação na área da saúde, especificamente em serviços que objetivam o atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS como, por exemplo, o SAE. Indica-se, ao final deste trabalho a necessidade de novos estudos que venham a aprofundar o trabalho dos assistentes sociais em relação à temática. E finalmente, cita-se as referências bibliográficas utilizadas para a construção deste Trabalho de Conclusão de Curso.

2. A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL E A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HIV/AIDS: A EMERGÊNCIA DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS (SAE)

Em referência ao já exposto na introdução deste trabalho e de acordo com a orientação do Projeto Ético-Político do Serviço Social o método que deve nortear o exercício profissional dos assistentes sociais é o método materialista histórico-dialético. A respeito do método Leite (et al, 2019) realiza uma abordagem interessante ao referir que:

O materialismo histórico-dialético criado por Karl Marx e Friedrich Engels é um enfoque teórico, metodológico que busca compreender a realidade do mundo a partir das grandes transformações da história e das sociedades humanas. É importante colocar que o termo “materialismo” diz respeito à condição material da existência humana, e o termo “histórico” revela a compreensão de que a existência do ser humano é condicionada historicamente, e o termo “dialético”, é o movimento da contradição produzida na própria história (Leite, et al, 2019, s/p.).

Uma vez que o método em questão objetiva realizar a leitura da realidade mediante as transformações ocorridas nas sociedades ao longo da história e para tanto se utiliza de categorias de análise, neste capítulo dar-se-á enfoque central para a categoria historicidade, embora a contradição, a totalidade e a mediação estejam articuladas à primeira no decorrer da escrita. Tais categorias proporcionam o embasamento necessário para se pensar e refletir acerca dos principais aspectos históricos dos modelos assistenciais existentes e em disputa na política pública de saúde brasileira, bem como os desdobramentos referentes à implementação da Política Nacional de HIV/AIDS no interior da qual emergem os Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE).

Sendo, conforme referendado por Leite (et al, 2019), a existência do ser humano condicionada pela história e com base no método aqui utilizado, a história não segue uma linha cronológica e linear, pelo contrário está em constante retorno ao passado para pensar o presente e a partir disso influencia nos acontecimentos futuros. Ou seja, a história está em constante construção e permanente transformação de acordo com os aspectos sociais, políticos e econômicos dominantes em cada período histórico da sociabilidade humana. Assim, o homem constrói a história e ao mesmo tempo é influenciado por ela.

No que se refere à Política Pública de Saúde, foco deste capítulo, verifica-se que a construção desta política no Brasil perpassa períodos históricos com características específicas e influências internacionais que podem ser classificados em três modelos assistenciais², a saber: modelo do sanitarismo campanhista (1890/1960), modelo privatista (1964/1980) e o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (a partir de 1980).

Dessa forma, neste capítulo, serão abordadas as principais iniciativas e as características dos modelos assistenciais em saúde ao longo da história no Brasil. É a partir da compreensão destes modelos que se podem analisar, posteriormente, no segundo capítulo deste estudo, os seus desdobramentos no trabalho dos assistentes sociais inseridos na política de saúde, sendo que esta política configura-se, historicamente, como um dos maiores espaços socioocupacionais de absorção do trabalho desta categoria profissional.

A partir da explicitação dos modelos assistenciais também se torna possível apreender o contexto histórico em que surge a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) na década de 1980 no âmbito mundial, bem como, as particularidades da construção e implementação de uma Política Nacional de HIV/AIDS no Brasil. Cenário em que há a necessidade da criação de serviços especializados para atendimento às pessoas vivendo com HIV/AIDS, neste caso, a emergência dos Serviços de Assistência e/ou Atenção Especializada (SAE) a partir da década de 1990.

Partindo-se do exposto e utilizando a categoria historicidade enquanto eixo central da análise, este capítulo está organizado em dois itens e um subitem. Sendo que no primeiro item desenvolve-se um resgate histórico da política de saúde no Brasil a partir dos principais modelos assistenciais e suas características fundantes. No segundo item discorre-se a respeito do surgimento da epidemia de AIDS no mundo e o processo de implementação da uma Política Nacional de HIV/AIDS no bojo das mudanças políticas, econômicas e sociais em um período histórico de redemocratização da sociedade brasileira na década de 1980. Já no subitem, vinculado ao segundo item, apresenta-se o contexto de criação dos SAE enquanto

² Quanto à conceituação de modelo assistencial em saúde, Silva Junior e Alves (2000, p. 1) apontam que: “[...] diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde em uma coletividade” (Silva Junior; Alves, 2000, p. 1). **Texto apresentado na XI Conferência Nacional de Saúde em dezembro de 2000.**

serviços especializados para atendimento das necessidades da crescente população infectada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

2.1. BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO BRASIL

Resgatando o conceito de modelo assistencial descrito na introdução do capítulo, trata-se de como se dá a organização de ações e serviços voltados para a saúde em determinada sociedade, em dado momento histórico. Assim, quando se pretende compreender o trabalho do assistente social na política de saúde brasileira, em determinado serviço, neste caso, os Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE), mister se faz, primeiramente, realizar um resgate histórico das principais iniciativas e modelos assistenciais em saúde, uma vez que é na lógica de tais modelos em que os assistentes sociais são chamados a intervir nos serviços de atendimento a população.

Diante disso, verifica-se que as primeiras iniciativas³ relacionadas à saúde no Brasil, segundo Foinkinos (2021), datam a vinda da família real para o Brasil, em 1808. Tratava-se de normas sanitárias para os portos com vistas a impedir a entrada de doenças contagiosas e garantir a integridade da saúde da realeza (tudo se organizava em prol da realeza). Ainda em 1808, foram fundadas duas escolas médicas nas cidades do Rio de Janeiro e de Salvador. Nos séculos XVIII e XIX as ações em saúde eram de base filantrópica e com realização de campanhas limitadas.

Já na República, principalmente a partir de 1890, a referida autora ressalta que se intensificam as práticas voltadas para a área da saúde com as criações do Instituto Soroterápico no Rio de Janeiro e o Departamento Federal de Saúde Pública, sob direção de Oswaldo Cruz, o qual dispunha por missão erradicar a febre amarela que havia se tornado uma epidemia no país. Para além da febre amarela, outras doenças infecciosas estavam presentes e espalhavam-se rapidamente pelo país, por exemplo, a varíola, a malária e posteriormente a peste. Como mecanismo de combate a tais epidemias, o Estado adota um modelo de intervenção em saúde que ficou conhecido como “**Modelo do Sanitarismo Campanhista**”, no qual segundo Polignano (2006) criou-se:

³ Para aprofundamento acerca das iniciativas de saúde desde a chegada da família real ao Brasil até a República com relação às epidemias e doenças infectocontagiosas aqui elencadas: ler o artigo de Sarah Escorel e Luiz Antonio Teixeira – História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista (2012).

Um exército de 1.500 pessoas que passaram a exercer atividades de desinfecção no combate ao mosquito, vetor da febre amarela, [...] concebido dentro de uma visão militar em que os fins justificam os meios e, no qual o uso da força e da autoridade eram considerados os instrumentos preferenciais de ação (queima de colchões e roupas dos infectados pelo mosquito) (Polignano, 2006, p. 4-5).

Ainda segundo o autor, a população revolta-se contra as ações arbitrárias do modelo sanitário, com destaque para a instituição da Lei Federal nº 1261, de 31 de outubro de 1904, a qual determina a vacinação anti-varíola como obrigatória no território nacional. Emerge, então, o primeiro grande movimento popular de revolta na saúde, que ficou conhecido na história como a Revolta da Vacina⁴. Destaca-se ainda, que embora houvesse arbitrariedades e abusos nesse modelo de saúde, obtiveram-se resultados importantes no combate às epidemias, chegando-se até a erradicação da febre amarela na cidade do Rio de Janeiro, fator que fortaleceu as medidas instituídas no modelo campanhista, o qual prevaleceu hegemônico na saúde até meados de 1960, mas que ainda se faz presente na atualidade (como exemplo atual podem-se citar as campanhas de conscientização e combate da Pandemia da COVID19 no Brasil a partir de março de 2020).

Retornando à história, em 1920, Carlos Chagas sucede Oswaldo Cruz e reestrutura o Departamento Nacional de Saúde, introduzindo a propaganda e a educação sanitária ao modelo campanhista de seu antecessor que privilegiava fiscalizar as ações impostas e usar o poder policial para punir quem as descumprisse. Nesse contexto de reformas, em 1923, surgem as primeiras iniciativas no âmbito previdenciário com a Criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), mais conhecida como Lei Elói Chaves. As CAPs, conforme aponta Bravo (2009, p. 3) foram instituídas pela União e previam a participação, paritária, dos empregadores e dos empregados em sua administração.

Importante ressaltar, no entanto, a partir dos estudos de Polignano (2006, p. 7) que a referida legislação determinava sua aplicação somente para o operariado urbano, excluindo-se os trabalhadores rurais e as caixas deveriam ser organizadas pelas empresas e não pelas categorias profissionais. O autor segue apontando que a criação das CAPs *"dependia do poder de mobilização e organização dos*

⁴ Não é objetivo deste estudo aprofundar essa questão. Para aprofundamento acerca do movimento da Revolta da Vacina ler os autores: Cristiane Menna Barreto Azambuja (2016) – A Política Sanitária na República Velha e a Revolta da Vacina; e Nicolau Sevckenko (2018) – A Revolta da Vacina: Mentis insanas em corpos rebeldes).

trabalhadores de determinada empresa para reivindicar a sua criação".

As mudanças ocorridas neste período e a instituição das CAPs são iniciativas que vem de encontro às reivindicações dos trabalhadores diante dos efeitos negativos na qualidade de vida, com destaque para questões sanitárias resultantes do processo de industrialização do país. Nessa perspectiva, segundo Bravo (2009, p. 3) as CAPs previam os seguintes benefícios, proporcionais à contribuição dos trabalhadores: *"assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez; pensão para os dependentes e auxílio funeral"*.

A partir de 1930 a política de saúde ganha caráter nacional sendo organizada com base em dois subsetores, a saber: a saúde pública e a medicina previdenciária. Em seus estudos Bravo (2009) aponta que o subsetor de saúde pública predominou no Brasil até o início da década de 60, no entanto, sem haver profundas mudanças ou transformações na situação de saúde da população. Concorde-se com Polignano (2006) quando afirma que:

A escassez de recursos financeiros associado a pulverização destes recursos e de pessoal entre diversos órgãos e setores, aos conflitos de jurisdição e gestão, e superposição de funções e atividades, fizeram com que a maioria das ações de saúde pública no estado novo se reduzissem a meros aspetos normativos, sem efetivação no campo prático de soluções para os grandes problemas sanitários existentes no país naquela época (Polignano, 2006, p. 12).

Importante destacar ainda, que década de 1930, uma das principais mudanças no setor previdenciário foi a substituição das CAPs pelos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), nos quais os trabalhadores passam a se organizar por categorias profissionais, por exemplo, marítimos, comerciantes, bancários, etc, e não mais por empresas. Polignano (2006, p. 10) citando as reflexões de Nicz (1982) refere que para além de um instrumento de controle social, os IAPs constituíram, até a década de 1950, *"papel fundamental no desenvolvimento econômico deste período, como instrumento de captação de poupança forçada, através de seu regime de capitalização"* (Nicz, 1982, apud, Polignano, 2006, p. 10).

Nessa perspectiva o subsetor de medicina previdenciária começa a ganhar espaço no território nacional no final da década de 1950, viabilizando o crescimento de um complexo médico hospitalar de natureza privada que se sobressai ao subsetor de saúde pública a partir de 1966, na égide do regime militar brasileiro, no

qual irá se instituir o “**Modelo Privatista**”⁵, com mudanças significativas no campo da previdência social e, por conseguinte, impactando na política de saúde.

Sendo o regime militar incapaz de por meio da repressão manter-se no poder por longo período de tempo, se fez necessário a adoção de algumas políticas sociais para garantir a legitimidade governamental perante o povo. Para tanto, segundo Polignano (2006) os governantes militares se utilizam do sistema previdenciário. Aproveitando que os IAPs se limitavam a poucas categorias profissionais organiza-se um processo de unificação desses Institutos, em 1967, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Com a unificação dos IAPs pela instituição do INPS o governo militar precisou acrescentar os benefícios já garantidos anteriormente, sendo um deles a assistência médica. Entretanto, conforme assevera Polignano (2006) com o aumento acelerado do número de contribuintes e beneficiários se tornou inviável ao sistema previdenciário prestar atendimento médico para todos. Diante disso, os militares que estavam no governo do país optam por direcionar os recursos públicos para a iniciativa privada objetivando *"cooptar o apoio de setores importantes e influentes dentro da sociedade e da economia"* (Polignano, 2006, p. 15)

Nesse sentido, Teixeira (1986, apud Bravo, 2009, p. 7) destaca as principais características do “**Modelo Privatista**”, sendo elas: a extensão da cobertura previdenciária para o maior contingente populacional possível; a ênfase nas práticas médicas curativas de caráter individual, assistencial e especializado via parcerias com indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; a criação e implementação de um complexo médico-industrial com elevadas taxas de acumulação de capital por grandes empresas para produção de medicamentos e equipamentos de uso médico; e a organização da prática médica voltada para a expansão do capitalismo, havendo diferença de atendimento de acordo com a clientela.

A partir de então a saúde é dividida em dois polos: os que contribuem para a Previdência Social com uma medicina curativa e privada, e os que se vinculam a medicina preventiva e pública do Sistema Nacional de Saúde (criado em 1975) sob responsabilidade do Ministério da Saúde. Importa salientar, entretanto, e retomando

⁵ Importa destacar que existem variadas denominações de acordo com os autores que debatem este modelo, tais como: Modelo de privilegiamento do produtor privado; Modelo Privatista; Modelo Privado. Diante disso, neste trabalho, se irá adotar/optar a denominação: “**Modelo Privatista**” para se referir ao modelo assistencial em saúde que prioriza o setor privado.

os estudos de Polignano (2006) que neste período histórico foram escassos os recursos destinados ao Ministério da saúde, resultando da impossibilidade de se desenvolver de maneira eficaz e com qualidade as ações no âmbito da saúde pública. Tal prerrogativa, para o autor, significou em realidade “[...] *uma clara opção pela medicina curativa, que era mais cara e que, no entanto, contava com recursos garantidos através da contribuição dos trabalhadores para o INPS*” (Polignano, 2006, p. 16).

Esse cenário produziu impactos na saúde e qualidade de vida da parcela da população que não possuía condições de contribuir com o modelo privatista. Assim, com a crise no setor público, na década de 1980, o setor privado precisou reorganizar sua estrutura, criando-se um subsistema de atenção médico-supletiva⁶. Tal subsistema afirma Polignano (2006):

[...] baseia-se num universalismo excludente, beneficiando e fornecendo atenção médica somente para aquela parcela da população que tem condições financeiras de arcar com o sistema, não beneficiando a população como um todo e sem a preocupação em investir em saúde preventiva e na mudança de indicadores de saúde (Polignano, 2006, p. 21-22).

Nesse contexto contraditório existente tanto no âmbito da saúde como no campo político do país, pelo processo de redemocratização em curso, pode-se afirmar que a década de 1980 foi um período marcado por grande mobilização política e social, com o aprofundamento da crise econômica advinda da ditadura militar. Ressalta-se que num período ligeiramente anterior, início da década de 1970, aparece no Brasil, pela primeira vez a expressão “**reforma sanitária**”, em um artigo do professor Guilherme Rodrigues da Silva (USP) quando este se refere às origens da medicina preventiva. (Paim; Almeida-Filho, 2014)

Com a criação do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) em 1976, o que era apenas uma expressão ganha corpo e proposições iniciais que nas palavras de Paim e Almeida-Filho (2014, p. 203) se traduzem pela “[...] *unificação dos serviços de saúde, a participação social dos cidadãos e a ampliação do acesso a serviços de qualidade*”. A partir de então, iniciaram-se movimentos em oposição ao modelo privatista, por parte de diferentes segmentos sociais, tais como destaca Bravo (2009, p. 8-9), os profissionais de saúde, partidos políticos de oposição, o

⁶ Para fins de aprofundamento acerca do subsistema de atenção médico-supletiva: ler o autor Jairnilson Silva Paim (2006) – Atenção à saúde no Brasil.

próprio movimento sanitário articulado pelo CEBES e os movimentos sociais urbanos juntamente com outras entidades da sociedade civil. Os movimentos se organizavam em prol da construção de um novo modelo assistencial em saúde que abrangesse a totalidade da população brasileira. Sendo que a partir dos estudos da autora supracitada, e em conformidade com as proposições elencadas pelo CEBES, os principais aspectos e propostas em debate pelos movimentos coletivos foram:

A universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde (Bravo, 2009, p. 8-9).

A partir das mobilizações sociais, as propostas acima descritas puderam ser debatidas, no processo de redemocratização do país, durante a elaboração e execução da *8ª Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS)*, realizada em março de 1986, em Brasília. Momento em que no seu Relatório Final a VIII CNS dispõe do entendimento acerca do que seja a Reforma Sanitária:

As modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencionado chamar de Reforma Sanitária (Brasil, 1987, p. 381).

Para melhor compreensão a respeito da conceituação da Reforma Sanitária e sua abrangência, importa distinguir, conforme asseveram Paim e Almeida-Filho (2014), reforma sanitária de uma reforma setorial na saúde. Nas palavras dos autores:

[...] uma reforma sanitária pode pretender transcender o setor, ainda que tenha como referência a saúde. Desse modo, podem ser identificadas reformas que privilegiam mudanças apenas no sistema de serviços de saúde (reforma no setor saúde ou reforma setorial) e outras que, reconhecendo o sistema de serviços como uma das respostas sociais, pretendem intervir de maneira ampla no atendimento das necessidades de saúde, com vistas à melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida da população. Este tipo de reforma que busca enfrentar a questão sanitária com uma abordagem mais ampla pode ser denominada, mais precisamente, reforma sanitária (Paim; Almeida-Filho, 2014, p. 204).

Com base nas conceituações acerca da Reforma Sanitária trazidas pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e pelos referidos autores, tem-se um ponto em comum entre os conceitos. Ambos partem de um conceito ampliado de saúde que ultrapassa o sistema de serviços de saúde enquanto uma reforma apenas na saúde e, portanto, setorial. Nessa perspectiva, uma reforma sanitária, parte do pressuposto de que para dar respostas que de fato vão de encontro aos problemas de saúde, no sentido de modificá-los, é primordial que sejam considerados e observados os aspectos que interferem na qualidade de vida dos sujeitos e, por conseguinte, determinam e/ou condicionam a saúde e o adoecimento da população.

Tendo-se em vista os três modelos assistenciais em saúde referidos anteriormente e os estudos teóricos realizados pela autora, organizou-se um quadro síntese (**Quadro 1**) com os principais aspectos desses modelos em seus respectivos períodos históricos (Casado, 2023).

Quadro 1 – Síntese dos estudos teóricos acerca dos Modelos Assistenciais em Saúde no Brasil

Modelo Sanitarista Campanhista	Modelo Privatista	Movimento da Reforma Sanitária
1890 a 1960	1964 a 1980	A partir de 1980
<p>Política de saúde de caráter nacional, organizada em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária.</p> <p>Medicina previdenciária: 1930 a partir da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) visavam mais a acumulação de reservas financeiras do que a ampla prestação de serviços. Para acesso aos benefícios via IAPs era necessário contribuir, ou seja, ser trabalhador formalizado (carteira assinada).</p> <p>Saúde pública: criação de condições sanitárias mínimas para a população urbana e, restrita para a do campo. Sendo que as principais medidas adotadas foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Campanhas sanitárias; ➤ Departamento Nacional de Saúde, criação em 1937, para coordenar os serviços de saúde nos estados com fraco poder político e econômico; O qual foi reorganizado em 1941, incorporando os serviços de combate às endemias e o controle da formação de técnicos em saúde pública. 	<p>A medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. Diminuição da Saúde Pública e crescimento da medicina previdenciária. Principais ações:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Extensão da cobertura previdenciária para quase toda a população urbana, com inclusão da população rural, empregadas domésticas e autônomos em 1973. ➤ Prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada (modelo biomédico); ➤ Articulação do Estado com os interesses internacionais via indústrias farmacêuticas e equipamentos hospitalares; ➤ Criação do complexo médico-industrial; ➤ Interferência estatal na previdência visando à lucratividade do setor saúde (capitalização da medicina e dos produtos privados); 	<p>Saúde assume dimensão política, vinculada à democracia a partir de movimentos de grupos como: profissionais de saúde, movimento sanitário, partidos políticos e movimentos sociais urbanos.</p> <p>Movimento da reforma sanitária na perspectiva do conceito de saúde ampliada. Sendo que as principais propostas em debates por estes grupos foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Universalização do acesso à saúde; ➤ Saúde como direito social e dever do Estado; ➤ Reestruturação por meio do Sistema Unificado de Saúde, com vistas à saúde individual e coletiva; ➤ Descentralização das decisões para os estados e municípios; ➤ Financiamento efetivo para a saúde; ➤ Democratização do poder local, mediante novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. <p>Destaca-se a preparação e realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, em Brasília DF,</p>

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em razão dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; ➤ Criação de serviços específicos para combate às endemias (Febre amarela, Malária) com financiamento da Fundação Rockefeller, de origem norte-americana. 		<p>como marco fundamental para a discussão dos novos rumos da Política de Saúde no Brasil. Aqui a saúde, direciona-se à toda sociedade, propondo-se não somente a criação de um Sistema Único, como a realização da Reforma Sanitária. Os quais foram contemplados em grande parte pelo texto da Constituição Federal de 1988.</p>
---	--	--

Fonte: Quadro elaborado pela autora, a partir de Mendes (1996) e Polignano (2006), agosto 2023.

