

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

GABRIELA SOCCOL ZUCCHETTI

**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

GABRIELA SOCCOL ZUCCHETTI

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM PESSOAS QUE VIVEM COM
HIV/AIDS NO ÂMBITO DA ALTA COMPLEXIDADE E A INTEGRALIDADE DO
CUIDADO EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Dolores Sanches Wunsch

PORTO ALEGRE - RS
2017

CIP - Catalogação na Publicação

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 / Gabriela Soccol Zucchetti. -- 2017.

90 f.

Orientador: Dolores Sanches Wünsch.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Curso de Serviço Social, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Serviço Social e Saúde. 2. HIV/Aids. 3. Alta Complexidade. 4. Integralidade. I. Wünsch, Dolores Sanches, orient. II. Título.

GABRIELA SOCCOL ZUCCHETTI

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM PESSOAS QUE VIVEM COM
HIV/AIDS NO ÂMBITO DA ALTA COMPLEXIDADE E A INTEGRALIDADE DO
CUIDADO EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado em: 25 de julho de 2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Dolores Sanches Wunsch

Orientadora

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof.^a Dr.^a Míriam Thais Guterres Dias

Examinadora

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

AGRADECIMENTOS

Ao meu companheiro de vida, Leonardo, que sempre me apoiou e acreditou em mim desde o início dessa jornada, quando eu sequer imaginava a possibilidade de estudar na UFRGS, e me incentivou a participar de um vestibular pela primeira vez, mesmo após tantos anos longe dos estudos. Em especial, o agradeço por ter continuado a me apoiar ao longo do caminho, quando, por inúmeras vezes, pensei em desistir. Foi em grande parte através de sua força que consegui seguir adiante apesar das adversidades. Agora, podemos retomar nossos planos e alçar voo, literalmente!

À minha família, que sempre me apoiou em todos os momentos da minha vida e torceu junto comigo pelo desfecho dessa longa caminhada. Especialmente minha mãe, Sole, que, apesar da distância, sempre esteve presente, sobretudo, nas horas mais difíceis. Sou eternamente grata a ti, mãe! *Grazie di esistere!*

À família do meu companheiro, que também sempre me apoiou e torceu pelo meu êxito, especialmente, minha sogra, Tere. Vocês também fizeram parte disso. Muito obrigada por tudo, de coração!

À minha querida orientadora, Dolores Sanches Wunsch, por todo o apoio, carinho, confiança e dedicação dispensados a mim durante esse processo. A única assistente social a compreender meu “colonês”! Muito obrigada por ter aceitado ser minha orientadora, Do! Não poderia ter sido melhor!

À querida professora Míriam Thais Guterres Dias, pelas reflexões, pelo afeto e compreensão, e por ter aceitado o convite para compor a minha Banca Examinadora. Muito obrigada!

À minha querida supervisora acadêmica, Simone Rocha da Rocha, pelas orientações, pelo carinho e por todo o apoio oferecido durante o processo de estágio curricular – além das diversas caronas após as aulas.

Ao meu querido supervisor de campo, André Luis da Silva, e às queridas assistentes sociais residentes, Raquel Nunes Machado e Adriele Timmen, pela amizade, compreensão e carinho com que me acolheram na Infectologia. Foi um período de grande aprendizado e transformações. Muito obrigada por tudo!

Também não poderia deixar de agradecer à minha primeira supervisora de estágio (extracurricular), realizado na mesma instituição: Carla Cristine Costa, a assistente social mais acolhedora, que recebe a todos com um cafezinho e um abraço.

Aos demais profissionais, tanto assistentes sociais como de outras áreas, aos colegas estagiários e, especialmente, a cada usuário que encontrei em minhas vivências ao longo desses anos. Todos fizeram parte desse processo e contribuíram para a minha formação, tanto profissional como pessoal.

Aos demais professores e colegas de curso, por toda experiência compartilhada, pelos afetos e pelas amizades construídas ao longo do caminho – em especial, minha amiga Carolina, que sempre esteve ao meu lado. Agradeço, também, pelos embates em sala de aula – que extrapolaram os muros universitários –, pois estes me motivaram a buscar cada vez mais conhecimento, possibilitando a construção de uma nova dimensão para o meu futuro. Muito obrigada!

De minha parte, posso dizer que seguirei eternamente estudando e lutando em prol da liberdade e da justiça. Instigo-me a ampliar a minha percepção, reconhecendo que a complexidade humana vai muito além do que qualquer teoria. Parafraseando Pablo Picasso: “Se apenas houvesse uma única verdade, não poderiam pintar-se cem telas sobre o mesmo tema.”

Que este projeto chamado Terra possa trilhar seu caminho evolutivo resplandecendo justiça através da geração de conhecimento e que eu possa ser partícipe nesse processo de construção/desconstrução até o momento em que a minha consciência permitir.

O Show Deve Continuar

Lá fora o amanhecer está surgindo,
Mas aqui dentro, no escuro,
Estou sofrendo para ser livre.

O show deve continuar.
O show deve continuar, sim!
Por dentro, meu coração está se partindo.
Minha maquiagem pode estar escorrendo,
Mas meu sorriso permanece.

Minha alma é pintada como asas de borboletas.
Contos de fadas de ontem crescerão,
Mas nunca morrerão.
Eu posso voar, meus amigos!

O show deve continuar, sim!
O show deve continuar.
Enfrentarei tudo com um sorriso.
Eu nunca irei desistir.
Avante com o show!