Diante do exposto, pode-se perceber que a Política Pública de Saúde ao longo da história do Brasil foi se modificando de acordo com o contexto político, econômico e social de cada período histórico. Ora primando por iniciativas de saúde pública com maior abrangência para a população mediante campanhas sanitárias, ora pautada pelos interesses do capital e do mercado internacional. Nesta perspectiva, importa destacar que nenhum modelo é totalmente novo, cada modelo assistencial que se apresenta ao longo da história de saúde no Brasil carrega e/ou preserva em si traços do modelo anterior. Portanto, pode-se observar a disputa entre características dos modelos assistenciais, visto que muitas delas são antagônicas e coexistem num cenário de constantes avanços e retrocessos, vivenciados pela política de saúde a partir da década de 1990, contexto que será abordado no próximo item.

2.1.1 A Reforma Sanitária Brasileira: avanços e retrocessos

Neste item, busca-se resgatar historicamente e apontar os principais aparatos jurídico-legais brasileiros a partir da década de 1990, observando-se avanços e retrocessos no processo de materialização da Reforma Sanitária Brasileira. Nessa perspectiva, conforme apontado no item anterior, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, iniciado no final da década de 1970, alcançou seu ápice em 1986 durante a 8^o Conferência Nacional de Saúde (CNS)⁷ ocorrida em

⁷ Para sintetizar as reflexões desse processo, cita-se parte do texto introdutório do Relatório Final da 8^o Conferência Nacional de Saúde.

Para efeito de fidelidade ao rico processo de debate que ocorreu na Conferência, faz-se necessário destacar alguns pontos que, numa simples leitura das conclusões referentes aos três temas, não se revelam com a necessária ênfase:

1 – Em primeiro lugar, ficou evidente que as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar a Reforma Sanitária.

2 – A questão que talvez mais tenha mobilizado os participantes e delegados foi a natureza do novo Sistema Nacional de saúde: se estatizado ou não, de forma imediata ou progressiva. A proposta de estatização imediata foi recusada, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e

Brasília. A 8º CNS dividiu-se em três temas, a saber: 1º Saúde como Direito; 2º Reformulação do Sistema Nacional de Saúde; e 3º Financiamento do Setor. A partir dessas temáticas a Conferência debateu mudanças fundamentais à política de saúde brasileira para atender as necessidades sanitárias da população, sob uma nova concepção de saúde, ganhando materialidade legal, dois anos mais tarde, ao ser inserida na constituinte.

A Constituição Federal de 1988, ao conceber a saúde enquanto um direito de todos e dever do Estado e partícipe do Tripé da Seguridade Social (Políticas de Saúde, Previdência Social e Assistência Social), estabelece no âmbito jurídico-legal as diretrizes da política pública de saúde, e enquanto objetivo desta a garantia do acesso universal e igualitário da população às ações e serviços de saúde. Sabe-se, entretanto, que houve duros embates no processo de elaboração do texto da Constituinte para que se conquistasse tal concepção de saúde. Segundo os autores Bravo e Matos (2009) inspirados nos estudos de Teixeira (1989) a discussão da saúde centrou-se em dois blocos antagônicos

[...] um formado pela Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e pela Associação das indústrias farmacêuticas (internacionais) que defendia a privatização dos serviços de saúde, e outro denominado Plenária Nacional da Saúde, que defendia os ideais da Reforma Sanitária [...]. A vitória das proposições da reforma sanitária deveu-se a eficácia da Plenária, via sua capacidade técnica, pressão sobre os constituintes e mobilização da sociedade, e à Emenda Popular assinada por cinquenta mil eleitores e cento e sessenta e sete entidades (Bravo; Matos, 2009, p. 7).

Nessa perspectiva, após muita mobilização dos segmentos sociais que defendiam os ideais da Reforma Sanitária, no processo de construção da Constituição Federal de 1988, tornou-se possível incluir uma das principais

expansão do setor público. Em qualquer situação, porém, ficou claro que a participação do setor privado deve-se dar sob o caráter de serviço público “concedido” e o contrato regido sob as normas do Direito Público. Em relação a esse tema, é impressão da comissão de redação que a proposição “estatização da indústria farmacêutica”, aprovada na Assembleia Final, conflita com esse posicionamento geral, por não ter sido objeto de uma discussão mais aprofundada.

3 – Outro tema bastante polêmico foi aquele relativo à separação da “Saúde” da “Previdência”. O entendimento majoritário foi o de que a Previdência Social se deveria encarregar das ações próprias de “seguro social” (pensões, aposentadorias e demais benefícios) e a saúde estaria entregue, em nível federal, a um único órgão com características novas. O setor seria financiado por várias receitas, oriundas de impostos gerais e incidentes sobre produtos e atividades nocivas à saúde. Até que se formasse esse orçamento próprio da saúde, a Previdência Social deveria destinar os recursos, que ora gasta com o INAMPS, para o novo órgão e ir retraindo-se na medida do crescimento das novas fontes.

4 – No tema financiamento houve alto grau de consenso sobre alguns princípios importantes que devem orientar a política de financiamento setorial. O relatório parece mais indicativo do que conclusivo, revelando que esta discussão exige um maior aprofundamento (Brasil, 1986, p. 10-11).

propostas dessa reforma, ou seja, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A respeito de uma conceituação do SUS, Teixeira, Souza e Paim (2014) afirmam que esse sistema:

[...] é expressão de uma política de Estado que se fundamenta em uma concepção ampliada de saúde e em uma perspectiva universalista do direito à saúde, traduzida em princípios (valores), diretrizes (políticas e organizativas) e dispositivos jurídicos (leis e normas) que orientam e definem o curso das ações governamentais (Teixeira; Souza; Paim, 2014, p. 123).

O Sistema Único de Saúde, em conformidade aos autores, enquanto expressão de uma política de Estado é regulamentado pela Lei Federal nº 8.080/1990, a qual dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e pela Lei Federal nº 8.142/1990 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. As duas referidas Leis constituem o que se denomina de “Leis Orgânicas da Saúde” e definem princípios e diretrizes para o funcionamento e organização do Sistema Único de Saúde no Brasil. Reportando-se à Lei nº 8.080/90 importa destacar, com vistas ao alcance dos objetivos deste capítulo, os princípios doutrinários do SUS. Parte-se, inicialmente da concepção descrita por Polignano (2006) a respeito dos princípios doutrinários:

UNIVERSALIDADE – o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais.

EQUIDADE – é um princípio de justiça social que garante a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A rede de serviços deve estar atenta às necessidades reais da população a ser atendida.

INTEGRALIDADE – significa considerar a pessoa como um todo, devendo as ações de saúde procurar atender a todas as suas necessidades (Polignano, 2006, p. 23).

A partir dessa concepção inicial acerca dos princípios dar-se-á enfoque as principais características de cada um deles. A *universalidade*, de acordo com Teixeira, Souza e Paim (2014, p. 123), pressupõe a ampliação das ações e serviços de saúde com vistas ao acesso de toda a população. Para tanto, se faz necessário eliminar barreiras econômicas e socioculturais que impossibilitam esse acesso universal. Como barreira econômica pode-se citar como exemplo, a falta de recursos financeiros da população que vive em locais afastados das grandes metrópolis ou

centros urbanos para custear o transporte e chegar aos serviços de saúde. Já em relação às barreiras socioculturais, os referidos autores, destacam as dificuldades de entendimento nas informações e recomendações dos profissionais por parte dos usuários dos serviços de saúde em decorrência do não acesso à educação de qualidade (baixa escolaridade) resultando em falhas no processo de prevenção e recuperação da saúde da população. Podem-se acrescentar, ainda, barreiras institucionais, tais como os protocolos de atendimento, as rotinas de trabalho inflexíveis, os horários de funcionamento, entre outras, que dificultam e, por vezes, impossibilitam o acesso universal dos usuários aos serviços.

No que se refere ao princípio da *equidade* há a necessidade de se construir condições de igualdade entre sujeitos desiguais. Para tanto, os autores supracitados destacam que a garantia da equidade no sentido de superação das desigualdades existentes entre os membros de uma dada sociedade perpassa a “[...] *redistribuição e redefinição da oferta de ações e serviços de modo a se priorizar a atenção aos grupos sociais cujas condições de vida e saúde sejam mais precárias – os grupos ‘vulneráveis’ – em função de determinantes sociais*” (Teixeira; Souza; Paim, 2014, p. 124). Dito de outra forma, é necessário, para se materializar o princípio da equidade, que as ações de saúde sejam pensadas a partir das necessidades e particularidades da população usuária a qual se destinam, haja vista que determinados segmentos sociais e certas doenças como, por exemplo, HIV/AIDS, demandam estratégias de atendimento diferenciadas para atender as necessidades dos usuários que as contraíram, expondo a emergência de políticas específicas e/ou especiais.

Os princípios da universalidade e da equidade se articulam ao terceiro princípio doutrinário do SUS, qual seja a *integralidade*. Uma vez que é inviável alcançar o acesso justo, igualitário e universal aos serviços sem construir ações ou intervenções que priorizem a integralidade do cuidado em saúde. Nesse sentido, a integralidade diz respeito ao conjunto de ações que busquem viabilizar a articulação entre a promoção, a prevenção, a assistência e a recuperação em saúde.

A respeito do princípio da *integralidade*, Mattos (2009) compreende tal princípio enquanto uma "bandeira de luta" na medida em que perpassa “[...] *um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária*” (Mattos, 2009, p. 45). O referido autor trabalha com a ideia de "sentidos da integralidade" desenvolvendo reflexões acerca de três possíveis sentidos que podem ser atribuídos à integralidade em saúde.

O primeiro sentido se relaciona ao movimento conhecido como medicina integral, no qual há a crítica a atitude dos médicos em ações reducionistas e fragmentadas na medida em que tendem a focar apenas nos fatores biológicos que causam o adoecimento, desconsiderando as demais necessidades em saúde dos usuários. Assim, para a medicina integral, a prática médica deve levar em consideração para além dos elementos que causam o sofrimento físico, as necessidades de saúde que dizem respeito "*[...] ao diagnóstico precoce ou à redução de fatores de risco*" (Mattos, 2009, p. 54). Nessa perspectiva, importa destacar que a prática da integralidade nos serviços de saúde não é de exclusividade médica, mas deve sim, ser desenvolvida por todos os profissionais que compõe as equipes de trabalho na área da saúde na perspectiva do conceito ampliado de saúde⁸.

O segundo sentido da integralidade, para o autor, perpassa a organização dos serviços e das práticas de saúde. Nesse espectro se faz a crítica da separação entre as práticas de saúde pública e as práticas essencialmente assistenciais. Há necessidade de se horizontalizar programas e ações, anteriormente verticais, com vistas a articulação entre esses dois pólos para atender de maneira integral as necessidades da população usuária. A integralidade aqui assume, portanto, uma forma de organização constante dos serviços de saúde, sob a qual deve expandir o olhar para apreender as necessidades de saúde dos usuários que buscam atendimento. O que pressupõe, conforme Mattos (2009, p. 61) "*[...] diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber as necessidades de serviços de saúde*".

Já o terceiro sentido da integralidade diz respeito às políticas específicas ou "políticas especiais" estruturadas para responder a determinados problemas de saúde. Nas palavras do autor, se trata de "*[...] respostas governamentais a certos*

⁸ Em relação ao conceito ampliado de saúde, reitera-se o exposto por Arouca (1986) quando afirma que "[...] saúde não é simplesmente ausência de doença: "é um bem-estar físico, social, afetivo e que pode significar que as pessoas tenham mais alguma coisa do que simplesmente não estar doentes: que tenham direito à casa, ao trabalho, ao salário condigno, à água, à vestimenta, à educação, às informações sobre como dominar o mundo e transformá-lo. Que tenham direito ao meio ambiente que não os seja agressivo, e que, pelo contrário, permita uma vida digna e decente. Direito a um sistema político que respeite a livre opinião, a livre possibilidade de organização e autodeterminação de um povo, e que não esteja todo tempo submetido ao medo da violência, daquela violência resultante da miséria, e que resulta no roubo, no ataque. Que não esteja também submetido ao medo da violência de um governo contra o seu próprio povo, para que sejam mantidos interesses que não são do povo [...]" Sergio Arouca, 1986. **Texto retirado do Relatório Final da 16ª Conferência Nacional de Saúde, 2022.**

problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos" (Mattos, 2009, p. 61). Assim, a noção de integralidade em políticas especiais pressupõe a adoção de estratégias e intervenções que respeitem as especificidades e abrajam as necessidades de determinados segmentos sociais aos quais se destinam. Entre as políticas especiais, há exemplo da política de HIV/AIDS que se destina ao atendimento das necessidades das pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil.

No bojo da discussão acerca do princípio da integralidade no âmbito da política de saúde se faz imprescindível abordar a intersectorialidade e/ou trabalho em rede⁹, haja vista que para a garantia do atendimento integral das necessidades da população usuária apenas os serviços de saúde seriam insuficientes. Para tanto, em consonância à própria constituinte que prevê a saúde como partícipe do Tripé da Seguridade Social, essa política necessita de articulação com os serviços vinculados as demais políticas deste Tripé, quais sejam a Assistência Social e a Previdência Social, bem como aos serviços das demais políticas públicas existentes no país, tais como: educação, habitação, segurança, etc. Dito isso, resgata-se a conceituação de intersectorialidade elaborada por Feuerwerker e Costa (2000), sendo compreendida enquanto:

[...] a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretendem possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população (Feuerwerker; Costa, 2000, p. 26).

Retoma-se aqui a perspectiva do conceito ampliado de saúde, em que os demais aspectos da vida dos sujeitos constituem condicionantes e determinantes da saúde e perpassam o processo saúde-doença. Sendo assim, as questões de saúde, não são problemas apenas da política de saúde, mas sim atravessam as demais políticas públicas e, portanto, a articulação entre os diferentes serviços da rede, numa perspectiva intersectorial, torna possível a construção de estratégias coletivas

⁹ A respeito da intersectorialidade concorda-se com Yazbek (2014) quando a autora refere que trabalhar de maneira intersectorial "Supõe vontade, decisão, que tem como ponto de partida o respeito à diversidade e às particularidades de cada setor ou participante. Envolve, portanto estruturação de elementos de gestão que materializem princípios e diretrizes, a criação de espaços comunicativos, a capacidade de negociação e também trabalhar os conflitos para que finalmente se possa chegar, com maior potência, às ações" (Yazbek, 2014, p. 98).

Para aprofundamento acerca da temática, indicam-se, ainda, os estudos de Potyara Pereira (2014) – A Intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética.

que respondam adequadamente e, por conseguinte, garantam a integralidade do atendimento às necessidades dos usuários.

Pode-se inferir, a partir do exposto, que os princípios do SUS constituem valores que não podemos perder de vista, tão pouco abrir mão, pois dizem respeito a garantia de qualidade dos serviços prestados, os quais impactam diretamente na qualidade de vida da população. Para além de valores fundamentais à vida, os princípios estabelecem as bases para o funcionamento e a organização deste sistema em nosso país, visando não só materializar o disposto na legislação, como também sistematizar a forma de organização dos serviços que compõem a Política Pública de Saúde Brasileira. Assim, a implementação do SUS, pressupõe, além das mudanças no aparato jurídico-legal, mudanças nos âmbitos político-institucional e político-operacional.

No âmbito político-institucional as instituições de saúde passam a se dividir em níveis de atenção, quais sejam primária ou básica (UBS's), secundária (laboratórios, exames, especialidades em saúde) e terciária (rede hospitalar), objetivando retirar a centralidade dos hospitais e priorizar atendimento nas atenções primária e secundária. Já no âmbito político-operacional as mudanças se referem à prática integral em saúde, abrangendo o trabalho intersetorial e multiprofissional nos serviços, a formação-educação permanente em saúde, na perspectiva do conceito ampliado de saúde.

Em face das considerações tecidas até o momento, evidencia-se que o processo de construção histórica da política pública de saúde no Brasil, desde seus primórdios, perpassa a luta de classes do modo de produção capitalista e as relações entre Estado, sociedade e mercado. As conquistas pelo direito à saúde conforme preconizado hoje pelo SUS e contemplado na Constituição Federal de 1988, ocorreram mediante tensionamentos da classe trabalhadora (profissionais da saúde, sociedade civil, movimentos sociais) que se organizou para lutar pela melhoria das condições sanitárias da população brasileira.

No entanto, os tensionamentos não findam com a promulgação da Constituinte, os direitos duramente conquistados pela população estão em constante desmonte no campo das políticas públicas sociais, entre elas a da saúde, pela existência de uma política de caráter neoliberal no âmbito mundial, iniciada na década de 1970, sendo incorporada e implementada no Brasil, a partir de 1990. Nesse tensionamento entre avanços e retrocessos importa referenciar a questão do

financiamento das políticas públicas, com ênfase na política de saúde. Enquanto avanço, cita-se a Emenda Constitucional nº 29, de 2000¹⁰, a qual altera alguns artigos da Constituição Federal, e ao que nos interessa neste trabalho, acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Em contrapartida, representando um amplo retrocesso, há propostas neoliberais de uma contrarreforma do Estado, no contexto de crise do modo de produção capitalista, que privilegiam o setor privado e as leis do mercado em detrimento das ações do setor público. Ou seja, defendem a expansão de investimentos no setor financeiro e a escassez de recursos para investimentos em políticas públicas sociais que minimizam as desigualdades sociais (produzidas e reproduzidas pelo capitalismo) e respondam as necessidades – leia-se: direitos –, da população brasileira.

Um exemplo nítido e atual dessa contrarreforma estatal, que retrocede a garantia de financiamento conquistada com a EC 29, é a Emenda Constitucional nº 95, de 2016¹¹, conhecida popularmente como a EC do “teto dos gastos”, a qual altera o ato das disposições constitucionais transitórias para instituir o “Novo Regime Fiscal”. A EC 95 estabelece limites, pelo período de vinte anos, às despesas primárias do orçamento fiscal e do orçamento da seguridade social, sob justificativa de contenção da Dívida Pública do país. No entanto, importa destacar que, de acordo com o disposto na emenda, os investimentos financeiros de cunho privado não sofrem alterações, tão pouco, limitações. Pelo contrário, há o incentivo para que ocorram tais investimentos na lógica de que o Estado e as políticas de seguridade social estão em crise.

Sabendo-se que tais justificativas para a instituição de aparatos jurídico-legais, como no caso a EC 95, estão articuladas com o modo de produção capitalista, concorda-se com a afirmativa de Granemann (2016), ao referir que,

A “crise fiscal” do Estado é, sem rodeios, uma nova partilha do fundo público na qual a classe trabalhadora deve continuar a gerar toda a riqueza e reduzir sua já medíocre participação no usufruto da riqueza social por ela

¹⁰ Para acessar integralmente esse aparato jurídico-legal, consultar: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm> Acesso em 06 set. 2023.

¹¹ Para acessar integralmente esse aparato jurídico-legal, consultar: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>> Acesso em 06 set. 2023

produzida e que lhe toca utilizar sob a forma de direitos realizados por limitadas políticas sociais. Se é certo não ser esta a única expressão da luta de classes nos dias presentes, parece-me correto dizer-se: é uma de suas manifestações centrais em todo o mundo (Granemann, 2016, p. 173).

A partir do exposto, tem-se que a riqueza socialmente produzida pela população, a qual deveria retornar sob forma de bens e serviços públicos, gestados pelo Estado para atendimento das necessidades do povo, é repassada para o capital financeiro (setor privado). Sendo assim, tais medidas, ao limitarem os recursos que seriam destinados às políticas públicas, produzem impactos no acesso e na garantia dos direitos sociais que lhes são correspondentes.

Nessa perspectiva, Bravo (2009) em relação à política de saúde ressalta que a lógica implementada pelo capital financeiro consiste em retirar a responsabilidade do Estado em garantir saúde para toda a população, para que as ações de saúde pública se direcionem apenas para quem não pode pagar pela saúde privada, e o restante da população que possui acesso ao mercado passe a dispor da saúde ofertada pelo setor privado. Nesse sentido, tal projeto de saúde vinculado ao mercado possui como principais características:

[...] caráter focalizado para atender às populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local e eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (Bravo, 2009, p. 15).

Com base nas informações apresentadas, diante do desmonte das políticas públicas implementado a partir da EC 95¹², é imprescindível dizer que a redução de recursos para a política pública de saúde produziu impactos significativos ao funcionamento dos serviços. Bem como ao acesso da população para atendimento de suas demandas, com destaque para segmentos populacionais que possuem condições e necessidades de saúde específicas como, por exemplo, as pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Nesse espectro, apontam-se alguns dos principais impactos enfrentados pelos serviços de saúde que se direcionam ao atendimento dessa população e que

12 Importante destacar que no atual contexto político brasileiro os debates em torno do “Regime Fiscal”, ou seja, do teto dos gastos, foram retomados e estiveram em pauta na Câmara de Deputados e no Senado, com a tramitação da PLP 93/2023. A qual se materializou pela sanção da **LEI COMPLEMENTAR Nº 200, DE 30 DE AGOSTO DE 2023**. Para acesso integral as alterações previstas pela legislação, acessar: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/leicom/2023/leicomplementar-200-30-agosto-2023-794631-publicacaooriginal-169053-pl.html>

refletem a redução de gastos definida pelo novo regime fiscal. Dentre os impactos, se sobressaem: a escassez de insumos de prevenção às IST's, principalmente HIV/AIDS; a carência de tecnologias e equipamentos para diagnóstico e tratamento de HIV/AIDS (testes rápidos e exames laboratoriais); a insuficiência na compra, distribuição e estoque de medicamentos específicos para tratamento de HIV/AIDS (coquetéis antirretrovirais); e o desprovimento de recursos humanos para compor as equipes mínimas de trabalho (redução ou ausência de concursos públicos, inexistência de matriciamento e rotatividade/flexibilidade dos profissionais de saúde).

Em conformidade ao exposto, crucial referir que os empasses enfrentados pelos serviços de saúde em decorrência da falta de recursos para investimentos impactam não somente na elaboração e realização, com rebatimentos na qualidade, das ações desenvolvidas no âmbito da saúde, mas também, resulta no não acesso e/ou acesso precário da população à saúde enquanto um direito social e universal, conforme instituído constitucionalmente.

Diante deste atual cenário de contradições e disputas no interior da Política Pública de Saúde Brasileira, pode-se concluir que a afirmação dos princípios do SUS, bem como a luta por sua defesa e efetivação em conformidade à Reforma Sanitária e na contramão de propostas neoliberais como a EC 95, devem ser constantes e estar presentes permanentemente nas ações e intervenções realizadas pelos profissionais que atuam nos serviços de saúde. Profissionais estes, que possuem competência técnica para explicitar e fomentar essa defesa junto à população e que precisam pautar sua atuação profissional em prol da garantia do direito à saúde numa perspectiva que perpasse a universalidade, a equidade e a integralidade do acesso e cuidado em saúde. Isso se estende às políticas especiais e/ou específicas, entre elas a Política Nacional de HIV/AIDS.

2.2. A IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE HIV/AIDS: ASPECTOS HISTÓRICOS

Consoante às reflexões do item anterior, as transformações do processo de construção da Política Pública de Saúde no Brasil ocorrem a partir do contexto político, econômico e social de cada período histórico. Neste item, dar-se-á enfoque ao processo histórico de construção da Política Nacional de HIV/AIDS, enquanto uma política especial/específica de saúde, a partir do surgimento da epidemia no mundo em final da década de 1970 e, mais especificamente no Brasil em 1980. Contexto que irá demandar novas estratégias em saúde para controlar a expansão

da doença e dar conta das necessidades da população acometida por ela.

Nessa perspectiva, levando-se em consideração as nuances da política de saúde no contexto brasileiro a partir de 1980, este item objetiva compreender o surgimento da epidemia de HIV/AIDS no mundo e seus desdobramentos para a implementação de uma Política Nacional de HIV/AIDS no Brasil. Sendo que para a análise desta política resgata-se aqui, o conceito elaborado por Mattos (2009) sobre “*políticas especiais*” enquanto respostas da esfera governamental a determinados problemas de saúde e/ou necessidades específicas de alguns segmentos sociais.

A respeito da epidemia de AIDS, Zucchetti (2017) aponta que os primeiros casos da doença foram registrados nos Estados Unidos, no Haiti e na África Central no final da década de 1970. A doença se manifestava enquanto um conjunto de sintomas que ocasionam a destruição do sistema imunológico humano, transmitida pelo vírus HIV. Ainda, segundo a autora, o primeiro caso de AIDS no Brasil foi registrado em 1982, em São Paulo.

A AIDS chega ao Brasil, conforme Miranda (2012) já carregando consigo influências midiáticas advindas dos Estados Unidos, como uma doença estritamente vinculada à homossexualidade, comportamento sexual e na concepção de grupos de riscos. Sendo assim, a AIDS no Brasil surge trazendo em si um conjunto de preconceitos que se espalhou pelo mundo a partir do ínfimo conhecimento acerca do que seria de fato essa doença, denominada pela mídia e ficando popularmente conhecida, nas palavras da referida autora, como “câncer gay” ou “síndrome da ira de Deus”. Inicialmente a AIDS é vista e compreendida enquanto um castigo divino sobre as pessoas com comportamento sexual considerado “desviante”, como se a doença pudesse ter uma preferência sexual.

Além dos danos físicos causados pela doença, pelo fato desta atacar diretamente o sistema imunológico humano, às pessoas vivendo com HIV/AIDS foram vítimas do fenômeno que ficou conhecido como “*morte civil*”. Haja vista que no início da epidemia, conforme Miranda (2008), muitas pessoas quando acometidas pela doença, foram dispensadas de seus empregos, sofreram com a estigmatização e o desrespeito de seus direitos fundamentais, bem como foram submetidas a diversos constrangimentos. Diante disso, a autora destaca algumas das principais formas de negação de direitos aos soropositivos, que se articulam à preconceitos e os condenam à morte em vida.

[...] recusa de atendimento médico-hospitalar e odontológico; demissões arbitrárias; transferência arbitrária de cargo ou função; restrições à participação em concursos públicos; recusa de matrícula escolar; inacessibilidade ao tratamento, informação e medicamentos; maus tratos familiares; proibição ou restrição ao casamento; confinamento; aborto e esterilização compulsória; segregação social; para citar algumas situações clássicas e notórias, que ganharam as páginas dos jornais e chegaram aos tribunais de justiça de todo país (Miranda, 2008, p. 17-18).

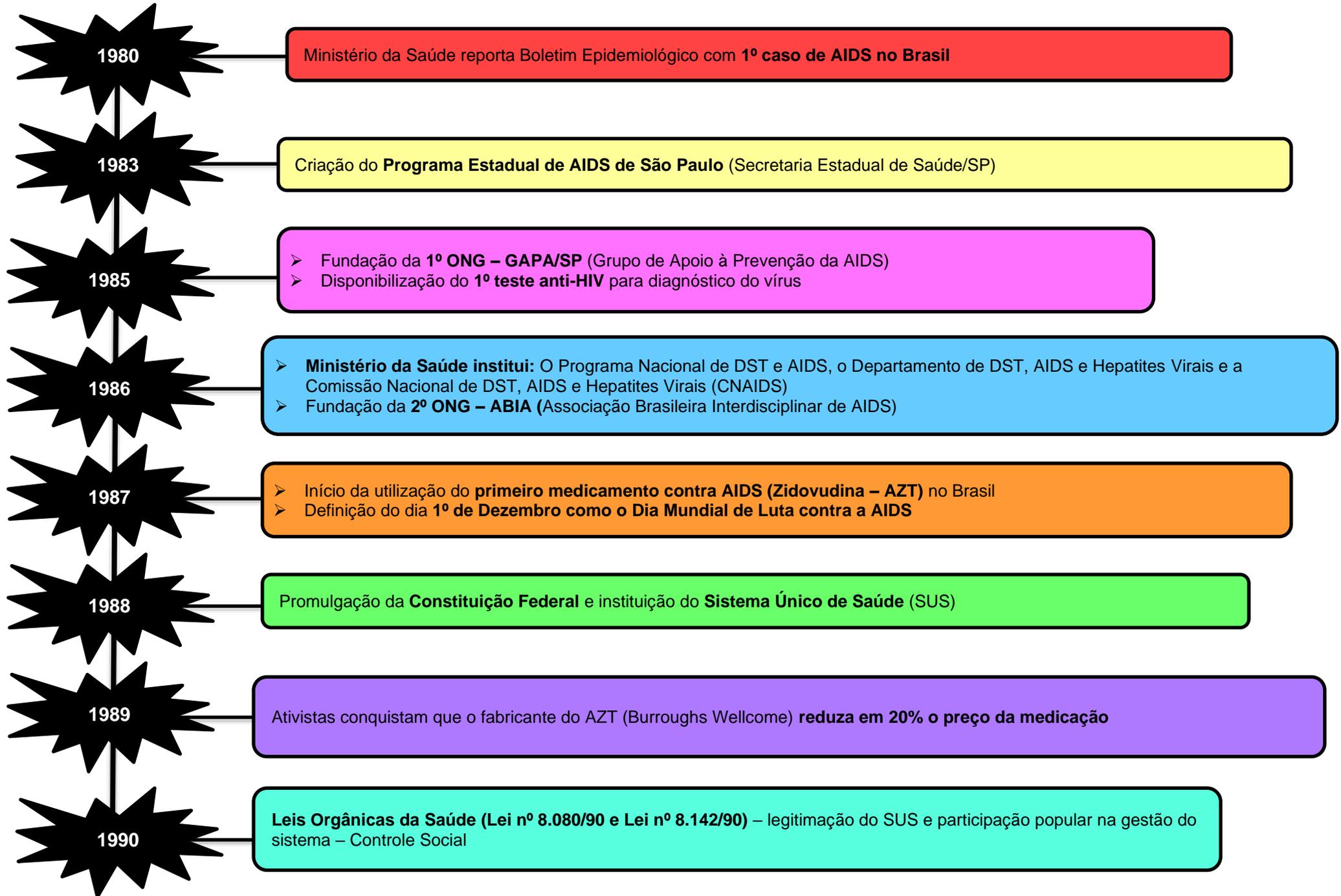
Dito isto, pode-se verificar que a epidemia de HIV/AIDS diferencia-se das demais epidemias por suas dimensões biológica, psicológica e social. Trata-se de uma doença que pode atingir a todos, independentemente de suas condições socioeconômicas ou culturais. Por conseguinte, devem ser consideradas todas as dimensões da vida humana: social, emocional, econômica, cultural, etc., pois a doença em si impacta todos os aspectos da vida dos sujeitos e não somente os aspectos físicos e biológicos.

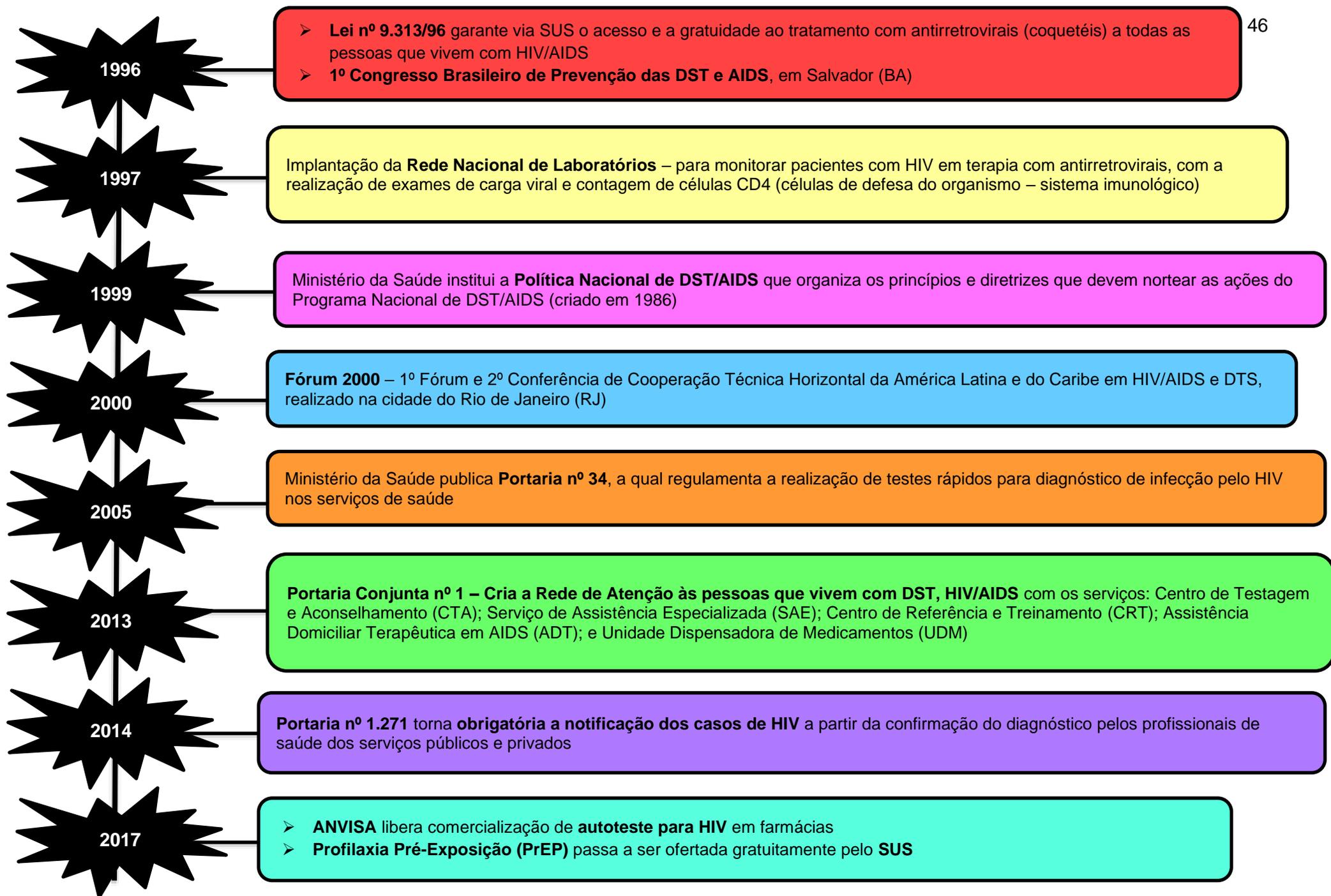
Importa reafirmar que a epidemia de AIDS emerge no Brasil na década de 1980, num contexto que compreende o fim da ditadura política e a luta pela democracia ampliada. Portanto, diante dos preconceitos vivenciados pelas pessoas acometidas pela doença, este período foi marcado pelo protagonismo de movimentos sociais na luta pela efetivação dos direitos sociais. Nessa perspectiva, havia forte mobilização da sociedade civil, com destaque para figuras de intelectuais que contrairam o vírus da AIDS, como o sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, e Herbert Daniel que mediante a criação das chamadas ONGs/AIDS, buscaram colocar a prevenção e a assistência aos doentes numa visão democrática.

As mobilizações das ONGs/AIDS sob direção dessas figuras públicas que foram infectadas pelo vírus, com o apoio de movimentos da sociedade civil exigiam que o governo assumisse essa temática como um direito da população e dever do estado, respeitando-se os princípios do SUS. Esse processo de reivindicação de direitos fez com que as forças governamentais assumissem, gradativamente, suas responsabilidades com relação a AIDS no sentido da construção de uma Política Nacional de prevenção e assistência aos acometidos pela doença.

Diante disso, iniciou-se uma série de iniciativas, legislações, movimentos sociais e marcos importantes relacionados ao combate da AIDS e demais DST's existentes no território nacional. Apresenta-se na **Figura 1**, uma linha do tempo acerca dos serviços e políticas voltadas ao HIV/AIDS e outras DST's no Brasil.

Figura 1 – LINHA DO TEMPO SOBRE A HISTÓRIA DA AIDS/HIV E DST's NO BRASIL





Pode-se observar, a partir da linha do tempo, que nas décadas de 1980 e, mais especificamente, 1990 houve a expansão dos serviços em saúde voltados para o combate às DSTs, com destaque para o HIV/AIDS. Importa reiterar, no entanto, que a identificação e inserção da demanda das DSTs/AIDS na agenda governamental brasileira para implementação da Política Nacional de HIV/AIDS se materializou mediante mobilizações e fortes pressões de diversos seguimentos sociais envolvidos com a temática, tais como: Secretarias Estaduais de Saúde, movimentos sociais, ONG's e organizações internacionais.

Vale salientar alguns dos principais marcos históricos presentes na linha do tempo que possibilitaram a implementação da Política Nacional de HIV/AIDS e dos demais avanços em termos de políticas e programas para acesso à direitos da população que vive com HIV/AIDS no país. Sendo que, conforme exposto anteriormente, o primeiro caso de AIDS registrado no Brasil ocorreu em São Paulo, é justamente, neste estado que surgem as primeiras iniciativas voltadas à temática. Lembrando sempre, que toda conquista, aqui referida, se dá a partir de forte pressão e mobilização social. Nesse sentido, em 1983, em pleno processo de redemocratização do país, a Secretaria Estadual de Saúde do estado de São Paulo cria o Programa Estadual de AIDS de São Paulo.

Apesar de pioneiro e de grande relevância para o surgimento de ONGs e outros movimentos relacionados à AIDS, apenas um programa estadual era insuficiente para abarcar as necessidades das pessoas vivendo com HIV/AIDS em sua totalidade, pensando-se na dimensão geográfica e territorial do Brasil. Se fazia necessário a criação de um programa em âmbito nacional, que pudesse ser implementado em todo o país, iniciativa efetivada três anos mais tarde, quando em 1986, o Ministério da Saúde institui o Programa Nacional de DST e AIDS. (Miranda, 2012).

Um ano após a implementação do Programa Nacional, inicia-se a utilização do primeiro medicamento capaz de quebrar a cadeia reprodutiva do vírus HIV, o Zidovudina, mais conhecido como AZT. A medicação foi um avanço fundamental para o controle inicial da epidemia, no entanto, o custo era alto e o acesso era restrito. Somente em 1996, após a XI Conferência Internacional de AIDS, conforme aponta Braz (2020, p. 39) “[...] é que foi apresentada a terapia tripla, popularmente conhecida como “coquetel”, nesse período que o Brasil tornou obrigatória a distribuição dos medicamentos anti-HIV pelo SUS”. Essa obrigatoriedade da

distribuição dos medicamentos via SUS é dada pela Lei nº 9.313/96, segundo a qual o acesso a medicação passa a ser universal e gratuito e, por conseguinte, o tratamento com antirretrovirais é disponibilizado nos serviços públicos de saúde, abrangendo a totalidade da população brasileira.

O Programa Nacional de DST e AIDS, criado em 1986, foi sem dúvida, uma iniciativa governamental de fundamental importância para que se obtivessem as primeiras conquistas relacionadas ao segmento populacional acometido pela doença, principalmente no que diz respeito à medicação. Entretanto, considera-se relevante pontuar que uma Política Nacional de DST/AIDS que definisse princípios e diretrizes para nortear o Programa Nacional foi instituída somente em 1999. Ou seja, o Programa Nacional de DST e AIDS existiu e atuou em iniciativas voltadas a população com AIDS durante treze anos sem ter um direcionamento definido a âmbito nacional pelo Ministério da Saúde.