(Queen)

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso discorre sobre o trabalho do assistente social na área da saúde com Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA), no intuito de promover uma reflexão acerca do papel da profissão nessa área de atuação e identificar qual a sua contribuição para com esta população usuária. Os resultados deste estudo são provenientes de revisão bibliográfica sobre a temática em questão e da experiência de estágio curricular realizado pela acadêmica no Serviço de Infectologia de um hospital de alta complexidade do Estado do Rio Grande do Sul. Durante o processo de estágio, a acadêmica realizou atendimento e acompanhamento a pacientes adultos com HIV/Aids, internados nas unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) da internação hospitalar. O trabalho versa, inicialmente, sobre o desenvolvimento da Política de Saúde no Brasil, a partir da concepção ampliada de saúde, e a configuração da Política Nacional de DST/Aids, a fim de contextualizar sócio-historicamente as políticas de saúde no país. Na sequência, aborda a trajetória histórica e a constituição do Serviço Social brasileiro, bem como sua inserção na área da saúde, e a intervenção profissional do assistente social com PVHA, evidenciando a questão da dificuldade de realização do tratamento, a qual, muitas vezes, está associada às expressões da questão social. Neste contexto, o trabalho também traz uma reflexão acerca da continuidade do cuidado em saúde após a alta hospitalar e resgata as vivências da acadêmica durante o período de implementação de seu projeto de intervenção no referido campo de estágio, relacionado ao acompanhamento social pós-alta hospitalar de pacientes/usuários com HIV/Aids. Além de possibilitar o levantamento das principais necessidades sociais em saúde de PVHA, conferindo maior visibilidade à temática, este estudo demonstrou a potencialidade do Serviço Social, enquanto profissão reconhecida no âmbito da saúde, no que se refere à viabilização de direitos, o que contribui, conseqüentemente, para o fortalecimento desses sujeitos. Acredita-se que o assistente social possui um papel fundamental na intervenção com esta população usuária, sendo inúmeras as possibilidades estratégicas do trabalho profissional, em que pese as dificuldades e desafios existentes na realidade social.

Palavras-chave: Serviço Social e Saúde. HIV/Aids. Alta Complexidade. Integralidade.

ABSTRACT

The present final paper discourses about the social worker's work in the field of health with people living with HIV/Aids, promoting a reflection about the role of the profession in this field of action and identifying the benefits provided to these end users. The findings come from literature review on the subject and also from the experience of the student's internship accomplished in an Infectology Department located in a high complexity hospital of the State of Rio Grande do Sul. During the internship, the academic attended and followed-up adult patients with HIV/Aids, interned in the Unified National Health System hospitalization units. The study initially approaches the development of the Brazilian Health Policy from a comprehensive care perspective and the configuration of the STD/Aids National Policy, in order to socio-historically contextualize the health policies in the country. After that, it approaches the historic path and the constitution of the Brazilian Social Work, as well as its insertion in the health field, and the professional intervention of the social worker with people living with HIV/Aids, evidencing the question of the difficulty of the treatment realization, which is generally associated with expressions of the social issue. In this context, the study also brings a reflection about the continuity of the healthcare after the hospital discharge and recalls the academic experiences during the implementation of her intervention project in the mentioned internship, related to the post-discharge social follow-up of HIV/Aids patients. In addition to bringing up the main health-related social needs of people living with HIV/Aids, increasing the visibility to this subject, this study demonstrated the potential of Social Work, as a recognized profession in the health field, regarding the enabling of rights, which consequently contributes to the empowerment of this population. It is believed that the social worker plays an essential role in the intervention with this end users, having a wide range of strategic professional work, in spite of the current difficulties and challenges in the social reality.

Keywords: Social Work and Health. HIV/Aids. High Complexity. Integrality.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A POLÍTICA NACIONAL DE DST/AIDS	19
2.1 Programa Nacional de DST/Aids e sua materialização	22
2.1.1 Especificidades do PN DST/Aids: configuração e abrangência dos direitos e benefícios	30
2.1.2 Configuração do financiamento e gastos do PN DST/Aids.....	36
2.1.3 O papel da gestão e do controle social democrático do SUS e os movimentos sociais vinculados ao PN DST/Aids.....	38
3 O SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO E SUA INSERÇÃO NA SAÚDE: FORMAÇÃO PROFISSIONAL E CONSOLIDAÇÃO DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO (PEP)	42
3.1 Dimensão Ético-Política	48
3.2 Dimensão Teórico-Metodológica.....	49
3.3 Dimensão Técnico-Operativa	51
3.4 O Serviço Social na Saúde: problematizações sobre o objeto e trabalho profissional na contemporaneidade.....	54
4 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS (PVHA)	60
4.1 Acompanhamento social pós-alta hospitalar com Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA): a continuidade do cuidado em saúde a partir da perspectiva do Serviço Social	65
4.1.1 Contextualização do projeto de intervenção dentro do espaço sócio-ocupacional.....	66
4.1.2 Descrição e análise crítica sobre o acompanhamento social pós-alta hospitalar de PVHA ...	70
4.1.3 Processo de monitoramento e avaliação do projeto de intervenção	76
4.2 A importância da continuidade do cuidado em saúde e os desafios para a sua concretização	78
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS.....	84

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do Tempo - Marcos importantes para o desenvolvimento do SUS e da Política Nacional de DST/Aids.....	23
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Casos de Aids identificados no Brasil (2011-2014).....	34
Quadro 2 - Projeto de Intervenção: Acompanhamento social pós-alta hospitalar de pacientes HIV/Aids.....	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AC	Alta Complexidade
ACNUR	Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados
APS	Agência da Previdência Social
AZT	Zidovudina
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAMS	Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNAIDS	Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRTB	Centro de Referência em Tuberculose
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EPTC	Empresa Pública de Transporte e Circulação
FASC	Fundação de Assistência Social e Cidadania
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HIV/Aids	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HSP	Hospital Sanatório Partenon
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MC	Média Complexidade
MS	Ministério da Saúde
OG	Organização Governamental
OIT	Organização Internacional do Trabalho

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PEP	Projeto Ético-Político
PLOA	Projeto de Lei Orçamentária Anual
PMA	Programa Mundial de Alimentos das Nações Unidas
PN DST/Aids	Programa Nacional de DST/Aids
PNH	Política Nacional de Humanização
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PVHA	Pessoas que Vivem com HIV/Aids
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SAE	Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids
SAGE	Sala de Apoio à Gestão Estratégica
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SNE	Sonda Nasoenteral
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TARV	Tratamento Antirretroviral
TB	Tuberculose
TRI	Transporte Integrado de Porto Alegre
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UMAP	Unidade de Monitoramento e Auditoria Preventiva
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNODC	Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

1 INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo aprofundar o conhecimento acerca do trabalho do assistente social na área da saúde, mais especificamente, com Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA). Desta forma, pretende-se refletir sobre os desafios e perspectivas da profissão e identificar qual a contribuição do trabalho do assistente social nessa área de atuação, conferindo-lhe maior visibilidade.

A temática emerge a partir da experiência de estágio curricular da acadêmica em questão, realizado no Serviço de Infectologia de um hospital de alta complexidade do Estado do Rio Grande do Sul. Durante o período de estágio, a acadêmica realizou atendimento e acompanhamento a pacientes adultos com HIV/Aids, internados nas diversas Unidades de Internação do hospital reservadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerado, este, um hospital de referência em alta complexidade e um dos principais centros de atendimento do SUS¹ na Região Sul do país, o hospital atende cerca de sessenta especialidades, desde os procedimentos mais simples até os mais complexos, abrangendo cidadãos de todo o território brasileiro. Considera-se, portanto, que o perfil socioeconômico-cultural dos usuários que buscam seus serviços é bastante diversificado, e é nesses aspectos que o Serviço Social busca intervir, atuando através do conceito ampliado de saúde, a fim de compreender o contexto geral do processo saúde-doença de seus usuários.

O Serviço Social do referido hospital iniciou suas atividades na década de 1970, no entanto, com relação ao Serviço de Infectologia, este foi incorporado recentemente, ou seja, em janeiro de 2015, com a inserção de um assistente social, e em agosto desse mesmo ano, com a inclusão de uma estagiária de Serviço Social. Anteriormente, os pacientes da Infectologia eram atendidos por diferentes assistentes sociais do hospital, alternando os profissionais de acordo com as demandas e dividindo-os por unidades de internação, conforme organização da coordenação do Serviço Social. Entretanto, a partir da compreensão de que o perfil majoritário dos pacientes internados na Infectologia se enquadrava às demandas do Serviço Social como profissão, sugeriu-se a inserção desse profissional para agregar junto à equipe, evidenciando a importância da profissão na área da saúde, especialmente em se tratando de uma equipe multiprofissional.

¹ De acordo com o Relatório de Gestão do Exercício de 2015, 89,2% das internações foram realizadas pelo SUS.

O Serviço de Infectologia atua na assistência a pacientes com doenças infecciosas agudas e crônicas em nível hospitalar e ambulatorial, abrangendo diversas áreas da especialidade, como HIV/Aids, tuberculose, infecções hospitalares, infecções em pacientes transplantados e imunossuprimidos, infecções fúngicas e doenças tropicais. Todavia, a quase totalidade dos pacientes atendidos pela acadêmica de Serviço Social na internação eram pessoas com HIV/Aids – durante todo o processo de estágio curricular, registrou-se somente um caso em que o paciente não possuía o vírus. Além disso, a maioria dos pacientes atendidos pela acadêmica também possuía tuberculose, a qual, aliás, “é uma das coinfeções que mais afeta pessoas com HIV/Aids, representando uma das principais causas de óbito”. (BRASIL, 2008).

Do ponto de vista clínico, atualmente, pessoas com HIV/Aids podem levar uma vida consideravelmente normal, desde que observados os cuidados inerentes à doença, aderindo ao tratamento disposto: à terapia antirretroviral. Na literatura, entretanto, evidencia-se, que “a má adesão é uma das principais causas de falha terapêutica” (BRASIL, 2013, p. 53), o que, por sua vez, acaba resultando na internação hospitalar desses sujeitos. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), “adesão é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo.” (BRASIL, 2008, p. 14),

Conforme observado durante a experiência de estágio curricular da acadêmica, muitos dos pacientes atendidos reinternavam no hospital e, na maioria dos casos, o principal motivo era denominado pelos profissionais da saúde como dificuldades de “adesão ao tratamento”. Em vista disso, uma das questões que se propõe com este estudo é investigar qual a razão por detrás da dificuldade de se manter em tratamento. Afinal, o que levaria uma pessoa infectada pelo vírus HIV a não se tratar? Seria por vontade própria, dificuldades na compreensão da doença, ou então seriam outros os fatores que influenciariam nessa situação? É com base nesses questionamentos que o Serviço Social busca desvelar quais os desdobramentos possíveis no processo saúde-doença desses sujeitos, para, assim, intervir nas diferentes expressões da questão social enunciadas dentro dessa realidade de vida.