Apesar de tardia, a Política Nacional de DST/AIDS, evidencia sua importância na medida em que define os princípios e as diretrizes sob as quais o Programa Nacional deve atuar. O documento oficial, publicado pelo Ministério da Saúde em 1999, em sua apresentação, menciona:

O documento contempla objetivos e diretrizes e define prioridades, tendo como marcos principais os princípios do SUS e o quadro atual da epidemia no Brasil. Apresenta também um panorama sucinto da epidemia de aids no país, situando as tendências atuais e os desafios postos, em termos de políticas públicas e mobilização social. Orienta as ações do Programa Nacional de DST/AIDS no âmbito da promoção à saúde; da proteção dos direitos fundamentais das pessoas com HIV/AIDS; da prevenção da transmissão das DST, do HIV/AIDS e do uso indevido de drogas; do diagnóstico, do tratamento e da assistência às pessoas portadoras de DST/HIV/AIDS; e do desenvolvimento e fortalecimento institucional dos gestores locais de programas e projetos na área.

Essas ações têm como base os fundamentos do SUS: a integralidade, a universalidade, a equidade, a descentralização e o controle social, compreendendo-se, assim, o SUS é um sistema integrado - estado e sociedade - que interage para um fim comum, qual seja, a promoção da saúde da população. Dessa forma, a política do Programa Nacional de DST/AIDS é formulada e executada de acordo com essa concepção, expressando-se nas três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal (Brasil, 1999, p. 5).

Destarte os avanços com relação ao HIV/AIDS no Brasil, através da criação de políticas públicas voltadas para essa população, importa salientar, contudo, a manutenção de preconceitos e exclusões. Partindo-se dessa premissa, concorda-se com Zucchetti (2017, p. 30) quando a autora refere que: “[...] *muito além do*

tratamento clínico, devem-se oferecer condições dignas de vida às pessoas que vivem com HIV/AIDS em que todas as esferas do indivíduo sejam consideradas a fim de oferecer-lhes a melhor qualidade de vida possível”.

É neste cenário que surgem serviços específicos para atendimento às pessoas vivendo com HIV/AIDS em ampla escala no país, vinculados à média e alta complexidade em saúde conforme priorizado na organização do SUS. A Portaria Conjunta nº 1 de 16 de janeiro de 2013 altera a tabela de serviços especializados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) no tocante aos serviços especializados de Atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis, Vírus da Imunodeficiência Humana, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/HIV/AIDS), os quais, segundo o Art. 2º da normativa passam a se classificar em:

Art. 2º Fica aprovado, na forma do Anexo II a esta Portaria, o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids.

§ 1º Os Serviços de Atenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis, Vírus da Imunodeficiência Humana, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (DST/HIV/AIDS) são composto pelas seguintes classificações:

I - Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): serviços de saúde que realizam ações de testagem e prevenção das DST, AIDS e Hepatites Virais, destinadas, prioritariamente, a segmentos populacionais considerados em situação de maior vulnerabilidade e à população em geral;

II - Serviço de Atenção Especializada (SAE): unidade ambulatorial voltada a atenção integral às pessoas com DST/HIV/AIDS;

III - Centro de Referência e Treinamento (CRT): unidade de referência na atenção integral às pessoas com DST/HIV/Aids e Hepatites Virais, na multiplicação dos conhecimentos, informações técnicas, capacitação das equipes de saúde e assistência em diversas subespecialidades composta por equipe multiprofissional expandida;

IV - Assistência Domiciliar Terapêutica em AIDS (ADT): assistência multiprofissional prestada às pessoas com HIV/AIDS, em nível domiciliar, englobando desde atendimento de curta duração, semelhante ao nível ambulatorial até a assistência voltada a pacientes que necessitam de atenção constante e de cuidados específicos de baixa complexidade ou em caráter paliativo, com características de média duração e programação eletiva; e

V - Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM): estabelecimento integrante de serviços de saúde públicos, filantrópicos ou privados sem fins lucrativos que realizam ações voltadas para a assistência farmacêutica, inclusive dispensação de medicamentos antirretrovirais para o atendimento dos usuários sob terapia antirretroviral (TARV), sem prejuízo à dispensação de outros medicamentos, como aqueles para infecções oportunistas e efeitos adversos aos antirretrovirais (ARV), ou produtos estratégicos para as DST/AIDS, tais como os insumos de prevenção (preservativos masculino e feminino, gel lubrificante e kit para redução de danos) (Brasil, 2013, p. 2).

A partir disso, nesse estudo, dar-se-á enfoque, aos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAEs), visto que se objetiva compreender o trabalho do

assistente social inserido nesses espaços socioocupacionais. Para tanto, o próximo item, irá tecer aproximações acerca do surgimento, dos objetivos e atividades que o SAE busca desenvolver no âmbito da prevenção, combate e tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil.

2.2.1 Os Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE)

Propõe-se, aqui, a partir dos pressupostos históricos acerca da implementação da Política Nacional de HIV/AIDS, abordados no item antecessor, utilizar referenciais teóricos que possibilitem apreender o surgimento e os principais objetivos dos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE). Para tanto, remete-se ao início da década de 1990, momento em que com a crescente mobilização social em torno do combate às DST's, principalmente ao HIV/AIDS e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) houve a expansão dos serviços em saúde voltados para a temática.

Neste contexto, emergem os Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS no Brasil. Segundo Miranda (2012, p. 94) a partir do documento publicado pelo Ministério da Saúde em 2008, sabe-se que o primeiro SAE foi criado em 1994, como uma estratégia de fortalecimento da rede de tratamento e prevenção da AIDS no país. A experiência inicial ocorreu na região Sudeste que aglomerava o maior número de casos da doença na época, se expandindo, aos poucos, para as outras regiões brasileiras, apresentando, porém na região nordeste o menor número destes serviços.

Ainda conforme Miranda (2012) o SAE se caracteriza enquanto um serviço ambulatorial que realiza ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV/AIDS, podendo possuir diferentes configurações institucionais, tais como “[...] *ambulatórios gerais ou de especialidades, ambulatórios de hospitais e unidades básicas de saúde, até postos de saúde e policlínicas*” (MIRANDA, 2012, p. 94). Além disso, a administração dos SAEs também possui diferentes formatos, podendo estar vinculados à municípios, estados e União, bem como Universidades, Organizações Filantrópicas e Organizações Não Governamentais, desde que conveniados ao SUS.

De acordo com Clementino (2018, p. 80) o SAE é “[...] *uma unidade assistencial de caráter ambulatorial, que oferece tratamento especializado às pessoas vivendo com HIV/AIDS, tratamento de sífilis e hepatites virais (B e C)*”. Sendo seu principal objetivo o de prestar um atendimento integral e de qualidade

aos usuários, através de uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde. No entanto, na perspectiva de Militão e Braz (2016) esse serviço possui outros objetivos:

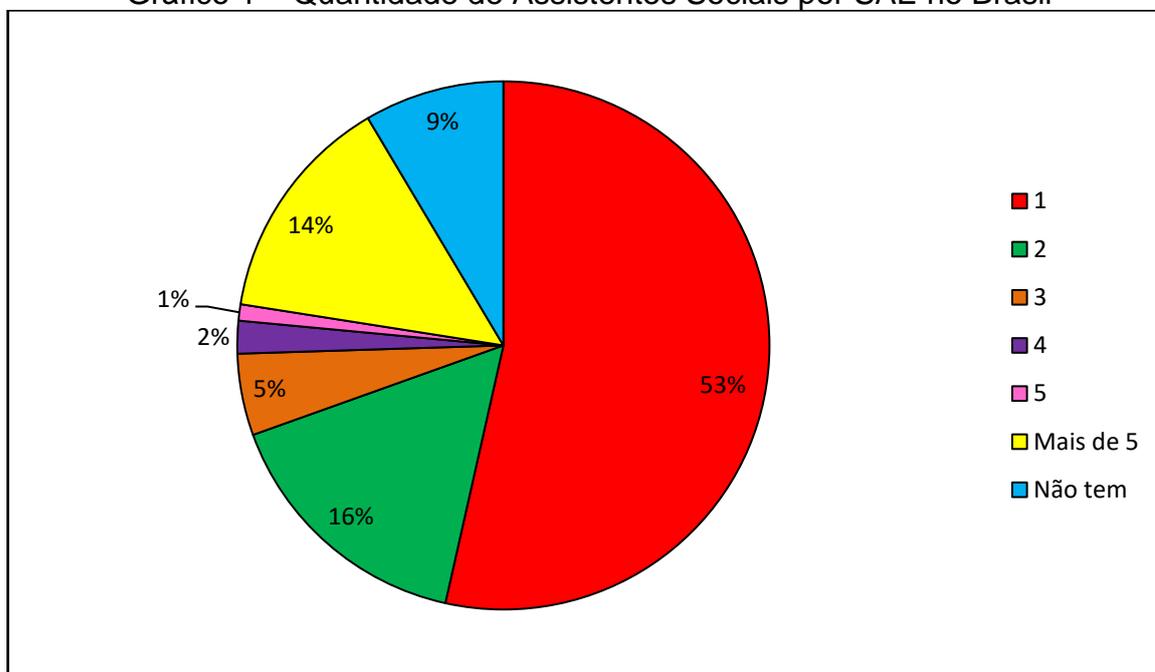
[...] o SAE tem como objetivos prestar assistência integral ao paciente que vive com HIV/AIDS nos diversos estágios da doença; promover atividades de educação e prevenção de DST/AIDS; oferecer campo para ensino, pesquisa e extensão; realizar acompanhamento médico, psicossocial, nutricional e de enfermagem; reduzir a necessidade de internação hospitalar, em função de intervenção clínica precoce; estabelecer sistema de referência e contra referência com a rede SUS, que permita a continuidade do atendimento prestado pelo SAE em níveis mais complexos, de forma mais ágil e eficiente (MILITÃO e BRAZ, 2016, p. 4).

Diante do exposto, para dar conta de tais objetivos, no que se refere à equipe multiprofissional para atuação nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE), a Portaria Conjunta nº 1 de 16 de Janeiro de 2013 estabelece como equipe multiprofissional mínima recomendada “[...] Médico clínico treinado e/ou infectologista; Enfermeiro; Auxiliar e/ou técnico de Enfermagem; Assistente social e/ou Psicólogo” (BRASIL, 2013, p. 9).

Sendo o assistente social, uma das categorias profissionais previstas para atuação nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) realizou-se pesquisa documental no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) vinculado ao DataSUS com vistas a identificar a quantidade de SAEs existentes no Brasil e o percentual de assistentes sociais inseridos nesses espaços. Enquanto resultados obteve-se que existem no país atualmente 528 estabelecimentos que funcionam na modalidade de Serviço de Assistência e/ou Atenção Especializada em DST/HIV/AIDS (SAE), sendo que dentro desses serviços atuam 1.290 assistentes sociais.

Imprescindível salientar que a intencionalidade deste estudo não é avaliar se a quantidade de profissionais nos serviços é adequada ou não. O objetivo, aqui, é observar os dados apresentados com o intuito de evidenciar a inserção do assistente social nesses serviços. Para então, se pensar acerca do trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nos SAEs, bem como sua importância nos processos de trabalho nas equipes interdisciplinares, reflexões que serão aprofundadas no próximo capítulo. Os resultados referentes a quantidade de assistentes sociais por estabelecimentos encontram-se no **Gráfico 1**:

Gráfico 1 – Quantidade de Assistentes Sociais por SAE no Brasil



Fonte: Elaborado pela autora a partir de pesquisa realizada no DataSUS, agosto 2023.

Diante dos dados apresentados pode-se observar que na maioria dos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) há pelo menos a atuação de um/uma assistente social (53%). Importante ressaltar que cerca de 14% dos estabelecimentos no modalidade SAE existentes no país possuem mais de cinco profissionais assistentes sociais compondo as equipes de trabalho. Tais dados indicam e evidenciam, para uma análise inicial, a prevalência e relevância da categoria profissional de Serviço Social nesses espaços. Outro dado que corrobora para tal afirmativa diz respeito a que apenas 9% dos SAEs em nível nacional não possuem assistentes sociais em seus quadros de profissionais.

Partindo-se da explicitação das categorias profissionais que compõem as equipes de trabalho dos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE), se faz necessário atentar para as atividades que devem ser desenvolvidas nesses serviços. Nessa perspectiva, a Portaria Conjunta nº 1 de 16 de Janeiro de 2013 determina:

[...] 1.3.1. Realizar ações de prevenção e qualidade de vida direcionadas às pessoas vivendo com HIV/AIDS e seus parceiros, como: Facilitar acesso a insumos de prevenção em geral, com incentivo ao uso de preservativos;

Incluir ações para redução de danos como abordagem aos usuários de álcool e drogas; Incluir avaliação de risco para profilaxia da exposição sexual; Oferecer atividades voltadas para a adesão ao tratamento; Promover ações em sala de espera; Realizar o manejo de eventos adversos, incluindo a lipodistrofia; Promover ações de Saúde Mental pela equipe multiprofissional, com foco na humanização do atendimento, acolhimento do usuário e escuta ativa dos profissionais; Realizar planejamento familiar incluindo estratégias de redução de risco para transmissão sexual e vertical do HIV no planejamento da reprodução, garantindo o direito sexual e reprodutivo das PVHA; Realizar avaliação e diagnóstico nutricional, bem como aconselhamento nutricional e prática de atividade física, por meio de parcerias ou profissionais de outros serviços; Realizar abordagem de parceiros e oferecer teste diagnóstico para HIV, sífilis e hepatites virais B e C. 1.3.2. Prestar assistência clínica, e psicossocial às pessoas vivendo com HIV/AIDSs, individual e/ou coletivo, incluindo: Construir Projetos Terapêuticos Individualizados (com a participação do usuário); Abordagem clínica e laboratorial de adulto, adolescente, criança exposta e infectada pelo HIV e gestantes; Indicação de profilaxias primárias e secundárias para infecções oportunistas (IO) e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST); Indicação e manejo de terapia antirretroviral (ARV); Prevenção e abordagem dos eventos adversos à terapia ARV; Realizar preenchimento facial ou ter referências estabelecidas, de acordo com as recomendações da Portaria conjunta SAS SVS nº 01, de 20 de janeiro de 2009, para tratamento da lipoatrofia; Monitoramento laboratorial para o reconhecimento de falhas terapêuticas e seu manejo; Diagnóstico e manejo das comorbidades e infecções oportunistas; Diagnóstico e manejo das coinfeções (HV, HTLV entre outros); Diagnóstico precoce, acompanhamento e tratamento da coinfeção HIV/TB (ativa/latente); Realização de Prova Tuberculínica; Acompanhamento psicológico, social e de enfermagem; Prevenção e tratamento das afecções odontológicas por meio de parcerias ou profissionais de outros serviços. 1.3.3. Ter referências para serviços de apoio diagnóstico e laboratoriais, assegurando a realização de contagem de células CD4/CD8, quantificação de carga viral, exames de genotipagem, assim como outros exames pertinentes à assistência. 1.3.4. Oferecer assistência aos casos de exposição sexual, acidente ocupacional e violência sexual, ou ter referência estabelecida para os mesmos. 1.3.5. Prestar assistência durante todas as fases do processo saúde-doença, de modo interdisciplinar, garantindo às referências e contra referências, organizada pela RAS. 1.3.6. Prestar atenção integral às DST. 1.3.7. Realizar ações de vigilância epidemiológica relacionadas às DST, AIDS e coinfeções. 1.3.8. Outras Atividades: A decisão do acompanhamento no SAE, de outros agravos incluindo Hepatites Virais, deve ser da gestão local, considerando as Redes de Atenção a Saúde (BRASIL, 2013, p. 9-10).

Ainda sobre as atividades desenvolvidas no SAE, Miranda (2012, p. 94-95) destaca a importância da orientação e apoio psicológico, os atendimentos das diferentes especialidades médicas, a realização de exames de monitoramento e distribuição de insumos de prevenção, as atividades educativas para adesão ao tratamento, prevenção e controle das IST's, com destaque para HIV/AIDS, bem como os encaminhamentos para serviços de atendimento hospitalar quando for o caso, por exemplo, Hospitais-Dia (HD).

Enfatiza-se, por fim, que todas as ações devem ser realizadas de modo

interdisciplinar, buscando-se a qualidade da assistência prestada aos usuários pelos serviços de saúde. Sendo que a qualidade dos serviços prestados, conforme Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de DST/HIV e AIDS é a “[...] *principal estratégia para a redução da mortalidade e morbidade relacionadas à AIDS, ao lado do diagnóstico precoce*” (BRASIL, 2008, apud MIRANDA, 2012, p. 95). Para tanto, se faz necessário que cada usuário seja assistido a partir de suas necessidades, com ações integradas e equânimes na perspectiva da afirmação dos princípios do SUS.

A partir das reflexões realizadas até o presente momento, o próximo capítulo abordará alguns aspectos históricos do trabalho do assistente social na Política Pública de Saúde para então tecer aproximações e reflexões quanto ao trabalho deste profissional nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE). No decorrer do capítulo serão apontados para análise, os desafios e as possibilidades que se apresentam nesses espaços socioocupacionais em que os profissionais de Serviço Social se inserem e desenvolvem intervenções.

3. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA (SAE) JUNTO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NA PARTICULARIDADE DA POLÍTICA DE SAÚDE

Pode-se observar a partir das reflexões realizadas no capítulo anterior que a leitura da realidade social pressupõe a utilização e articulação entre as categorias do método materialista histórico-dialético para identificação e intervenção sob as expressões da questão social. Embora as categorias de historicidade, contradição, totalidade e mediação estejam presentes ao longo do texto, aqui, colocar-se-á em evidência a *categoria trabalho*, haja vista que o presente capítulo tem por principal objetivo compreender os desafios e possibilidades do trabalho de assistentes sociais junto às pessoas vivendo com HIV/AIDS nos Serviços de Assistência e/ou Atenção Especializada em HIV (SAE) vem sendo desenvolvido.

O trabalho¹³ é para Marx (2013), a categoria fundante do ser social e uma atividade exclusiva do homem, a qual o diferencia dos demais animais, uma vez que este projeta no campo das ideias os resultados que almeja alcançar com a atividade laborativa, para então pô-la em execução. Nesse sentido, no processo de humanização, o homem se torna um ser que pensa e transforma a natureza, ao mesmo tempo em que é transformado por ela, para garantir sua própria existência.

Com base nos estudos de Marx (1983), a autora Silva (2010) refere que o trabalho possui divisões desde as sociedades primitivas até a sociedade capitalista na qual vivemos na contemporaneidade, salientando a existência de diferenças na divisão do trabalho no interior dessas organizações societárias. Nas sociedades primitivas a divisão do trabalho ocorre de maneira espontânea, de acordo com o ofício, ou seja, a atividade laboral que cada homem exercia. Por exemplo, havia os artesãos, os ferreiros, os oleiros, cada ofício com características próprias de trabalho que os diferenciava, no entanto, não havia cargos ou hierarquia dentro das oficinas, todos os homens trabalhavam juntos para atingir o mesmo objetivo e eram donos de seus meios de produção.

Já com o advento do modo de produção capitalista, a divisão do trabalho é

¹³ Como complementação a respeito da compreensão de trabalho aqui em foco, nas palavras de Marx: *“Pressupomos o trabalho numa forma em que ele diz respeito unicamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e uma abelha envergonha muitos arquitetos com a estrutura de sua colmeia. Porém, o que desde o início distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que o primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera. No final do processo de trabalho, chega-se a um resultado que já estava presente na representação do trabalhador no início do processo, portanto, um resultado que já existia idealmente”* (Marx, 2013, p. 255-256 [tradução de Rubens Enderle]).

compreendida sob outro prisma. Nas sociedades capitalistas, a partir das revoluções industriais, das evoluções tecnológicas e avanços da ciência, a divisão do trabalho adquire aspecto social, na medida em que existem duas classes sociais, quais sejam a burguesia e o proletariado. Nessa relação, a burguesia possui os meios de produção (o capital) e ao proletariado compete o uso de sua mão-de-obra (força de trabalho) em troca de um salário (trabalho assalariado).

Essa divisão social do trabalho presente nas sociedades capitalistas produz relações de trabalho desiguais a partir do momento em que os detentores dos meios de produção estão hierarquicamente em uma posição superior aos trabalhadores da classe proletária e exploram sua força de trabalho dentro das fábricas e/ou indústrias. Exploração que, para Marx (1983) parte do pressuposto de que os trabalhadores não participam da divisão das riquezas (lucros – absorvidos pelos capitalistas) e suas remunerações são substancialmente inferiores ao período correspondente de trabalho que realizam.