No processo de estágio curricular, a acadêmica teve, ainda, a oportunidade de elaborar e implementar um projeto de intervenção, cuja proposta direcionou-se ao acompanhamento social pós-alta hospitalar de pacientes com HIV/Aids – acompanhamento este, até então, inexistente na Infectologia da instituição. O objetivo desse projeto foi de possibilitar a continuidade do trabalho realizado durante a internação a fim de contribuir para o

fortalecimento da adesão ao tratamento dos pacientes, evitando-se uma reinternação hospitalar.

Especificar e mensurar detalhadamente o trabalho do assistente social não é tarefa fácil, pois, ao trabalhar com pessoas, além das condições objetivas da vida de cada sujeito, o profissional lida com muitos aspectos da subjetividade humana. Outrossim, nem sempre é possível identificar os resultados da ação profissional em razão da própria natureza do trabalho e das determinações sociais que o permeiam. Durante a experiência de estágio da acadêmica, essas inquietações se tornaram cada vez mais presentes em seu cotidiano – especialmente, considerando a dinamicidade do trabalho realizado no âmbito hospitalar –, tendo sido indispensáveis para a fundamentação da proposta deste estudo.

Em se tratando de uma doença crônica tão complexa como a Aids, ainda existem inúmeras dúvidas no que concerne ao acompanhamento dos profissionais de saúde junto a esta população usuária, e, para o Serviço Social, reconhecido como profissão da área da saúde, isso não seria diferente. Através de uma revisão bibliográfica inicial, observou-se que, apesar de dispormos de uma grande quantidade de material publicado sobre a temática HIV/Aids dentro da literatura científica, a produção teórica do Serviço Social nessa área ainda é muito ínfima. Em vista disso, este Trabalho de Conclusão de Curso propõe-se a ampliar a discussão sobre o tema, dando-lhe maior visibilidade, além de problematizar o conhecimento existente para subsidiar o profissional inserido nessa área.

A partir do problema de pesquisa formulado no projeto do Trabalho de Conclusão de Curso – “qual a contribuição do trabalho do assistente social com pessoas que vivem com HIV/Aids no âmbito da alta complexidade em saúde?” –, este estudo propõe-se a identificar e refletir sobre os desafios da profissão nessa área de atuação, tendo como questões norteadoras: (i) “quais as principais necessidades sociais em saúde de pessoas que vivem com HIV/Aids?”; (ii) “como se dá a instrumentalidade do trabalho do assistente social, a partir dos referenciais teórico-metodológicos que norteiam o seu exercício profissional?”; e, por fim, (iii) “quais as possibilidades e os desafios da intervenção do assistente social na área da saúde e, mais especificamente, na abordagem com pessoas que vivem com HIV/Aids?”. Buscar-se-á, portanto, verificar de que forma vem se desenvolvendo o trabalho do assistente social com PVHA no âmbito da alta complexidade em saúde, a fim de analisar como o Serviço Social pode incidir nesse contexto, buscando identificar, sobretudo, qual a sua contribuição enquanto profissão, observando seus próprios limites e perspectivas.

Com relação à estrutura do trabalho, inicialmente, será realizada uma contextualização acerca da Política de Saúde no Brasil, buscando introduzir alguns apontamentos teóricos relevantes para a compreensão do cenário vigente no país, no âmbito das políticas públicas. Em seguida, será introduzida a história do surgimento do HIV/Aids no país, bem como uma análise da Política Nacional de DST/Aids e de sua materialização através do Programa Nacional de DST/Aids (PN DST/Aids). Posteriormente, será introduzida a profissão do Serviço Social, desde a sua origem até a consolidação do Projeto Ético Político (PEP) vigente, juntamente com a sua inserção no âmbito da saúde e a relação com as dimensões constitutivas do exercício profissional do assistente social – ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa –, fundamentais para uma intervenção profissional crítica e consistente. Na sequência, encontram-se os itens voltados à temática principal deste estudo, trazendo as problematizações acerca do trabalho do Serviço Social na área da saúde e, mais especificamente, com PVHA, buscando identificar quais as possibilidades e os desafios da profissão no que compete às atribuições profissionais no âmbito da saúde. Por último, a partir da proposta do projeto de intervenção, tendo como referência o trabalho realizado pela acadêmica em seu campo de estágio curricular obrigatório, com enfoque no acompanhamento social pós-alta hospitalar, será realizada uma análise acerca da continuidade do cuidado em saúde – uma reflexão crítica sobre a importância da integralidade da assistência sob a perspectiva do conceito ampliado de saúde e do projeto profissional do Serviço Social –, resgatando suas vivências dentro desse espaço sócio-ocupacional a partir de suas considerações pessoais, visando a enriquecer a construção do processo investigativo.

2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A POLÍTICA NACIONAL DE DST/AIDS

Em se tratando de Proteção Social, a Seguridade Social, composta pelo tripé Saúde, Assistência e Previdência Social, representa um dos maiores avanços da Constituição Federal Brasileira de 1988. Não obstante, a área da saúde foi uma das que mais avançou, com a criação do SUS.

Antes da Constituição Federal de 1988, o acesso à saúde era limitado aos trabalhadores com carteira assinada, como funcionários públicos ou militares, isto é, era de caráter contributivo, e restringia-se exclusivamente à questão biológica. (PAIM et al., 2011). Logo, ela representa uma mudança de paradigma nos direitos sociais da população brasileira, tratando-se de um marco histórico em relação à cidadania. Conforme disposto em seu artigo 196,

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

A implantação do SUS se deu de forma gradual e lenta. Sua aprovação propriamente dita se deu dois anos após a implementação da Constituição Federal de 1988, através da regulamentação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 –, que prevê o acesso gratuito, igualitário e a cobertura universal à saúde dentro do âmbito territorial federal.

De acordo com o artigo 5º da LOS, são objetivos do SUS: *(i)* a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; *(ii)* a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação; e *(iii)* a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. (BRASIL, 1990a). Além disso, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 – descentralização, atendimento integral e participação da comunidade –, obedecendo aos seguintes princípios: universalidade, equidade e integralidade.

Segundo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os determinantes sociais de saúde (DSS) englobam “os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. Por outro lado, a comissão da Organização Mundial da Saúde (OMS) utiliza uma definição mais objetiva, na qual os determinantes sociais de saúde são “as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham”. (BUSS & FILHO, 2007, p. 78). Esta concepção, baseada no conceito ampliado de saúde, também está prevista no âmbito nacional, estando disposta no artigo 3º da LOS:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013). (BRASIL, 1990a).

Além da Lei nº 8.080/1990, no mesmo ano, outra lei de fundamental importância foi regulamentada: Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Esta lei, além de dispor sobre os recursos financeiros na área da saúde, prevê a participação da comunidade na gestão do SUS, através da criação dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde como instâncias colegiadas. A Lei nº 8.142/1990 estabelece, ainda, que a representação dos usuários dentro dos Conselhos e Conferências de Saúde seja paritária em relação aos demais segmentos, o que evidenciou um grande avanço na democracia brasileira. (BRASIL, 1990b).

É importante ressaltar que o processo de gestão das políticas sociais no Brasil não se deu de forma natural, mas é resultante das lutas sociais decorrentes do processo de distensão ditatorial e de redemocratização da sociedade brasileira na década de 1980, período no qual ocorreram grandes transformações no cenário político, econômico, social e cultural do país. Neste contexto, Vasconcelos (2012, p. 78) refere que:

No final da década de 1970, ganha destaque, na relação Estado-Sociedade, o movimento pela democratização da saúde, que, envolvendo intelectuais/profissionais de saúde, movimentos sociais e estudantes, criou condições para a construção do projeto da Reforma Sanitária brasileira. Este movimento teve como princípio uma crítica à concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho em saúde.

O Projeto de Reforma Sanitária no Brasil, o qual tem por premissa defender a universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais, baseando-se na

concepção ampliada de saúde, foi iniciado ainda na década de 1970. No entanto, ele adquiriu forças somente após a aprovação da Constituição Federal de 1988, onde culminou, posteriormente, com a implementação do SUS, uma de suas principais estratégias.

É importante lembrar que um dos principais marcos históricos referentes à questão da saúde no Brasil foi a realização da “8ª Conferência Nacional de Saúde”, que ocorreu em março de 1986, na cidade de Brasília - DF. Na realização dos debates, participaram cerca de quatro mil e quinhentas pessoas, dentre as quais, diversas entidades representativas da população como, por exemplo: moradores, sindicatos, profissionais da saúde, intelectuais, etc. A ampliação dos debates fortaleceu ainda mais o processo pela reforma sanitária, pois agregou diferentes camadas da população, referindo-se à sociedade como um todo. (BRAVO, 2009).

De acordo com Paim et al. (2011, p. 18), “a concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público.” Esta concepção caracteriza o processo saúde-doença como um processo social, não mais limitado apenas às condições clínicas, pois engloba a todas as demais determinações, abrangendo as inúmeras relações existentes entre o sujeito e o meio no qual ele vive, além de suas relações com os demais indivíduos. Sendo assim, compreende-se que todas as questões que envolvem a qualidade de vida dos indivíduos refletem direta ou indiretamente em suas condições de saúde.

Contudo, sabe-se que esse projeto de reforma sanitária, baseado na concepção ampliada de saúde, permanece em constante disputa com o processo de privatização e mercantilização da saúde. Desde a década de 1990, aliás, vem sendo reforçada a ideia do seguro privado de saúde, deixando o SUS restrito apenas à população em situação de pobreza, o que estimula ainda mais a visão negativa e preconceituosa posta em relação aos serviços públicos de saúde. (CFESS, 2010). Sendo assim, apesar dos significativos avanços conquistados legalmente e até mesmo após vinte e seis anos de existência do SUS, sua premissa básica, que afirma ser a saúde um direito universal, está longe de ser concretizada:

A política pública de saúde tem encontrado notórias dificuldades para sua efetivação, como a desigualdade de acesso da população aos serviços de saúde, o desafio de construção de práticas baseadas na integralidade, os dilemas para alcançar a equidade no financiamento do setor, os avanços e recuos nas experiências de controle social, a falta de articulação entre os movimentos sociais, entre outras. Todas essas questões são exemplos de que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios fundamentais na agenda contemporânea da política de saúde. (CFESS, 2010, p. 21).

Ademais, de acordo com Bravo (2009), além desses aspectos, ocorre que a prioridade do SUS ainda se dá em função da assistência médico-hospitalar, em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. Isto é, ao invés de focalizar em ações de prevenção na atenção primária, investe-se muito mais na atenção terciária (alta complexidade), a qual abrange os procedimentos de elevada especialização. Considera-se, portanto, que, além de se gastar muito pouco em saúde no Brasil, gasta-se mal, pois, na verdade, a grande maioria das necessidades de saúde da população poderia ser resolvida na atenção primária, evitando-se que se chegasse às demais instâncias.