A compreensão acerca da categoria trabalho e da organização da divisão do trabalho na sociedade capitalista é fundamental para o alcance do objetivo exposto, visto que é no interior desta sociedade que se dá o trabalho dos profissionais de Serviço Social. Assim, para que se possa compreender o trabalho dos assistentes sociais nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) e tendo-se em vista que, conforme já apontado no capítulo anterior, o SAE é um serviço de média complexidade da política pública de saúde, se faz necessário primeiramente resgatar aspectos históricos acerca da inserção, ou seja, do trabalho realizado pelo Serviço Social na Política Pública de Saúde no Brasil. E a partir dessa análise histórica, então, tecer aproximações quanto à atuação dos assistentes sociais (como trabalhadores assalariados) especificamente em serviços especializados no atendimento direto às pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Nessa perspectiva, o capítulo está estruturado em duas partes. A primeira abordará o contexto histórico de inserção do Serviço Social na Política Pública de Saúde, bem como aspectos acerca dos Parâmetros para atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde definidos por documento do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) no ano de 2010. Já na segunda parte, aprofundam-se aspectos quanto ao trabalho realizado pelos assistentes sociais no SAE, identificando-se os principais desafios postos aos profissionais na atualidade e as possibilidades de intervenção construídas e/ou articuladas pelos assistentes sociais

em sua atuação nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) para atendimento das necessidades da população usuária, com vistas a contribuir ao enfrentamento das expressões da questão social que vivenciam.

3.1 A HISTORICIDADE DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE

Importante reforçar que para compreender a inserção dos assistentes sociais nos serviços vinculados à saúde no Brasil, mais especificamente nos serviços especializados de atendimento às pessoas vivendo com HIV/AIDS, é imprescindível resgatar aspectos históricos do contexto em que surge a profissão de Serviço Social no país, bem como as transformações que ocorreram ao longo do tempo até a configuração de profissão liberal inserida na divisão sociotécnica do trabalho.

Partindo-se desse pressuposto, e em consonância ao exposto na introdução deste capítulo, reitera-se que é no interior do modo de produção capitalista, para mediar às relações desiguais (origem da questão social) produzidas pela divisão social do trabalho que emerge o Serviço Social. Isto é, ao produzir relações de trabalho desiguais o capitalismo necessita de mecanismos para controlar, mediar, os conflitos advindos destas relações, é neste contexto de crises do capital que nascem as primeiras iniciativas de “auxílio” à classe trabalhadora (proletariado).

Nessa perspectiva, Foinkinos (2021, p. 83-84) sob inspiração das reflexões trazidas por Iamamoto (1985) e Martinelli (2007) ressalta que o surgimento da profissão de Serviço Social¹⁴, na década de 1920, está intrinsecamente ligado à Igreja Católica. A qual sofreu modificações advindas da Revolução Francesa e modelos implementados na Itália e na própria, França, no tocante ao conceito de caridade, a partir do qual intervinha na dinâmica dos antagonismos de classes da sociedade na qual está inserida (modelo de produção capitalista).

Assim, na década de 1920, quando a Questão Social¹⁵ se torna evidente na

¹⁴ Para aprofundamento acerca da história da profissão de Serviço Social no Brasil, consultar os autores: Edistia Maria Abath Pereira de Oliveira e Helena Lúcia Augusto Chaves (2017) – 80 anos do Serviço Social no Brasil: marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão.; e Odária Battini (2016) – Apontamentos sobre a história do Serviço Social no Brasil – 80 anos.

¹⁵ Questão social, compreendida conforme Iamamoto (2001) enquanto: [...] conjunto das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção contraposto a apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. É indissociável da emergência do ‘trabalhador livre’, que depende da venda de sua força de trabalho como meio de satisfação de suas necessidades vitais. A questão social expressa, portanto, disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando

sociedade e há movimentos de luta do proletariado passa a existir a necessidade de uma profissão que atenda as demandas desta classe desprovida de direitos, todavia que atendesse também aos interesses do capital. Surgem, assim, no Brasil, as protoformas do Serviço Social Brasileiro como um departamento especializado da ação social da Igreja Católica.

Nesse contexto, de acordo com Vieira (1989, apud Foinkinos, 2021), por iniciativa do Dr. René Sand, secretário da Liga das Sociedades de Cruz Vermelha, em 1928 foi realizada a 1ª Reunião da Conferência Internacional do Serviço Social em Paris. A segunda reunião ocorreu em 1930 em Toronto, e a terceira em 1932 em Washington. A Conferência Internacional de Serviço Social ou C.I.S.S como ficou conhecida, a partir de sua terceira edição, instituiu-se oficialmente como entidade destinada a proporcionar a todos os países um fórum de debate dos problemas de bem-estar social. Este fórum internacional se realizava a cada dois anos em países diferentes com a participação de todas as partes do mundo, definindo o Serviço Social como:

O conjunto de esforços visando minorar sofrimentos provenientes da miséria (assistência paliativa); recolocar indivíduos e famílias em condições normais de existência (assistência curativa); prevenir flagelos sociais (assistência preventiva); melhoria das condições sociais e elevação do nível de vida (assistência constitutiva), sendo esta definição durante muito tempo universalmente aceita para conceituar os objetivos do Serviço Social (Vieira, 1989, p. 92, apud, Foinkinos, 2021, p. 87).

Tal definição foi aceita universalmente, durante muito tempo, para conceituar os objetivos do Serviço Social. Neste mesmo período histórico, da década de 1930, ocorre a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços de saúde para a população, a qual era vista de maneira superficial. Segundo, Silva (2018, p. 29) a partir dos estudos de Matos (2017) sabe-se que a inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde se deu:

[...] sob uma concepção que partia do modelo médico clínico; modelo este, que era soberano na política de saúde. O assistente social inserido nesta política trabalharia no sentido de contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico, em decorrência da perspectiva de saúde sendo vista apenas por uma visão biomédica, onde o médico era o gestor (Matos, 2017,

apud, Silva, 2018, p. 29).

Nos primórdios de sua atuação o assistente social trabalhava numa prática educativa com a intervenção normativa no modo de vida dos indivíduos, com relação aos hábitos de higiene e saúde e se inseriu nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde. Nota-se que, inicialmente, o profissional foi inserido na política de saúde para atuação, a partir de um modelo clínico, este trabalho partia-se de um modelo previdenciário, ou seja, uma atenção em saúde contributiva.

Ainda de acordo com Silva (2018) a partir das mudanças no conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948 o enfoque da saúde deixa de privilegiar a supremacia biomédica, ampliando o olhar para aspectos físicos, mentais e sociais, e porque não dizer, culturais e espirituais que transcendem a ausência de doença. Nesse contexto, há necessidade de requisitar novos profissionais para atuação no âmbito da saúde, dentre eles, os assistentes sociais. Assim, a área da saúde transforma-se em um dos setores que mais absorvem os profissionais do Serviço Social na perspectiva do trabalho em equipes interdisciplinares. Cenário que impulsionou uma transformação das ideias quanto à conceituação do Serviço Social, que se torna um serviço prestado à sociedade e o trabalho social adquire viés de atividade realizada em benefício da sociedade.

Netto (2009) sintetiza que este período foi um momento importante na história do Serviço Social brasileiro, visto que possibilitou o enfrentamento e a denúncia do conservadorismo profissional despertando críticas à própria profissão e abrindo as bases para o processo de reconceituação do Serviço Social, iniciado na década de 1960, resultando na construção coletiva de um Projeto Ético-Político Profissional. Projeto expresso no currículo mínimo de 1982, reafirmado nos Códigos de Ética de 1986 e 1993 e nas diretrizes curriculares de 1996. Documentos em que as políticas sociais e os direitos estão presentes como uma importante mediação para construção de uma nova sociabilidade. Trata-se, a partir de então, de uma profissão de nível superior, que exige de seus profissionais formação teórica, técnica, ética e política. Orientando-se por uma Lei de Regulamentação Profissional (Lei nº 8.662/93) e um Código de Ética.

No contexto da Constituição Federal de 1988 e concomitantemente a implementação do SUS, há uma reconfiguração das políticas de saúde, na qual emerge um conjunto de tensões entre as ações tradicionais da saúde e as novas

proposições do SUS, contexto que também irá determinar o âmbito de atuação profissional dos assistentes sociais na política pública de saúde. Nessa perspectiva, emerge a necessidade de apresentar a atuação do assistente social no âmbito da saúde, sob o prisma das atribuições e competências profissionais, presentes na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei, nº 8.662/93), para que não seja confundida com um trabalho de apoio à medicina nem tampouco absorvida por profissionais que não são assistentes sociais.

Nesse sentido, Faria e Lopes (2020, p. 384) ressaltam que o trabalho do assistente social, inserido no Sistema Único de Saúde (SUS) atua não apenas com o acesso a bens e serviços, como também se aproxima das diretrizes e ações relacionadas à promoção, à prevenção, à cura e à reabilitação, na perspectiva de identificar os determinantes sociais do processo saúde-doença e intervir sobre eles. Dessa forma, pensando-se no conceito ampliado de saúde e na implementação do SUS, o trabalho dos profissionais de Serviço Social pode ser desenvolvido, a partir da visão das autoras supracitadas, não apenas em ações socioassistenciais, mas também por meio de:

[...] ações socioeducativas, ações de interação com a equipe profissional e, ainda, com ações de mobilização, de participação e de controle social; ações de investigação, de planejamento e de gestão; ações de assessoria, de qualificação e de formação profissional (CFESS, 2010). Esse trabalho poderia, então, ocorrer junto aos diversos programas e ações do SUS, não estando mais restrito aos hospitais, e com caráter interdisciplinar e intersetorial. (Faria; Lopes, 2020, p. 385).

Entretanto, apesar dos avanços conquistados pela categoria profissional no âmbito de sua atuação junto à Política Pública de Saúde, importa destacar que nem tudo foi tranquilo ou pacífico, houve conflitos e contradições, uma vez que conforme abordado no capítulo anterior, a partir da década de 1990 iniciou-se um processo de contrarreforma, de base neoliberal, com vistas à redução das políticas públicas. Processo que na saúde, conforme Bravo (2018) tensionou a existência de três projetos¹⁶: O Projeto de Saúde Pública (construído na década de 1980), o Projeto Privatista (iniciado na década de 1990) e o Projeto da Reforma Sanitária

¹⁶ A análise referente ao projetos privatista e da reforma sanitária é abordada no capítulo anterior, o que a autora Bravo (2018) irá acrescentar à discussão diz respeito ao Projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada. A autora escreve em 2018, momento em que expande-se no Brasil a terceirização dos serviços de saúde, aborda ainda os desdobramentos desse cenário para o trabalho dos assistentes sociais inseridos nesses espaços.

Flexibilizada (anos 2000). Nas palavras da autora:

O **Projeto da Reforma Sanitária** tem como principais proposições a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, destaca-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho; a importância dos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), em consonância com os princípios da integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (união, estados, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e financiamento efetivo do Estado. Este projeto tem como perspectiva a transformação social. A saúde é uma política fundamental para articular com as demais numa perspectiva de reforma/revolução.

O **Projeto Privatista** pauta-se na política de ajuste, tendo como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado, cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos considerados como consumidores. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender às populações vulneráveis por meio do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços no nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

O **Projeto da Reforma Sanitária Flexibilizada** flexibiliza as propostas da Reforma Sanitária, ou seja, se adequa ao contexto do subfinanciamento da saúde, acreditando na otimização da gestão e na responsabilização dos profissionais de saúde para a efetivação do SUS “possível”, mesmo que isso envolva concessões que contrariem os interesses dos trabalhadores e o pleno usufruto do direito à saúde (Bravo, 2018, p. 322-323).

Partindo-se desse cenário, o lugar que a profissão de Serviço Social tem ocupado no setor saúde é o de assistência direta ao usuário principalmente na média e na alta complexidade onde está empregada a maioria dos profissionais. No entanto, há requisições das instituições aos profissionais, as quais nem sempre vão de encontro as reais necessidades da população usuária, produzindo a não efetividade do seu direito à saúde.

Diante disso, a saúde assume no contexto atual características de um bem comercializável, a acumulação de capital somada à privatização e desregulamentação dos direitos sociais, marcando um processo de transformações societárias que afeta a vida e o trabalho na contemporaneidade. Assim, temos assistido a falência do setor público de saúde com funcionamento precário, péssimas condições de trabalho e atendimento massivo de pouca resolutividade. A este respeito, Costa (2009) acrescenta que:

[...] a atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação dos

mecanismos de controle social e participação social da comunidade, ainda não superam algumas contradições existentes, dentre as quais constam a demanda reprimida / exclusão, a precariedade dos recursos, a questão da quantidade e qualidade da atenção, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa individual (Costa, 2009, p. 8)

Nessa perspectiva se faz necessário aos profissionais de Serviço Social a articulação com os movimentos de trabalhadores e usuários do SUS para se garantir o acesso aos serviços de saúde. Bem como deve estar atento para não submeter à realização do seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta do SUS, o que requer investigação e adoção de estratégias pensadas com base no cotidiano, resgatando a identidade, a autonomia e a emancipação para o fortalecimento humano e social da população usuária.

Buscando especificar o trabalho dos assistentes sociais na área da saúde, o CFESS em 2010, emite um documento intitulado: “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”. Este documento discorre acerca das competências e atribuições profissionais, sendo norteado pelo aparato jurídico-legal da profissão de Serviço Social, com destaque para a Lei de Regulamentação (Lei nº 8.662/936) e o Código de Ética Profissional de 1993, reafirmando a Questão Social como objeto de trabalho profissional. Nessa perspectiva, a normativa do CFESS estabelece quadro grandes eixos para atuação do assistente social na área da saúde, a saber: *“atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão e, assessoria, qualificação e formação profissional”* (CFESS, 2010 p.41). Pontua, ainda, alguns pressupostos necessários para uma atuação competente e crítica. Para melhor compreensão acerca dos eixos foi realizada uma análise relacional com os pressupostos elencados pelo documento do CFESS, com vistas a dar visibilidade aos eixos e pressupostos de atuação dos assistentes sociais na área da saúde. Apresentam-se os resultados dessa análise no **Quadro 2**.

Quadro 2 – Relação entre os Eixos e Pressupostos de atuação dos assistentes sociais na saúde

EIXOS DE ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE	PRESSUPOSTOS PARA UMA ATUAÇÃO COMPETENTE E CRÍTICA
1º Atendimento Direto aos usuários	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença; ➤ Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à

	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;
2º Mobilização, Participação e Controle Social	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; ➤ Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas;
3º Investigação, Planejamento e Gestão	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; ➤ Estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais;
4º Assessoria, qualificação e formação profissional	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; ➤ Efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

Fonte: Elaborado pela autora, a partir dos Parâmetros para atuação dos assistente sociais na saúde, CFESS, 2010, p. 30-31, setembro 2023.

Vale ressaltar que os pressupostos aqui descritos, apesar de estarem relacionados mais diretamente a um dos eixos, são transversais e dizem respeito aos demais eixos de atuação, visto que o trabalho na área da saúde requer do assistente social não somente o atendimento direto aos usuários, como também a inserção em atividades de planejamento e gestão, na prestação de assessorias e qualificação profissional às equipes de trabalho, aos usuários e às instituições. Bem como mobilizar ações que promovam a participação popular, por meio de mecanismos de controle social (conselhos, conferências, etc.). Importa destacar, ainda, que a investigação apesar de fazer parte de um eixo em específico, também é transversal entre os eixos e deve estar presente em todas as atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais.

Ainda sobre o trabalho do assistente social na saúde, o documento do CFESS (2010) aborda programas de saúde epidemiológicos específicos, neste caso interessa aquelas relacionadas ao HIV/AIDS. Nesses, as atribuições e atuação dos

assistentes sociais perpassam a construção de estratégias que visem a melhoria da qualidade de vida do usuário diante da doença diagnosticada. Nessa perspectiva, Santos (2005) seguindo as orientações definidas pelo CFESS (1990) refere que o assistente social, nessa realidade, é requisitado para:

Discutir as questões sociais constitutivas da saúde coletiva, para subsidiar a formulação do diagnóstico/tratamento; desencadear e/ou estimular o processo de participação da população, no sentido da incorporação de suas demandas pelos serviços de saúde; atuar na intermediação entre a equipe de saúde, o usuário e sua família; realizar o acompanhamento social do tratamento; orientar os usuários, seus responsáveis e/ou familiares, nas situações sociais oriundas do processo de saúde/doença, nas suas diversas fases e por último, orientar os usuários a utilizarem adequadamente os recursos institucionais e sociais e da comunidade, face às situações médico-sociais constatadas (CFESS, 1990, p. 6, apud Santos, 2005, p. 74).

Destarte, a atuação do Serviço Social na saúde deve atender, conforme apontado por Zucchetti (2017, p. 49), para as três dimensões que orientam à profissão, quais sejam: ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa. Em relação à dimensão ético-política deve-se pautar no projeto da Reforma Sanitária, na perspectiva do conceito ampliado de saúde para intervenção nos determinantes sociais de saúde dos usuários. Para tanto, deve-se primar pelos valores e princípios expressos no Código de Ética Profissional e no Projeto Ético-Político da Profissão de Serviço Social, os quais vão de encontro aos princípios do SUS e com o disposto na Constituição Federal de 1988 no sentido da saúde enquanto “direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988).

No tocante à dimensão teórico-metodológica, Zucchetti (2017, p. 51) afirma sua materialidade na apropriação do referencial teórico por parte do assistente social e de sua habilidade em aplicá-lo em seu cotidiano profissional, utilizando-se da práxis para uma prática competente e de qualidade. Em concordância com a teoria social crítica que fundamenta a profissão de Serviço Social o profissional necessita, conforme afirmação da autora:

[...] pautar suas intervenções através de um olhar de totalidade, visando ao enfrentamento das expressões da questão social identificadas durante os atendimentos com os usuários. O assistente social, ao compreender a importância das determinações sociais e culturais no processo saúde-doença dos sujeitos, deve sustentar e defender seu projeto profissional frente à instituição na qual atua, buscando combater ações que não venham de encontro às reais necessidades dos usuários (Zucchetti, 2017, p. 51).

Quanto à dimensão técnico-operativa concorda-se com Guerra (2000) quando refere que essa dimensão diz respeito à instrumentalidade do trabalho enquanto “*uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos*” (Guerra, 2000, p. 2). Diante disso, a autora segue afirmando que a instrumentalidade:

[...] possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano. Ao alterarem o cotidiano profissional e o cotidiano das classes sociais que demandam a sua intervenção, modificando as condições, os meios e os instrumentos existentes, e os convertendo em condições, meios e instrumentos para o alcance dos objetivos profissionais, os assistentes sociais estão dando instrumentalidade às suas ações. Na medida em que os profissionais utilizam, criam, adequam às condições existentes, transformando-as em meios/instrumentos para a objetivação das intencionalidades, suas ações são portadoras de instrumentalidade. Deste modo, a instrumentalidade é tanto condição necessária de todo trabalho social quanto categoria constitutiva, um modo de ser, de todo trabalho (Guerra, 2000, p. 2).

Destaca-se, com base nas reflexões de Zucchetti (2017) que os instrumentais a serem utilizados pelos assistentes sociais variam de acordo com as demandas e necessidades apresentadas pelos usuários, com o caráter da instituição e as funções postas aos profissionais. Vale salientar, ainda, a partir das três dimensões especificadas, que independente da área de atuação o assistente social deverá buscar a unicidade entre elas com vistas à contribuir para a superação das necessidades sociais dos usuários com os quais intervém. Quanto aos assistentes sociais que exercem suas atribuições na área da saúde, para além do referencial teórico e da legislação que norteiam a profissão, é primordial que se atue, também, em conformidade com as diretrizes e os princípios do SUS, a fim de identificar, mediante sucessivas aproximações reflexivas, alternativas para o enfrentamento das expressões da questão social apresentadas pela população usuária.

A partir das reflexões aqui realizadas, no sentido histórico de inserção da profissão de Serviço Social nos serviços de saúde no Brasil, o próximo item trará elementos que objetivam compreender como vem sendo desenvolvido o trabalho de assistentes sociais junto às pessoas vivendo com HIV/AIDS nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE). Bem como abordará os principais desafios enfrentados pelos assistentes sociais na atualidade e as possibilidades de

intervenção que vêm sendo construídas para responder às necessidades dos usuários ante os desafios postos.

3.2 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS (SAE)

Imprescindível retomar que a profissão de Serviço Social está inserida na divisão social e técnica do trabalho no interior do modo de produção capitalista e, portanto, mesmo que sendo contrária aos seus princípios fundantes, sofre os impactos resultantes deste modelo. Nessa perspectiva, concorda-se com Costa (2009, p. 3) a partir do exposto pela Associação Brasileira de Escolas de Serviço Social (ABESS), em 1996, quando refere que

[...] o trabalho dos assistentes sociais não se desenvolve independentemente das circunstâncias históricas e sociais que o determinam, de fato a inserção do Serviço Social nos diversos processos de trabalho, encontra-se profunda e particularmente enraizado na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do Serviço Social recortam e fragmentam as próprias necessidades do ser social e a partir desse processo como organizam seus objetivos institucionais que se voltam a intervenção sobre essas necessidades (ABESS, 1996:36, apud Costa, 2009, p.3).

Assim sendo, é a partir do contexto histórico e social, com rebatimentos políticos e econômicos, que se pode compreender a inserção dos assistentes sociais nos espaços socioocupacionais que é chamado a atuar. Sendo a Política de Saúde Brasileira, enquanto espaço socioocupacional de inserção do Serviço Social, o enfoque deste trabalho, importa retomar os projetos em disputa na atualidade, descritos no item anterior, quais sejam: o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista. São projetos em constante disputa na saúde, haja vista que conforme Costa (2009) atualmente a organização do SUS,

[...] ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação dos mecanismos de controle social e participação social da comunidade, ainda não superam algumas contradições existentes, dentre as quais constam a demanda reprimida / exclusão, a precariedade dos recursos, a questão da quantidade e qualidade da atenção, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa individual (Costa, 2009, p. 8).

Tal cenário contraditório se deve a contraposição dos objetivos de cada projeto, os quais vêm requisitando distintas intervenções aos profissionais de saúde,

com destaque para os assistentes sociais. Nesse sentido, os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, elaborado pelo CFESS em 2010, situam as principais requisições demandadas por cada projeto aos assistentes sociais na saúde, a saber:

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular (CFESS, 2010, p. 26).

Nota-se, novamente a existência de divergências entre os projetos. O projeto privatista irá privilegiar intervenções individualizadas com os usuários, pautadas na lógica do favor e mediante ações de fiscalização. Já na perspectiva do projeto da reforma sanitária o foco está em ações e intervenções coletivas, pautadas na lógica do direito à saúde, privilegiando a participação dos usuários no seu processo de saúde-doença, mediante um trabalho interdisciplinar e intersetorial. Haja vista que, em sua inserção na política de saúde, as diretrizes e princípios que norteiam a profissão de Serviço Social se relacionam aos princípios defendidos pelo Projeto da Reforma Sanitária, tais divergências irão impactar no trabalho dos assistentes sociais.

Falando-se em inserção do Serviço Social na saúde, antes de se abordar atribuições ou competências profissionais, importa destacar o que não compete ao assistente social. Nesse sentido, recorre-se, outra vez, aos “Parâmetros para Atuação do Serviço Social na Saúde”, em que o documento irá referir que não compete ao assistente social em sua atuação na política de saúde: a marcação de consultas e exames; solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; pesagem e medição de crianças e gestantes; convocação do responsável para informas sobre alta e óbito (comunicação de óbitos), entre outras (CFESS, 2010).

Diante do exposto, o presente item tem por objetivo compreender aspectos quanto à inserção e trabalho realizado por assistentes sociais nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE). Nessa perspectiva, buscou-se identificar os desafios postos aos profissionais e as possibilidades de intervenção construídas por estes, para enfrentar tais desafios e atender as necessidades da população usuária do SAE.

No Brasil, conforme aponta Miranda (2012, p. 54) o Serviço Social tem assumido papel preponderante nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) contribuindo (possibilidades) principalmente nas atividades de acolhimento, em trabalhos grupais, na reinserção social e geração de renda, essenciais para a qualidade do cuidado em saúde. Em concordância aos eixos de trabalho definidos pelos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010) tem-se que no SAE os profissionais possuem como uma de suas principais atividades o atendimento direto aos usuários. De acordo com as orientações desse documento, no atendimento direto, a atuação do Assistente Social se dá mediante o desenvolvimento de ações socioassistenciais, ações de articulação interdisciplinar e ações socioeducativas, bem como atua na mobilização, participação e controle social. A partir disso, apresenta-se no **Quadro 3**, os parâmetros para elaboração de ações que devem ser priorizadas por este profissional junto à população usuária.

Quadro 3 – AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS NO ATENDIMENTO DIRETO

AÇÕES SOCIOASSISTENCIAIS	AÇÕES DE ARTICULAÇÃO INTERDISCIPLINAR	AÇÕES SOCIOEDUCATIVAS
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária; ✓ Construir o perfil socioeconômico dos usuários evidenciando as condições, determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde; ✓ Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal; ✓ Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Esclarecer as suas atribuições e competências para os demais profissionais da equipe de saúde; ✓ Elaborar junto com a equipe propostas de trabalho que delimitem as ações dos diversos profissionais por meio da realização de seminários, debates, grupos de estudos e encontros; ✓ Construir e implementar, junto com a equipe de saúde, propostas de treinamento e capacitação do pessoal técnico-administrativo com vistas a qualificar as ações administrativas que tem interface com o atendimento ao usuário, tais como: a marcação de exames e consultas, e a convocação da família e/ou responsável nas situações de alta e óbito; ✓ Incentivar e participar junto com os demais profissionais de saúde da discussão do modelo assistencial e da elaboração de normas, rotinas e da oferta de atendimento da unidade, tendo por base os interesses e demandas da população usuária. Isso exige o rompimento com o modelo assistencial baseado na procura espontânea e no tratamento isolado das doenças; ✓ Garantir a inserção do Serviço Social em todos os serviços prestados pela unidade de saúde (recepção e/ou admissão, tratamento e/ou internação e alta), ou seja, atender o usuário e sua família, desde a 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sensibilizar os usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos; ✓ Democratizar as informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade; ✓ Realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição; ✓ Realizar atividades socioeducativas nas campanhas preventivas; ✓ Democratizar as rotinas e o funcionamento da unidade por meio de ações coletivas de

<p>criação de mecanismos e rotinas de ação;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais; ✓ Conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social; ✓ Fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde; ✓ Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação; ✓ Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social; ✓ Elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde; ✓ Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços; ✓ Emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009. 	<p>entrada do mesmo na unidade por meio de rotinas de atendimento construídas com a participação da equipe de saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar e trabalhar os determinantes sociais da situação apresentada pelos usuários e garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e a discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, face as suas condições de vida; ✓ Realizar em conjunto com a equipe de saúde (médico, psicólogo e/ou outros), o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao assistente social esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente tais como, os relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho (licença) e aos seguros sociais (Danos Pessoais causados por Veículos Automotores por via Terrestre – DPVAT), bem como informações e encaminhamentos necessários, em articulação com a rede de serviços sobre sepultamento gratuito, traslado (com relação a usuários de outras localidades), entre outras garantias de direitos; ✓ Participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas e clínicas, como por exemplo: na saúde da família, na saúde mental, na saúde da mulher, da criança, do adolescente, do idoso, da pessoa com deficiência (PCD), do trabalhador, no planejamento familiar, na redução de danos, álcool e outras drogas, nas doenças infectocontagiosas (DST/AIDS, tuberculose, hanseníase, entre outras) e nas situações de violência sexual e doméstica; ✓ Planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito; ✓ Avaliar as questões sociofamiliares que envolvem o usuário e/ou sua família, buscando favorecer a participação de ambos no tratamento de saúde proposto pela equipe; ✓ Participar do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo o atendimento da unidade e não restrito à porta de entrada, tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária; ✓ Realizar a notificação, junto com a equipe multiprofissional, frente a uma situação constatada e/ou suspeita de violência aos segmentos já explicitados anteriormente, às autoridades competentes, bem como verificar as providências cabíveis, considerando sua autonomia e o parecer social do assistente social. 	<p>orientação;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Socializar informações e potencializar as ações socioeducativas desenvolvendo atividades nas salas de espera; ✓ Elaborar e/ou divulgar materiais socioeducativos como folhetos, cartilhas, vídeos, cartazes e outros que facilitem o conhecimento e o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde e aos direitos sociais em geral; ✓ Mobilizar e incentivar os usuários e suas famílias para participar no controle democrático dos serviços prestados; ✓ Realizar atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse.
---	---	--

Fonte: Elaborado pela autora a partir dos Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010), setembro 2023.

Em razão disto, concorda-se com Militão e Braz (2016, p. 6) quando referem que no interior da política de enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, o Serviço Social apresenta uma proposta de trabalho voltada para a abordagem socioeducativa, mas com dimensões assistenciais e de prevenção. A entrada no SAE ocorre pelo acolhimento de novos usuários que iniciarão o tratamento e se realiza a partir de demanda espontânea – quando o usuário toma conhecimento de

que o serviço de saúde pode atender suas necessidades. Assim, mesmo que não construa vínculos com o serviço é encaminhado para outras instituições e/ou profissionais com vistas a viabilizar o atendimento de suas necessidades. A partir da chegada do usuário ao serviço iniciam-se processos de trabalho em que se inserem os assistentes sociais no SAE, a este respeito Ferreira (2021), salienta que:

[...] o processo de trabalho do/a Assistente Social se inicia no primeiro atendimento, com a escuta do usuário, que chega sem muitas informações sobre o que é o HIV e seus direitos. É marcado por um momento tenso, cabendo ao Assistente Social realizar as orientações e encaminhamentos sociais necessários. Neste primeiro contato, é feito o acolhimento e o acesso do usuário aos serviços sociais e atendimento com a equipe de saúde, fortalecendo a construção de vínculos. Conforme (Lovoratti, 2016), *“É importante que o usuário se sinta acolhido pelo/a Assistente Social para que possa expor seus problemas, além de contar com uma escuta ativa e com a compreensão de um profissional que prima pela defesa dos direitos humanos”*. A entrevista social é um instrumento técnico-operativo do/a Assistente Social, importante no primeiro momento de escuta, em razão de ser um momento difícil quanto ao diagnóstico do HIV, o que requisita naquele atendimento não somente socializar informações do serviço, mas de apreensão da realidade social dos usuários. A partir do aprimoramento intelectual e ético-político do/a Assistente Social sobre os direitos sociais, tem-se como possibilidade analisar criticamente o contexto sócio-histórico no qual permeiam as necessidades sociais das pessoas que vivem com HIV/AIDS (Ferreira, 2021, p. 35).

Já Militão (2019) acrescenta que no primeiro atendimento o assistente social procura conhecer a realidade de vida dos usuários, abrangendo aspectos da vida social, tais como: *“[...] contexto familiar e comunitário; condições habitacionais; situação de trabalho; situação previdenciária e assistencial; participação nas políticas públicas; aspectos culturais, etc.”* (Militão, 2019, p. 6). A atuação do Serviço Social na equipe do SAE, portanto, busca formular estratégias que vislumbrem reforçar experiências que efetivam o direito social à saúde, bem como deem subsídios para realização de acompanhamento¹⁷ dos usuários. O exercício profissional, articula-se ainda, conforme já referido, ao projeto da Reforma Sanitária e compromete-se com os valores do Código de Ética da profissão. A partir disso procura atuar na perspectiva de fortalecimento do SUS e na concepção da saúde

¹⁷ A respeito do acompanhamento, utiliza-se a definição trazida por Militão e Braz (2016), quando as autoras pontuam que *“o acompanhamento refere-se às ações dos assistentes sociais diretamente com os usuários em interação com os demais profissionais da equipe e outras instituições. É contínuo e se dá ao longo do tratamento, uma vez que novas informações sobre as suas condições de vida e trabalho vão sendo incorporadas ao longo do atendimento, indicando elementos para a (re) formulação de novas intervenções e subsidiando a pesquisa e o conhecimento sobre essa realidade”* (Militão; Braz, 2016, p. 8).

como direito de todos e dever do Estado, a fim de demarcar suas atribuições dentro de seus princípios e diretrizes profissionais.

Nessa perspectiva, Silva (2018) evidencia que o trabalho dos assistentes sociais junto às pessoas vivendo com HIV/AIDS se realiza a partir: do arcabouço teórico da profissão, da política de enfrentamento ao HIV/AIDS e das legislações específicas e gerais para acesso às políticas no âmbito da Seguridade Social. Acrescentando que é essa base teórica que possibilita ao profissional propor intervenções junto aos usuários no sentido da participação destes no processo emancipatório de acesso a seus direitos. A referida autora sinaliza, ainda, que na atuação junto aos usuários o assistente social realiza ações com vistas à socialização de informações e a construção de reflexões acerca das condições determinantes para o adoecimento. Sendo que no tocante às práticas educativas em saúde, a socialização de informações é de extrema relevância, haja vista que “[...] *contribui para a adesão a saúde, empoderando o usuário, e proporciona a sua participação no tratamento de saúde*” (Silva, 2018, p. 68).

O desenvolvimento de práticas educativas junto aos usuários, no entanto, não se limita apenas ao repasse de informações, é imprescindível que seja dado o retorno (feedback) acerca do trabalho realizado, principalmente quando envolve ações reflexivas e com encaminhamentos para outros serviços da rede de atendimento. Esse feedback se faz essencial para a “[...] *análise do trabalho desenvolvido com os usuários, quais direitos sociais foram viabilizados e quais ações podem ser realizadas junto aos usuários*” (Silva, 2018, p. 73).

Em relação às ações a serem desenvolvidas nos serviços de saúde o Ministério da Saúde (2008) define atribuições aos profissionais, as quais devem se pautar nas necessidades dos usuários. Dentre as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, Miranda (2012), destaca as principais desenvolvidas pelos assistentes sociais no SAE, quais sejam: práticas de acolhimento; práticas de aconselhamento; encaminhamento de usuários para outras políticas públicas (principalmente a política de assistência social); elaboração de estratégias para articulação entre a família do usuário e o serviço; articulação com outras unidades de saúde; adesão ao tratamento; organização de atividades educativas; transmissão de informações com relação a serviços públicos e comunitários disponíveis ao usuário, bem como de benefícios; distribuição de insumos de prevenção; e visita domiciliar (Miranda, 2012, p. 106).

Sob esse olhar, Rocha (2007) assinala que as ações profissionais são desenvolvidas nos diferentes níveis de complexidade no âmbito do SUS e nos variados programas implementados pela Política de Saúde com relação ao HIV/AIDS. Segundo a autora, as atribuições dos assistentes sociais, especificamente nas intervenções com pessoas vivendo com HIV/AIDS, perpassam uma prática educativa, envolvendo ações como: repasse e socialização de informação ao usuário; interpretação e decodificação das normas institucionais; capacitação de trabalhadores na área de saúde; esclarecimentos sobre os direitos e deveres dos usuários; aconselhamento individual e coletivo; registro, análise e avaliação das atividades realizadas; participação nos conselhos de políticas, de classe, de direitos, no exercício do controle social; promoção e participação em eventos científicos, cursos de atualização, capacitação e pós-graduação na área da saúde; supervisão técnica em campo de estágio de Serviço Social, entre outras atribuições (Rocha, 2007, p. 48-49).

Para desenvolver tais atribuições, o assistente social que atua na área da saúde, em particular no contexto do HIV/AIDS, necessita adotar uma atitude investigativa capaz de construir estratégias, ao longo do tratamento, que possibilitem o resgate da identidade e a geração de autonomia e emancipação dos usuários. O aconselhamento, neste contexto, torna-se um instrumental técnico fundamental para o desenvolvimento de abordagens individuais e coletivas. Rocha (2007) cita a definição do Ministério da Saúde (1997) acerca da técnica do aconselhamento, enquanto:

[...] um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente *[usuário]*. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação (Brasil, 1997, p. 11, apud, Rocha, 2007, p. 75, grifo nosso).

Nesse processo de escuta ativa, estabelece-se uma relação de confiança, entre o profissional e o usuário, a qual objetiva: trocar informações sobre DST/HIV/AIDS, formas de transmissão, prevenção e tratamento; realizar avaliação de riscos, permitindo a compreensão e consciência a respeito dos riscos pessoais de infecção; identificar os limites e as possibilidades existentes para a adoção de medidas preventivas; estimular o cuidado de si e dos parceiros; e promover a

adesão ao tratamento. Pretende-se, ainda, promover a comunicação e tratamento dos parceiros sexuais (Rocha, 2007).

Nessa perspectiva, o aconselhamento contribui na redução do nível de estresse do usuário estabelecendo uma reflexão sobre os próprios riscos e a adoção de práticas seguras. Importa destacar que para os assistentes sociais a técnica de aconselhamento se identifica enquanto uma proposta de intervenção, que numa perspectiva estratégica, ao interagir com outros profissionais, atua mediante uma dimensão educativa. Para tanto, é imprescindível que no processo do aconselhamento o assistente social preste as orientações e informações adequadas às necessidades apresentadas pelo usuário. Bem como, é fundamental que o profissional tenha clareza na linguagem colocada, utilizando-se dos vários recursos disponíveis para a compreensão do usuário em relação aos termos específicos que compõe o universo do HIV/AIDS, construindo um diálogo com os usuários para identificar suas condições de vulnerabilidade e a necessidade de encaminhamentos técnicos.

Na perspectiva de Faria e Lopes (2020, p. 393) o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social, junto às pessoas vivendo com HIV/AIDS, possui como principais diretrizes as abordagens socioeducativas e socioassistenciais. Uma vez que intervém sobre as dimensões assistenciais e preventivas, promovendo o acesso aos serviços de saúde e as demais políticas públicas, com vistas à garantia dos direitos sociais aos usuários. Em vista disso, o Serviço Social propicia ações educativas, junto aos usuários com HIV/AIDS e com a comunidade, objetivando a prevenção da doença e de seus agravos, bem como facilitando o acesso ao teste para a detecção do vírus e a adesão ao tratamento. Assim sendo, as autoras, ressaltam que o assistente social deve reconhecer os determinantes sociais que possam ampliar a vulnerabilidade dos usuários e/ou das famílias para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) e/ou dificultar o tratamento (adesão). E a partir disso, intervir sobre esses determinantes para promover reflexões junto aos usuários, como também, estabelecer interações com as demais políticas sociais.

Miranda (2012) assinala a importância do trabalho do assistente social junto às pessoas vivendo com HIV/AIDS em decorrência da complexidade que perpassa a doença em que se faz necessário o trabalho multidisciplinar para seu enfrentamento, bem como a abrangência do tratamento que excede a prática médica. No entanto, apenas isso não garante que na prática o assistente social seja, de fato, considerado

um profissional essencial ao atendimento desses usuários, visto que, por vezes, é referenciado no sentido de complementariedade, enquanto um apêndice nas equipes que compõem os serviços. Tem-se, nessa perspectiva, a tendência tradicional na saúde que considera o profissional de medicina como figura central.

Assim, a inserção do assistente social nas equipes multidisciplinares nos serviços de diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS segue uma tendência de ser requisitado para dar conta de situações imediatas e manter a tranquilidade das unidades de saúde, principalmente ao atendimento de medicina. Apesar disso deve-se reconhecer a contribuição do assistente social nos serviços de saúde no tocante às práticas interdisciplinares, as quais em conformidade aos princípios da profissão de Serviço Social são inerentes ao trabalho deste profissional. Assim, o trabalho interdisciplinar, na articulação entre diferentes áreas do conhecimento, auxilia na compreensão da realidade dos indivíduos em sua totalidade, para além das aparências, ao considerar aspectos não só biológicos, mas também pessoais, comunitários, familiares, econômicos e sociais.

Contribuindo às reflexões quanto ao trabalho interdisciplinar, Foinkinos (2021, p. 97) considera tais práticas como fundamentais para a troca de conhecimentos entre os profissionais. Uma equipe interdisciplinar pressupõe considerar todos os aspectos que envolvem a vida dos sujeitos que podem se tornar demandas a qualquer hora e/ou em qualquer momento do processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação dos usuários. Reitera-se que deve fazer parte da conduta do assistente social o estímulo ao trabalho interdisciplinar, uma vez que este favorece a compreensão do ser social em sua totalidade.

Não obstante, é imprescindível enfatizar, a partir dos estudos de Clementino (2018), que o assistente social no exercício de suas atividades laborais não desfruta de um controle total sob seu trabalho (financeiro, técnico e humano). Estando na condição de trabalhador assalariado dispõe de relativa autonomia profissional, haja vista que as instituições empregadoras organizam um conjunto de condições que irão direcionar o trabalho deste profissional. Citando os escritos de Yamamoto e Carvalho (2008) a supradita autora coloca:

Se o Assistente social, na condição de trabalhador assalariado, deve responder às exigências básicas da entidade que contrata seus serviços, ele dispõe de relativa autonomia no exercício de suas funções institucionais, sendo co-responsável pelo rumo imprimido às suas atividades e pela forma

de conduzi-las (Iamamoto; Carvalho, 2008, p. 120, apud, Clementino, 2018, p. 37).