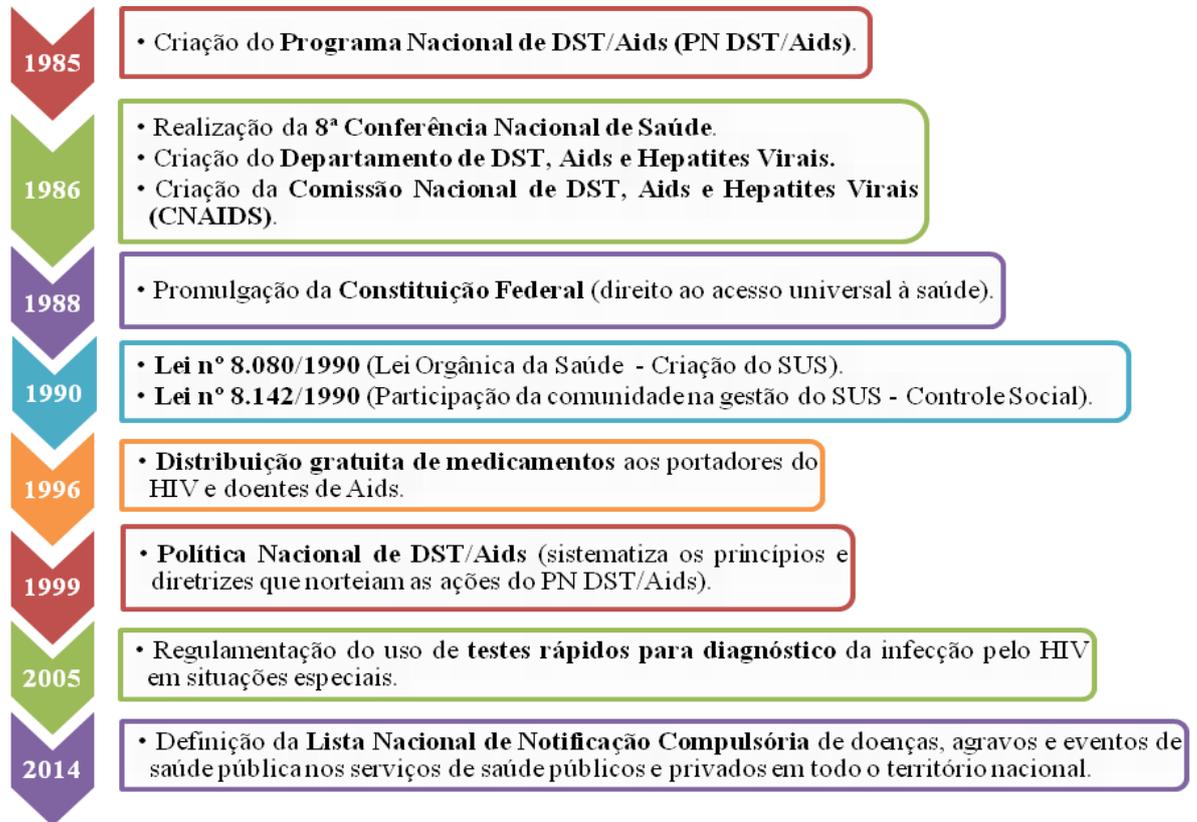
Em suma, apesar dos expressivos avanços desde a implantação do SUS, sabe-se que são inúmeros os desafios existentes para a sua efetiva concretização. Afinal, trata-se de um sistema de saúde ainda em construção, o qual permanece em disputa com o anterior modelo hospitalocêntrico, vertical. O novo modelo, descentralizado, universal, baseado em uma perspectiva de integralidade – a qual “está calcada em dois pilares básicos: a interdisciplinaridade e a intersetorialidade” (MIOTO & NOGUEIRA, 2009, p. 278) –, ainda não está dado em sua totalidade.

2.1 Programa Nacional de DST/Aids e sua materialização

Fundamentado na perspectiva do conceito ampliado de saúde, surge o reconhecimento das DST/Aids como uma nova dimensão da saúde pública, estabelecendo-se políticas públicas a fim de integrar esforços para o enfrentamento da epidemia no Brasil e no mundo. Compreende-se, afinal, que a Aids não se trata apenas de uma doença física, pois ela abrange os mais variados aspectos da vida humana. Segundo Kern (2003, p. 51), “a complexidade que envolve a temática das teias e redes no contexto da Aids, e de suas representações, envolve uma infinidade de aspectos que, ao mesmo tempo em que compreendem, extrapolam os aspectos bio-psico-sociais e de adequação social.”

Para o desenvolvimento deste estudo, foi importante aprofundar o conhecimento acerca das políticas existentes no âmbito do HIV/Aids, sua origem e desdobramentos. Afinal, é essencial compreender como estão estabelecidos os serviços e ações voltados a essa população e quais os avanços e desafios no enfrentamento da epidemia. A Figura 1 busca ilustrar alguns marcos importantes relacionados à Política Nacional de DST/Aids e ao desenvolvimento do SUS no Brasil.

Figura 1 - Linha do Tempo - Marcos importantes para o desenvolvimento do SUS e da Política Nacional de DST/Aids



Fonte: organizado pela autora. (ZUCCHETTI, 2016b).