Nesse sentido, a relativa autonomia enfatiza/reforça o jogo de forças sociais presentes no trabalho do assistente social. Esse tensionamento, na contemporaneidade, resulta em perdas para os assistentes sociais e para os usuários dos serviços, podendo ser observado na reestruturação das condições de trabalho, na precarização das políticas sociais e na retirada de direitos da população. A realidade aqui exposta, se explica:

[...] pela correlação de forças política, cultural, econômica e social que se aprofundam e acompanham o processo e solo histórico em que se situa a profissão e a necessidade de sua intervenção. Ou seja, está atrelado ao processo de desenvolvimento e crises do sistema capitalista e suas procedentes estratégias de recomposição das taxas de lucros, cujas consequências recaem sobre as condições de vida, saúde e trabalho da população” (Clementino, 2018, p. 38).

Acrescenta-se, contudo, que a condição de trabalhador assalariado, embora tencione a autonomia não torna inviável o direito de exercer as atividades mediante utilização das competências e habilidades do profissional. Desse modo, o que pode inviabilizar a autonomia e/ou reduzi-la é a precarização da formação e do trabalho do/a assistente social. Portanto, se torna imprescindível que o assistente social mobilize seus conhecimentos teórico-metodológicos, articulados à dimensão ético-política da profissão, os quais irão orientar o trabalho na práxis (dimensão técnico-operativa), possibilitando a compreensão e consequente construção de intervenções na realidade social junto aos sujeitos que demandam seu trabalho.

O Assistente Social, enquanto profissional que compõe a equipe de trabalho do SAE possui trabalho fundamental na orientação dos usuários quanto aos seus direitos e na articulação com demais serviços da rede para identificação e encaminhamento das necessidades trazidas durante os atendimentos, contribuindo significativamente para o estabelecimento de vínculo dos usuários com o serviço e a sua adesão aos tratamentos de saúde. A partir do exposto evidencia-se a qualificação técnica do assistente social para investigar, desvendar a realidade dos usuários e a partir disso construir estratégias de intervenção para o enfrentamento às expressões da questão social que vivenciam. Para tanto, no próximo item, apresentam-se os desafios ao trabalho dos assistentes sociais identificados a partir do referencial teórico utilizado neste estudo, bem como as possibilidades de

intervenção que os profissionais vêm adotando e/ou construindo para enfrentar os desafios postos na área da saúde na contemporaneidade.

3.2.1 Desafios e possibilidades do trabalho do assistente social no SAE

Consoante às discussões realizadas no decorrer do estudo e, especificamente acerca do trabalho do Assistente Social no SAE, identificou-se a existência de desafios ao trabalho desses profissionais em sua atuação na política pública de saúde, em especial, nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE). De igual maneira, mister se faz identificar as possibilidades existentes para construção de estratégias de intervenção capazes de enfrentar os desafios que se colocam ao trabalho dos assistentes sociais na área da saúde na contemporaneidade.

Para tanto, neste item buscou-se, a partir das reflexões dos autores em estudo, apontar os desafios identificados no que se refere ao trabalho dos assistentes sociais na política pública de saúde, com desdobramentos específicos da atuação no SAE. Após, salientam-se algumas possibilidades de intervenção passíveis de construção por parte dos profissionais para enfrentar os desafios postos. Finalizando-se com um quadro síntese a respeito dos principais pontos abordados no decorrer deste trabalho.

Na perspectiva de Clementino (2018) os desafios postos aos assistentes sociais perpassam e são determinados por um contexto social, político e econômico diversificado que, no Brasil, envolvem dificuldades relacionadas tanto à política de saúde quanto aos aspectos particulares da epidemia do HIV/AIDS. Nesse sentido, enquanto trabalhador assalariado, o assistente social vivencia as mesmas condições dos demais trabalhadores. Ou seja, pertence a classe trabalhadora e, portanto, está exposto à situações, tais como: desemprego, baixos salários, acúmulo de vínculos empregatícios, precárias e flexíveis formas de contratação, rotatividade, sobrecarga de trabalho em decorrência do déficit de profissionais e redução de benefícios e direitos trabalhistas.

Diante dessa conjuntura, a referida autora ressalta que os **desafios econômicos** se referem à escassez de investimentos e recursos governamentais em políticas públicas sociais, ao subfinanciamento do SUS e ao aumento do empobrecimento da população. Em relação aos **desafios políticos** destacam-se a precarização das políticas públicas sociais, a flexibilização dos princípios do SUS, a ênfase na saúde sob uma perspectiva curativa individualista, a fragmentação das

ações em todos os níveis de atenção em saúde, a emergencialização das demandas e as ações de planejamento (Clementino, 2018). Tais desafios reforçam a hegemonia do modelo privatista e, por conseguinte, produzem desafios sociais.

No tocante aos **desafios sociais** salienta-se a perda de direitos da classe trabalhadora, o aprofundamento das desigualdades sociais que se manifestam no não acesso à moradia, alimentação, saneamento, trabalho, bem como o não acesso aos demais serviços de saúde que garantam um cuidado integral. Ainda no âmbito social a articulação com os movimentos sociais e ações de mobilização e participação dos usuários, os processos de exclusão social (preconceitos, estigmas, discriminação) vivenciados pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS e a ausência de programas assistenciais que atendam suas necessidades também são desafios ao trabalho do assistente social na área da saúde, em especial no SAE.

Esse cenário agrava-se com o desmonte de direitos, conforme abordado no primeiro capítulo deste trabalho na reflexão acerca da Emenda Constitucional nº 95 de 2016 (teto dos gastos públicos), a qual segundo o Conselho Nacional de Saúde (2019) produziu, só na saúde, a perda de cerca de R\$ 20 bilhões. Nesse sentido, vale o questionamento: no contexto da epidemia de HIV/AIDS, mas também em relação aos demais agravos em saúde, como combater uma crise sanitária, e mais, como acessar e garantir o direito à saúde com qualidade de vida à população, se as possibilidades de contenção, prevenção e promoção são alvo de constantes desmontes?

Diante do exposto, pode-se perceber que os desafios vivenciados pelos assistentes sociais, e demais categorias profissionais, que atuam no SAE se situam no interior das ações de um Estado que reduz os investimentos em políticas públicas. Nesse contexto, não são somente os profissionais a serem atingidos, mas também, e em maior escala, a população usuária que necessita dos serviços, os quais se oferecidos precariamente não respondem às suas necessidades de saúde.

Há ainda, desafios que envolvem os usuários, tais como a aceitação do diagnóstico de HIV/AIDS e a fragilidade e/ou inexistência de redes de apoio familiar e social. A este respeito Santos (2005) refere que a aceitação ou não do diagnóstico, se coloca como um desafio ao assistente social, por envolver e desencadear outras questões que, na maioria das vezes, comprometem a sobrevivência e a qualidade de vida dos usuários. Quando a pessoa vivendo com HIV/AIDS *“não aceita sua condição sorológica há um retardo no tratamento; o que faz com que aumente a*

incidência de infecções oportunistas, e conseqüentemente, aumente o número e o período de internamento” (Santos, 2005, p. 141-142).

A autora, acrescenta que a reação de aceitar ou não a doença, decorre dos imaginários do usuário acerca dos valores sociais negativos que permeiam o mundo da AIDS, quais sejam: o preconceito, a discriminação e o amplo processo de exclusão social que vivenciam. Nessa perspectiva, o assistente social ante à atitude de negação do usuário quanto ao seu diagnóstico deve atuar numa perspectiva educativa, fornecendo orientações que busquem o fortalecimento dos sujeitos. No entanto, o desafio da aceitação não se restringe ao usuário soropositivo, envolve também, sua família e a sociedade. Aqui, o desafio se amplia uma vez que o trabalho terá por objetivo fortalecer os laços familiares para que não haja a rejeição familiar, bem como o fortalecimento dos laços sociais, afetivos e de pertencimento. Haja vista que além de ser necessário amplo conhecimento na área, é imprescindível “[...] *conhecer a realidade da família, seus medos, suas angústias, suas preocupações*” (Maciel, 2009, p. 38). A partir disso, criam-se possibilidades para orientar a família e prestar o devido suporte no acesso e garantia dos direitos da pessoa vivendo com HIV/AIDS.

A garantia dos direitos perpassa, a identificação de possibilidades e, a partir disso, a construção de estratégias se tornam indispensáveis para enfrentar processos burocráticos e tomadas de decisões que se contrapõem aos interesses dos usuários. Assim, o/a assistente social deve utilizar as legislações sociais enquanto um elemento imprescindível na atuação profissional, visto que é mediante este aparato jurídico-legal que busca intervir sob as necessidades dos usuários.

Para intervir sob as necessidades dos usuários Foinkinos (2021) aponta o acolhimento como uma das possibilidades de intervenção do trabalho do assistente social. A autora aborda o acolhimento como um fator determinante para a adesão ao tratamento de saúde, sendo responsável “[...] *pela reorganização dos serviços de saúde, pela garantia de acesso e pela criação de vínculos*” (Foinkinos, 2021, p. 100). Importa referir que o acolhimento é fundamental quando se pensa na integralidade da atenção e na humanização das relações entre os profissionais da área da saúde e os usuários. Sendo um mecanismo para desenvolver os processos de trabalho em saúde com vistas ao atendimento de todos aqueles que procuram os serviços públicos de saúde. No qual o profissional, ao ouvir as demandas dos usuários, assume uma postura acolhedora, com escuta atenta para prestar os devidos

esclarecimentos acerca da classificação de risco aos usuários. Bem como identificar quais as expressões da questão social que produzem e reiteram processos de exclusão social, agravando a situação de saúde e adoecimento dos usuários, para então construir intervenções junto aos sujeitos capazes de enfrentar essa realidade.

Nas intervenções em saúde os profissionais devem pautar-se no planejamento. Apesar de ser um desafio, Mito e Nogueira (2009) ressaltam que o planejamento é fundamental ao trabalho do assistente social uma vez que possibilita o (re)pensar contínuo das ações, articular as dimensões do fazer profissional (ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa) e estabelecer relações entre estruturas profissionais, institucionais e os eixos de atuação profissional, na perspectiva da integralidade e intersectorialidade em saúde para o cumprimento dos objetivos que se pretende alcançar.

Logo, o planejamento exige que o profissional de Serviço Social conheça a realidade de vida dos usuários e as intercorrências sociais que incidem no agravo à saúde. Exige-se, ainda, o entendimento das contradições e tensionamentos do cotidiano, uma vez que estes perpassam as possibilidades de pressionar e enfrentar os desafios no trabalho profissional quanto à defesa da universalização do SUS. Coloca-se, assim, em evidência o exercício da relativa autonomia profissional na busca de possibilidades que envolvam ações de planejamento e a construção de estratégias para dar respostas às necessidades sociais dos usuários no cotidiano dos serviços (Clementino, 2018).

Para além do planejamento, o assistente social, deve articular estratégias que priorizem a construção de espaços que garantam a participação dos usuários nas decisões institucionais. Espaços de participação coletiva que estabeleçam uma relação de corresponsabilidade, na qual os usuários tenham voz e suas necessidades sejam ouvidas e de fato atendidas pelos serviços de saúde. Nesse sentido, concorda-se com Costa (2009) quando refere que uma das ferramentas de trabalho do assistente social é o diálogo. Haja vista que o assistente social desenvolve sua práxis cotidianamente a partir da análise da realidade vivenciada pelos usuários, é mediante o diálogo que se constrói espaços de defesa de direitos em conjunto aos profissionais de saúde e a população usuária.

Diante dos desafios e das necessidades postos aos assistentes sociais no SAE junto às pessoas vivendo com HIV/AIDS, agrega-se as discussões de Santos

(2005) em que elenca aspectos importantes a se considerar no cotidiano de trabalho, quais sejam:

Investir mais na qualificação e atualização profissional para que possa empreender respostas qualificadas ao seu trabalho e conhecer o projeto ético- político da profissão no sentido de fortalecer o seu trabalho;
 Estreitar a participação com os canais e espaços deliberativos da profissão, como: CFESS, ABEPSS, CRESS para manter-se atualizado sobre as discussões contemporâneas que perpassam a profissão e a categoria profissional;
 Manter um cadastro atualizado da rede de serviços do município e das ONGS/AIDS para que possa fazer os encaminhamentos quando o hospital não atender a solicitação do usuário;
 Sistematizar melhor o trabalho para evitar que as ações fiquem soltas e tendam a se transformar em serviços burocráticos e rotineiros. Nesse sentido, um plano de trabalho para o setor é imprescindível porque favorece, inclusive, a realização de pesquisa sobre a realidade social da população atendida no serviço;
 Trabalhar, sempre que possível, as demandas coletivamente, ao invés de atender individualmente;
 Desenvolver trabalhos com grupos, principalmente com as famílias envolvidas no processo de rejeição familiar;
 Conhecer a legislação social de proteção aos usuários dos serviços, na medida em que esta se constitui em uma ferramenta de trabalho indispensável para o profissional, principalmente o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais (Santos, 2005, p. 154-155).

Evidencia-se, a partir dos aspectos elencados pela autora, que se faz necessário ao assistente social, para responder com competência às necessidades apresentadas pelos usuários, ter conhecimentos e aprofundamento constante acerca das mudanças relacionadas à epidemia de HIV/AIDS. Da mesma forma, é primordial que os profissionais estejam em permanente articulação com os órgãos normativos para atualizações e reflexões quanto aos conhecimentos específicos da profissão de Serviço Social na contemporaneidade.

Diante disso, importa retomar alguns desafios e possibilidades de intervenção (**Quadro 4**) ao trabalho dos assistentes sociais na atuação junto às pessoas que vivem como HIV/AIDS em serviços de saúde, mais especificamente no SAE, os quais foram sendo abordados no decorrer do presente estudo e que sintetizam as reflexões a que se propõe o item em questão.

Quadro 4 – Síntese dos desafios e possibilidades do trabalho dos assistentes sociais no SAE

DESAFIOS	POSSIBILIDADES
➤ Compreender o movimento histórico da política de saúde e as contradições existentes entre os modelos assistenciais em saúde;	➤ O trabalho interdisciplinar e intersetorial é ao mesmo tempo um desafio e uma possibilidade de intervenção ao trabalho do

<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar os determinantes e condicionantes da saúde desde a prevenção até o processo de diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS e demais IST's correlacionadas, com vistas a garantir o acesso à saúde em sua integralidade; ➤ Desenvolver o trabalho interdisciplinar e intersetorial é um grande desafio haja vista que os usuários circulam com sua "cesta de necessidades" nos diferentes serviços das políticas pública sociais; ➤ Intervir junto aos usuários a partir de suas necessidades, com ações integradas e equânimes na perspectiva da afirmação dos princípios do SUS e da saúde enquanto um direito de todos e dever do Estado; ➤ Reafirmar os princípios da Reforma Sanitária, os quais estão em conformidade aos princípios defendidos pela profissão de Serviço Social em seu Código de Ética e à Lei de Regulamentação da Profissão; ➤ Atuar em favor da democratização do acesso às unidades e serviços de saúde, bem como das informações repassadas à população; ➤ Construir estratégias de aproximação dos serviços com os usuários, priorizando abordagens grupais e o estímulo à participação popular; ➤ Identificar que as divergências (contradições) entre os Projetos Privatista e da Reforma Sanitária, presentes na política de saúde, produzem impactos ao trabalho do Assistente Social e colocam-se como desafios aos profissionais, uma vez que a categoria se alia e defende os princípios da Reforma Sanitária; ➤ Interpretar e decodificar as normas institucionais para repasse e socialização de informações aos usuários; ➤ Desenvolver a educação permanente dos trabalhadores na área da saúde; ➤ Exercer a relativa autonomia reflete o tensionamento presente no trabalho do assistente social enquanto trabalhador assalariado, produzindo desafios aos profissionais em decorrência da reestruturação das condições de trabalho, da precarização das políticas sociais e da retirada de direitos, impactando não só na quantidade, mas principalmente na qualidade do atendimento prestado à população usuária. 	<p>assistente social, visto que mediante essa articulação se constroem respostas coletivas às necessidades dos usuários;</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A intervenção junto aos usuários a partir de suas necessidades, além de desafio, também é uma possibilidade capaz de construir e efetivar ações integradas e equânimes na perspectiva da afirmação dos princípios do SUS e da saúde enquanto um direito de todos e dever do Estado; ➤ O desenvolvimento de atividades de acolhimento, trabalhos grupais e de geração de renda, as quais são essenciais para a qualidade do cuidado em saúde; ➤ O conjunto de ações socioassistenciais, socioeducativas e de articulação interdisciplinar definido pelos Parâmetros do CFESS (2010) e apresentados no Quadro 3 deste estudo para o atendimento direto, configura-se enquanto possibilidades de intervenção a serem construídas pelos Assistentes Sociais inseridos na política de saúde, com destaque para os serviços que atendem às pessoas vivendo com HIV/AIDS; ➤ A técnica do aconselhamento é uma possibilidade de intervenção do trabalho do Assistente Social uma vez que contribui na redução do nível de estresse do usuário, estabelecendo uma reflexão sobre os próprios riscos e a adoção de práticas seguras em relação ao HIV/AIDS e demais IST's; ➤ A educação permanente de trabalhadores na área da saúde é ao mesmo tempo um desafio e uma possibilidade de intervenção numa perspectiva coletiva de compartilhamento e construção de saberes; ➤ A partir da relativa autonomia cabe ao Assistente Social mobilizar seus conhecimentos teórico-metodológicos, articulados às dimensões ético-política e técnico-operativa da profissão como possibilidades à construção de intervenções junto aos usuários, que sejam capazes de responder adequadamente suas necessidades e enfrentar os desafios postos.
---	--

Fonte: Elaborado pela autora a partir do estudo dos referenciais teóricos citados no decorrer deste

item, outubro 2023.

Pode-se observar, com base no quadro síntese que alguns dos desafios postos aos profissionais de Serviço Social também configuram-se enquanto possibilidades de intervenção. Ou seja, os próprios desafios trazem consigo possibilidades ao seu enfrentamento. A partir das reflexões construídas no decorrer do texto, enfatiza-se que cabe ao profissional de Serviço Social demarcar seu campo e espaço de atuação dentro do SAE, sempre pautado no aparato jurídico-legal da profissão e no Projeto Ético-Político Profissional.

Importante ressaltar, com base nos estudos de Clementino (2018) que perante os desafios enfrentados pelos assistentes sociais em sua atuação na área da saúde a busca de estratégias profissionais para seu enfrentamento requer, uma *compreensão teórico-metodológica* rigorosa, uma *direção ético-política* comprometida com a luta da classe trabalhadora e um *aporte técnico-operativo* que não se resume apenas em um conjunto de técnicas estabelecidas e executadas mecanicamente, sem reflexões. Nesse sentido, apesar dos desafios postos aos assistentes sociais se faz necessário identificar as possibilidades existentes e construir respostas de forma coletiva e estratégica, “[...] *sem esse esforço corre-se o risco de permanecermos na mera execução de ações rotineiras, repetitivas e burocráticas*”. (Clementino, 2018, p. 121-122).

Conclui-se, portanto, que a proposta de trabalho do assistente social na política pública de saúde, e na atuação no SAE, deve pautar-se na perspectiva do fortalecimento do SUS e na concepção da saúde como direito de todos e dever do Estado. Objetivando responder às necessidades apresentadas mediante a construção de espaços que privilegiem a defesa dos direitos dos usuários, e que ao mesmo tempo promovam a legitimação da categoria profissional de Serviço Social nos espaços socioocupacionais em que se insere.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da pesquisa acerca da historicidade da política pública de saúde no Brasil se torna possível observar que as transformações sanitárias ocorridas a partir da década de 1890 (momento histórico em que há epidemia de doenças infecciosas tais como: a febre amarela, a varíola e a malária) perpassam aspectos políticos, econômicos e sociais, os quais influenciam na construção de modelos assistenciais em saúde. Ao analisar os três modelos assistenciais – modelo sanitarista campanhista, modelo privatista e movimento da reforma sanitária – compreende-se que no decorrer da história não há superação de nenhum dos modelos, as características principais se modificam, mas alguns aspectos dos modelos anteriores são mantidos, a exemplo das campanhas de vacina e parceria entre público e privado.