Analisar a totalidade sócio-histórica do processo de conformação de uma política pública e/ou de um programa específico exige planejamento e metodologia. Sob esta perspectiva, Boschetti (2009) refere que o assistente social necessita realizar uma análise crítica da política existente, preocupando-se mais com os aspectos qualitativos, voltados ao efetivo enfrentamento das desigualdades sociais vigentes, do que com aspectos quantitativos, de medição de eficácia e eficiência, utilizados pela ótica gerencialista. Em seu estudo, acerca da avaliação de políticas, programas e projetos sociais, a autora sugere um plano de análise a partir de alguns indicadores específicos, citando alguns aspectos fundamentais para a realização de uma análise positiva: *(i)* analisar a política em sua totalidade; *(ii)* considerar o caráter contraditório entre as disposições legais e a sua operacionalização; e *(iii)* compreender sua multideterminação, articulando as esferas política, econômica e social.

Para contextualizar, a Aids surge no mundo na década de 1980, mais especificamente, em 1982, quando a síndrome foi, então, classificada. Os primeiros casos reconhecidos ocorreram nos Estados Unidos, no Haiti e na África Central. Quanto ao Brasil, o primeiro caso ocorreu em São Paulo, também no ano de 1982. Nesse período, a doença era diretamente

associada aos chamados “grupos de risco”, representados por homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, etc. (BRASIL, 2016a).

Inicialmente, é importante compreender que HIV e Aids não possuem a mesma definição. HIV é a sigla em inglês do vírus da imunodeficiência adquirida, ou seja, *Human Immunodeficiency Virus*, que ataca o sistema imunológico do indivíduo, causando a Aids. Esta última sigla, por outro lado, refere-se a quando o processo da doença já se encontra em estágio avançado, tornando o indivíduo vulnerável a diversas doenças, pois o vírus ataca os linfócitos, células responsáveis pela defesa do organismo. Sendo assim, mesmo sendo portador do HIV, não significa que o indivíduo tenha Aids, pois ele pode ser soropositivo, mas não apresentar qualquer sintoma da doença. Entretanto, é importante ressaltar que, apesar de não desenvolver a doença, pode-se transmitir o vírus da mesma forma, através de relações sexuais desprotegidas, compartilhamento de seringas contaminadas ou por transmissão vertical, que é quando a mãe transmite o vírus ao filho durante o período de gestação, no parto ou através do aleitamento materno. Por isso, é importante se proteger sempre, em qualquer situação. (BRASIL, 2016a).

No Brasil, após três anos de seu surgimento, em 1985, através da Portaria nº 236, de 2 de maio de 1985 (BRASIL, 1985), criou-se o primeiro programa federal de controle à doença: Programa Nacional de DST/Aids (PN DST/Aids). Entretanto, foi somente no ano de 1999 que surgiu uma política nacional para sistematizar os princípios e diretrizes que norteariam as ações do Programa. Trata-se da Política Nacional de DST/Aids (BRASIL, 1999), a qual segue os princípios dispostos na legislação do SUS.

Em 1986, criou-se o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, vinculado à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), do Ministério da Saúde (MS), dedicado à redução da transmissão de HIV/Aids e hepatites virais. Nesse mesmo ano, também foi criada a Comissão Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais (CNAIDS), a qual realiza assessoramento técnico e científico ao MS, coordenando a produção de documentos voltados ao controle da doença. Desde a sua criação, as organizações da sociedade civil têm sua representatividade garantida, colaborando com as discussões e atividades relacionadas à Comissão. A partir de 1994, assegurou-se a participação de cinco representantes de Organizações Não-Governamentais (ONGs) em sua composição, os quais são indicados pela sociedade civil mediante processo eletivo realizado a cada dois anos, durante os Encontros Nacionais de ONGs/Aids. (BRASIL, 2016a).

Ressalta-se a importância das ONGs, bem como dos movimentos sociais, no contexto de luta contra a epidemia de Aids no Brasil e no combate à discriminação contra as pessoas portadoras do vírus. Em parceria com o Estado, a participação da sociedade civil fortaleceu o caráter inclusivo das políticas voltadas a essa população, considerando a amplitude de demandas contidas nesse cenário, o que denota a relevância da participação política de cada cidadão no engajamento pela democratização dos serviços de saúde. (BRASIL, 2015b).

O PN DST/Aids é considerado pioneiro no enfrentamento da epidemia de Aids, servindo de exemplo a muitos países no mundo. Ele abrange não somente atividades de prevenção e assistência, mas atua, também, na promoção de direitos humanos, com destaque para o controle social, que promove a participação ativa da população usuária. Em 2001, inclusive, a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (Unesco) premiou o Brasil na categoria “Direitos Humanos e Cultura de Paz”, em reconhecimento pelas atividades desenvolvidas pelo Programa. (BRASIL, 2016a).

Em referência aos primeiros medicamentos contra a progressão da doença, estes teriam surgido em 1987, com o Zidovudina (AZT), o qual começou a ser produzido e distribuído pelo SUS em 1991, porém, ainda sem caráter universal – este medicamento mostrou-se eficaz na prevenção da transmissão vertical. No ano seguinte, o Banco Mundial previu que 1,2 milhão de brasileiros seriam portadores do vírus no ano de 2000. Atualmente, de acordo com estudos do MS, estima-se que 600 mil pessoas possuem HIV no país. (BRASIL, 2016a).