É nesse processo contraditório de articulação entre os modelos assistenciais de saúde, no início da década de 1980, – momento de redemocratização do país em que o modelo privatista é marcado por críticas e, ao mesmo tempo, há o fortalecimento das mobilizações sociais em prol da Reforma Sanitária –, que emerge em escala mundial a epidemia de AIDS. Doença que exigiu novas estratégias em saúde para controlar sua expansão e dar conta das necessidades da população acometida por ela. Uma vez que já nasce associada a determinado segmento social – homossexuais – e, portanto, é atravessada por estigmas e preconceitos que para além dos danos físicos causados pela doença, pelo fato de atacar diretamente o sistema imunológico humano, às pessoas vivendo com HIV/AIDS sofrem uma “morte civil” ao não terem seus direitos reconhecidos, sendo estes negados e/ou violados.

A partir da década de 1990 mediante mobilizações e fortes pressões de diversos segmentos sociais envolvidos com a temática em âmbito nacional e com apoio internacional, houve a implementação de uma Política Nacional de HIV/AIDS. A qual impulsionou a expansão de serviços de saúde voltados para o enfrentamento do HIV/AIDS e demais IST's primando pelo atendimento das necessidades da população que a adquire. É nesse cenário que emergem os Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) no país.

Compreende-se, com base nas reflexões realizadas ao longo deste estudo, que o SAE se configura como um serviço de caráter ambulatorial, que oferece atendimento e tratamento especializado às pessoas vivendo com HIV/AIDS, além de ofertar alguns procedimentos com relação ao tratamento de outras IST's, tais como

Sífilis e Hepatites Virais (B e C). Nessa perspectiva, o principal objetivo do SAE esta direcionado a prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, mediante o trabalho de uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde, dentre eles o Assistente Social.

Sendo o assistente social, uma das categorias profissionais previstas pela Portaria Conjunta nº 1 de 16 de Janeiro de 2013, para atuação nos SAE, reitera-se os resultados da pesquisa documental no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) vinculado ao DataSUS, a qual objetivou identificar a quantidade de SAEs existentes no Brasil e o percentual de assistentes sociais inseridos nesses espaços. Enquanto resultados, existem atualmente, no país, 528 estabelecimentos que funcionam na modalidade de Serviço de Assistência e/ou Atenção Especializada em DST/HIV/AIDS (SAE), sendo que dentro desses serviços atuam 1.290 assistentes sociais. Acrescenta-se, ainda, que o assistente social compõe às equipes de trabalho em cerca de 53% dos SAEs no Brasil, dado que evidencia a importância do trabalho da categoria, pelas competências e atribuições profissionais, no atendimento à população usuária dos serviços de saúde.

Ao refletir acerca da historicidade da política de saúde no Brasil, na particularidade da Política Nacional de HIV/AIDS para compreender o surgimento dos SAE e verificar como se desenvolve o trabalho do assistente social nesses espaços, se faz necessário resgatar aspectos históricos referentes ao surgimento da profissão de Serviço Social e, por conseguinte, de sua inserção na política de saúde. O Serviço Social nasce vinculado à Igreja Católica, numa lógica assistencialista e que intervinha nos antagonismos de classes do modo de produção capitalista. Assim, inicialmente, na área da saúde o assistente social atuava numa perspectiva educativa com relação aos hábitos de higiene e saúde dos usuários, se inserindo nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde.

O processo de reconceituação do Serviço Social, iniciado na década de 1960, resultou na construção coletiva de um Projeto Ético-Político Profissional o qual modificou os pressupostos da profissão, privilegiando as políticas sociais e os direitos enquanto mediações imprescindíveis para a construção de uma nova sociabilidade. Trata-se, a partir de então, de uma profissão de nível superior, que exige de seus profissionais formação teórica, técnica, ética e política. Orientando-se por uma Lei de Regulamentação Profissional (Lei nº 8.662/93) e um Código de Ética.

Articulado a esse cenário tem-se a Constituição Federal de 1988 e, por conseguinte, a implementação do SUS, momento em que se reconfigura a política de saúde e se define o âmbito de atuação profissional dos assistentes sociais nesta política.

Para especificar o trabalho dos assistentes sociais na área da saúde, o CFESS em 2010, emitiu um documento intitulado: *“Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”*. O documento discorre acerca das competências e atribuições profissionais, sendo norteado pelo aparato jurídico-legal da profissão de Serviço Social, com destaque para a Lei de Regulamentação (Lei nº 8.662/936) e o Código de Ética Profissional de 1993, reafirmando a Questão Social como objeto de trabalho profissional. A partir disso, o assistente social, inserido no SUS, atua não somente no acesso a bens e serviços, mas também segue diretrizes e propõe ações relacionadas à promoção, à prevenção, à cura e à reabilitação, na perspectiva de identificar os determinantes sociais do processo saúde-doença e intervir sobre eles.

Em relação a atuação do assistente social no SAE, identificou-se que o profissional tem assumido papel de destaque ao contribuir na elaboração e desenvolvimento de atividades de acolhimento, em trabalhos grupais, na reinserção social e geração de renda, aspectos considerados essenciais para a qualidade do cuidado em saúde. Reforça-se aqui, a perspectiva de Faria e Lopes (2020) quando assinalam que o trabalho do assistente social no âmbito do HIV/AIDS se desenvolve a partir de abordagens socioeducativas e socioassistenciais, haja vista que intervêm sobre a realidade social, promovendo o acesso aos serviços de saúde e às demais políticas públicas, com vistas à garantia dos direitos sociais aos usuários. Diante disso, evidencia-se a qualificação técnica do assistente social no sentido de buscar conhecer a realidade dos usuários e, então, construir estratégias de intervenção para o enfrentamento às expressões da questão social que vivenciam.

O assistente social, na condição de trabalhador assalariado vivencia as mesmas situações dos demais trabalhadores. Isto é, é partícipe da classe trabalhadora e, por conseguinte, experimenta os efeitos nefastos das contrarreformas neoliberais. Nesse sentido, situações como desemprego, baixos salários, acúmulo de vínculos empregatícios, contratações precárias e flexíveis, rotatividade, sobrecarga de trabalho pelo déficit de profissionais nos serviços, bem como redução de benefícios e direitos trabalhistas fazem parte do cotidiano profissional dos assistentes sociais.

Ao finalizar este trabalho, identificou-se que os desafios postos aos assistentes sociais na atualidade, no âmbito da saúde, se relacionam à: compreensão acerca do movimento histórico da política de saúde e as contradições existentes entre os modelos assistenciais em saúde; identificação dos determinantes e condicionantes de saúde desde a prevenção até o diagnóstico e tratamento do HIV/AIDS e demais IST's, com vistas a garantir o acesso à saúde em sua integralidade; o trabalho interdisciplinar e intersetorial; intervir junto aos usuários na perspectiva da afirmação dos princípios do SUS e da saúde como direito de todos e dever do Estado; primar pela defesa dos princípios defendidos pelo Código de Ética do Assistente Social e em conformidade com a Lei de Regulamentação da Profissão; e construir mecanismos que privilegiem abordagens coletivas e o estímulo à participação popular.

Outros desafios presentes no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais dizem respeito à escassez de investimentos governamentais em políticas sociais, à ênfase na saúde sob uma perspectiva curativa individualista, e a ausência de programas assistenciais de apoio aos usuários, dentre estes as pessoas vivendo com HIV/AIDS. Tal cenário produz como resultados a perda de direitos, o aumento do empobrecimento e da desigualdade social da população. Coloca-se, assim, em evidência a relativa autonomia do assistente social, o qual precisa constantemente se atentar para possibilidades que envolvam ações coletivas de planejamento e a construção de estratégias de intervenção para responder às demandas dos usuários. Para tanto, as legislações sociais se configuram enquanto um elemento imprescindível para a atuação profissional dos assistentes sociais, haja vista que é com a utilização desse aparato jurídico-legal que o profissional intervém sob as necessidades dos usuários.

Ao finalizar esta monografia mister se faz reafirmar algumas possibilidades do trabalho do Serviço Social, em sua atuação nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE). Nessa perspectiva, o trabalho do assistente social pressupõe a defesa dos direitos da população usuária da política social em que está inserido, neste caso à saúde, com vistas a combater essa cultura preconceituosa e excludente que permeia o contexto do HIV/AIDS e que para além do adoecimento físico causado pela doença, produz, no âmbito subjetivo, uma variedade de sofrimentos que atravessam a vida dos sujeitos acometidos por ela. Nesse sentido, se faz necessário ao assistente social desenvolver uma postura

acolhedora e aberta ao diálogo, capaz de construir vínculos entre o profissional e o usuário. Sendo que essa relação de horizontalidade e confiança entre as partes faz com que o usuário possa ser e se sentir o protagonista de seu processo saúde-doença, contribuindo sobremaneira à adesão ao tratamento e à construção de intervenções profissionais que atendam às necessidades dos sujeitos de modo integral.

Observa-se, a partir dos aspectos elencados, a imprescindibilidade de o assistente social, para responder com competência às demandas apresentadas pelos usuários, possuir conhecimentos e buscar o aprofundamento constante acerca das transformações relacionadas à epidemia de HIV/AIDS. Diante disso, fica emergente a necessidade de se pensar propostas mais abrangentes que contemplem, a complexidade da vida dos sujeitos, com estratégias que cheguem aos segmentos populacionais mais atingidos pela epidemia.

Enfatiza-se, por fim – longe de se pretender esgotar as reflexões acerca da temática, pelo contrário, indicando-se a necessidade de aprofundamento teórico em relação ao trabalho dos assistente sociais na área da saúde – que atuar junto às pessoas que vivem com HIV, pressupõe acima de tudo reconhecê-los como sujeitos de direito que demandam a inserção em políticas sociais. Sendo assim, para que se possa compreender os desdobramentos da epidemia de HIV/AIDS, bem como a realidade dos segmentos sociais mais vulneráveis ao contágio, deve-se pensar também no processo saúde-doença, entendendo que seus fatores determinantes não estão ligados somente à situação clínica, mas contemplam as condições físicas, emocionais, econômicas, políticas e também sociais, em que os sujeitos estão inseridos.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Francisca Rego de (org.) et al. 16ª Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. 486 p. (Série Participação Social & Políticas Públicas, v. 8).

AZAMBUJA, Cristiane Menna Barreto. A Política Sanitária na República Velha e a Revolta da Vacina. Ricadi: Revista Interdisciplinar Contabilidade, Administração e Direito, Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – São Luiz Gonzaga, v. 1, n. 1, p. 128-149, ago. 2016. Disponível em: <http://urisaoluiz.com.br/site/wp-content/uploads/2017/01/Revista-RICADI-COM-ISSN.pdf#page=129>. Acesso em: 26 ago. 2023.

BATTINI, Odária. Apontamentos sobre a História do Serviço Social no Brasil – 80 anos. Serviço Social em Revista, Londrina, v. 19, n. 1, p. 155-170, 31 dez. 2016. Universidade Estadual de Londrina. <http://dx.doi.org/10.5433/1679-4842.2016v19n1p155>.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Emenda Constitucional nº 95, de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília, DF: dez. 2016. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>. Acesso em: 06 set. 2023.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm. Acesso em: 04 ago. 2023.

BRASIL. DATASUS, Pesquisa Documental no Cadastro Nacional de Estabelecimentos, mai./jun. 2023.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília, DF: Presidência da República, set. 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm. Acesso em: 06 set. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/l8080.pdf. Acesso em Agosto de 2023.

BRASIL. Lei nº 8.662/93 de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências, Diário Oficial da União. Brasília, DF. Seção 1. p. 7613, 08 jun. 1993.

BRASIL. LEI Nº 9.313, DE 13 DE NOVEMBRO DE 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de aids. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm. Acesso em: 28 ago. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. POLÍTICA NACIONAL DE DST/AIDS: PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS. Coordenação Nacional de DST e Aids. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. (Legislação).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta N 1, de 16 de Janeiro de 2013. Altera na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento. Brasília: Ministério da Saúde, 16 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Qualiaids: Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS . Brasília, nº 1, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. 8º Conferência Nacional de Saúde: relatório final. Brasília, 1986. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf. Acesso em: 13 set. 2023.

BRASIL. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 8, 1986, Brasília, Anais... Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 381-9.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al (org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 1-24.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete et al (org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 1-21.

BRAVO, M. I. S. A Privatização da Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores (PT). In: ENCONTRO NACIONAL SERVIÇO SOCIAL E SEGURIDADE SOCIAL, 5., 2015, Belo Horizonte, MG. Anais [...]. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), 2018. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2018CFESS-5EncontroSeguridade.pdf>. Acesso em: jun. 2023.

BRAZ, Viviane Alline Gregório Azevedo. EPIDEMIA DE HIV NO BRASIL: Tendências atuais sob o capitalismo contemporâneo. Rio de Janeiro – RJ, UFRJ, 2020.

CASADO, Luciane Pedrozo. Relatório Técnico Final do Estágio Supervisionado em Serviço Social III, Universidade de Caxias do Sul (UCS), jul. 2023.

CLEMENTINO, Milca Oliveira. O TRABALHO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL: as demandas, as respostas e a potencialidade da relativa autonomia nos serviços de assistência especializada em HIV/AIDS do município de Campina Grande/PB. Campina Grande – PB, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Intervenção Profissional do Assistente Social no campo da saúde. Brasília, 1990.

_____ (org.). Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde. Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política Pública de Assistência Social. Brasília: Cfess, 2010. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualcao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf. Acesso em: 13 set. 2023.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al (org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 1-50.

FARIA, Daniele Pinto da Silva. LOPES, Viviane Aparecida Siqueira. O SERVIÇO SOCIAL ANTE O CONTROLE DO HIV/AIDS: uma análise com ênfase nos condicionantes do processo saúde-doença. Revista Mundo Livre, Campos dos Goytacazes, v. 6, n.2, p. 383-399, jul./dez. 2020.

FERREIRA, Ramona da Silva. Os desafios para garantia dos direitos sociais das pessoas que vivem com HIV/AIDS: do acesso à política social da saúde à inclusão social e a contribuição do Serviço Social. São Leopoldo, UNISINOS, 2021.

FEUERWERKER, L. M.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede UNIDA. Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 22, p. 25-35, dez. 2000.

FOINKINOS, Lorena Vinhotti. O SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO A USUÁRIOS COM HIV/AIDS: estudo sobre a baixa adesão ao tratamento. Belém-Pará, Universidade Federal do Pará, 2021.

GRANEMANN, Sara. O desmonte das políticas de seguridade social e os impactos sobre a classe trabalhadora: as estratégias e a resistência. Serv. Soc. Rev., Londrina, v. 19, n.1, p. 171-184, jul./dez. 2016. Disponível em <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/28165/20357>. Acesso em: 06 set. 2023.

GUERRA, Yolanda. A instrumentalidade no trabalho do assistente social. Brasília, CFESS, ABEPSS – UNB, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. Relações sociais e Serviço Social no Brasil – Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1985.

IAMAMOTO, M. V. 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, Graflina, 2001.

LEITE, Edna Xenofonte. Et al. Materialismo histórico dialético: Contribuições para a realização da pesquisa científica. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano 04, Ed. 11, Vol. 05, pp. 47-54. Novembro de 2019. ISSN: 2448-0959, Link de acesso:

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/educacao/materialismo-historico>

LOPES, O. V.; CASTRO, M. M. C. A assistência em saúde à pessoa com HIV/AIDS na experiência de residência em saúde: demandas e desafios para o Serviço Social. Revista Serviço Social em Perspectiva. Montes Claros, MG v.1, n.2, jun/dez-2017.

MACIEL, Júlia. Os desafios do Serviço Social nos Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/AIDS: a experiência do município de Imbituba. 2009. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

MARTINELLI, Maria Lúcia. Serviço Social: identidade e alienação. 11ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MARX, Karl. O capital: crítica da economia política: Livro I: o processo de produção do capital; [tradução de Rubens Enderle]. São Paulo : Boitempo 2013.

MATTOS, Ruben Araujo de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). Os sentidos da Integralidade: na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Uerj, Ims: Abrasco, 2009. p. 43-68.

MENDES, Jussara M. R. e PRATES, Jane C., Algumas reflexões acerca dos desafios para a consolidação das diretrizes curriculares. Revista temporalis nº 14. Brasília, ABEPSS, 2007.

MILITÃO, Raquel Maíra dos Santos Alves Militão; BRAZ, Viviane Alline Gregório Azevedo. A inserção do assistente social no Serviço de Assistência Especializada / SAE a pessoas que vivem com HIV/AIDS. Rio de Janeiro, II Congresso de Assistentes Sociais do Rio de Janeiro, 2016.

MILITÃO, Raquel Maíra dos Santos Alves. LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA/ SAE A PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS. In: 16º CBAS- Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 2019, Brasília. 40 Anos da Virada do Serviço Social, 2019.

MIOTO R. C. T.; NOGUEIRA V. M. R. Sistematização, Planejamento e Avaliação das ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, A.E. et al, (orgs). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional, 4ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília <DF>:OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

MIRANDA, Adriana Andrade. Aids e cidadania: avanços e desafios na efetivação do direito à saúde de soropositivos. Brasília, DF, 2008. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids.

Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

MIRANDA, Débora Suelle Marcelino de. O serviço social e o enfrentamento da Aids na Paraíba: um estudo sobre a atuação profissional do assistente social à luz das equipes multidisciplinares dos serviços de diagnóstico e atendimento a portadores de HIV/Aids do município de Campina Grande-PB. João Pessoa, 2012.

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. Postado em 2009. Disponível em https://www.ssrede.pro.br/wpcontent/uploads/2017/07/projeto_etico_politico-j-p-netto_.pdf. Acesso em ago. 2023

OLIVEIRA, Edistia Maria Abath Pereira de; CHAVES, Helena Lúcia Augusto; CHAVES, Helena Lúcia Augusto. 80 anos do Serviço Social no Brasil: marcos históricos balizados nos códigos de ética da profissão. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 128, p. 143-163, abr. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.098>.

PAIM, Jairnilson Silva. Atenção à saúde no Brasil. In: Desafios para a saúde coletiva no século XXI [online]. Salvador: EDUFBA, 2006, pp. 11-47. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/ptky6/pdf/paim-9788523211776-02.pdf> Acesso em: 26 ago. 2023.

PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de. Reforma Sanitária Brasileira em Perspectiva e o SUS. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (org.). Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. Cap. 15. p. 203-209.

PEREIRA, Potyara A.P. A Intersetorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In MONERAT, G.;ALMEIDA, L.T.; SOUZA, R.G. A intersectorialidade na agenda das políticas sociais. Campinas/SP: Papel Social, 2014.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História de políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão, 2006. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros> Acesso em: 06 abr. 2022.

ROCHA, Anne Gabriela Veiga. O serviço social e o enfrentamento da Aids no Maranhão: um estudo sobre a prática dos assistentes sociais nos programas de DST/AIDS em São Luís. São Luís, 2007.

SANTOS, Regina Maria dos. O Serviço Social e a exclusão/inclusão social dos portadores de HIV/AIDS: demandas e desafios nos hospitais públicos. Natal – RN, UFRN, 2005.

SILVA, Érica Alves da. SERVIÇO SOCIAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: reflexão acerca do processo de trabalho de assistentes sociais junto as pessoas que vivem com HIV/AIDS. Universidade Federal de Brasília, Brasília, DF, 2018.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: XI Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 2000. p. 1-15.

SILVA, Viviane Zerlotini da. A divisão social do trabalho e as transformações da arte e da técnica na produção arquitetônica. 2010. Disponível em: <https://vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/11.123/3519>. Acesso em: 27 set. 2023.

SEVCENKO, Nicolau. A revolta da Vacina: mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Editora Unesp Digital, 2018.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de; PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, Jairnilson Silva; ALMEIDA-FILHO, Naomar de (org.). Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. Cap. 9. p. 121-137.

VIEIRA, Balbina. Otonni. História do serviço social: contribuição de sua teoria. 5ed. Rio de Janeiro: air, 1989.

YAZBEK, Maria Carmelita. Sistema de proteção social, intersectorialidade e integração de políticas sociais. In MONERAT, G.;ALMEIDA, L.T.; SOUZA, R.G. A intersectorialidade na agenda das políticas sociais. Campinas/SP: Papel Social, 2014.

ZUCCHETTI, Gabriela Soccol. O trabalho do assistente social com pessoas que vivem com HIV/AIDS no âmbito da alta complexidade e a integralidade do cuidado em saúde. Porto Alegre, RS, 2017.