Foi somente em 1996, com a aprovação da Lei Federal nº 9.313, de 13 de novembro de 1996 (BRASIL, 1996), que os medicamentos antirretrovirais – também chamados “coquetéis anti-Aids” –, os quais impedem a multiplicação do vírus no organismo, aumentando a sobrevivência dos soropositivos, passaram a ser garantidos para todos através do SUS. Desde a publicação desta lei, os coquetéis são distribuídos gratuitamente a todos os que necessitam de tratamento. Aliás, em 1997, os antirretrovirais passaram a ser produzidos nacionalmente, contribuindo para a redução dos preços dos medicamentos importados – no ano de 2002, essa redução teria chegado a aproximadamente 83%. (BRASIL, 2016a).

Com relação ao acesso universal dos antirretrovirais, o Ministério da Saúde brasileiro defendeu, durante a Conferência Mundial de Aids de 1998, em Genebra, a proposta de que o acesso universal é um direito humano, demonstrando os resultados positivos obtidos com a política no país. No ano seguinte, em 1999, o Brasil introduziu os testes de genotipagem, os quais são utilizados na identificação de resistência aos medicamentos anti-Aids. Com o

surgimento de casos de pessoas com resistência aos medicamentos, o MS passou a investir em novos medicamentos, os quais, todavia, são patenteados e de alto custo, o que levou o Estado a aumentar suas despesas. No ano de 2000, o PN DST/Aids impulsionou um debate mundial sobre a defesa da produção de genéricos para a Aids, ao denunciar os preços abusivos praticados pela indústria farmacêutica com relação aos antirretrovirais, na cidade de Durban, na África do Sul. Não obstante, esse debate persiste até hoje e o Brasil tem enfrentado inúmeras dificuldades – de dezessete medicamentos atualmente distribuídos pelo SUS, apenas oito seriam produzidos no Brasil. (BRASIL, 2016a).

Em 2005, o MS, através da Portaria nº 34, de 28 de julho de 2005 (BRASIL, 2005b), regulamentou a realização de testes rápidos para diagnóstico de infecção pelo HIV em serviços de saúde e maternidades – para as mães que fazem tratamento durante a gestação, a chance de transmissão para o bebê é mínima. Também é possível realizar o exame de carga viral, que conta a quantidade de vírus presente em certa quantidade de sangue. Neste caso, se a carga viral for muito alta, é mais provável que os sintomas apareçam e causem problemas.

Em 2014, com a publicação da Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014 (BRASIL, 2014), tornou-se obrigatória a notificação de todos os casos identificados como infecção por HIV, a partir da confirmação do diagnóstico pelos profissionais de saúde dos serviços públicos e privados. A referida Portaria define a infecção por HIV na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública, e determina que os profissionais de saúde notifiquem também os casos de Aids em adultos e crianças, mesmo que estes tenham sido comunicados anteriormente como infecção por HIV, observando-se os critérios de sigilo definidos na Lei de Acesso à Informação. A notificação é realizada mediante o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), o qual, além de notificar casos de Aids, hepatites virais e outras doenças sexualmente transmissíveis, também serve para o controle do registro e do processamento desses dados dentro de todo o território nacional, contribuindo para a análise do perfil de morbidade. (BRASIL, 2016d).

Não obstante, apesar dos referidos avanços, ainda existe a negação do diagnóstico. Há muitos casos, aliás, em que os usuários/pacientes descobrem possuir o vírus apenas na adolescência, pois seus familiares preferiram não revelar seu diagnóstico enquanto eles ainda estavam na infância. Todavia, é normalmente nessa fase que se iniciam as primeiras descobertas sexuais e, por se tratar de um período marcado por vulnerabilidades e conflitos, sejam estes de caráter físico, psicológico e/ou social, torna-se indispensável garantir o acesso à informação acerca dos riscos de contaminação, promovendo ações de educação em saúde

para a devida orientação dos jovens. Aliás, é fundamental desmistificar o HIV, intensificando esforços na divulgação de informações acerca da doença, garantindo a efetiva compreensão de toda a população, e incentivando a realização do exame.

Neste contexto, adentrando o âmbito dos serviços de saúde disponíveis no país, Guedes & Stephen-Souza (2009) citam as ações das campanhas educativas veiculadas nos meios de comunicação em massa e a estrutura da rede de atenção em saúde, a qual, a partir do PN DST/Aids, perpassa todos os níveis de atenção, desde a rede básica, através das unidades intermediárias de Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE) e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) – que são serviços de saúde onde se realizam ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis –, até a alta complexidade, através dos hospitais de referência. Além disso, as autoras abordam a questão do cuidado integral em saúde, através da promoção, proteção/prevenção, diagnóstico e assistência, trazendo o conceito de Educação em Saúde, o qual reforça o conceito ampliado de saúde abrangendo aspectos comunitários, ambientais e sociais. O SUS, aliás, traz como um de seus princípios básicos a integralidade da assistência, conforme disposto no artigo 7º da LOS: “integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.” (BRASIL, 1990a).

Ao considerar a integralidade dos serviços de saúde, promove-se a melhoria dos espaços, qualificando-se os atendimentos oferecidos aos usuários. A importância da integralidade do cuidado é visível no exercício profissional, onde se interage diretamente com os usuários, e a Educação em Saúde é uma ferramenta eficaz no enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, pois possibilita a ampliação da consciência crítica dos indivíduos, buscando, através de processos educativos, problematizar junto a eles os diferentes aspectos da doença e fortalecer sua participação política enquanto sujeitos de direitos.

Em referência aos avanços das políticas públicas brasileiras referentes ao HIV/Aids, Guedes & Stephen-Souza (2009) apresentam brevemente sua trajetória, demonstrando de que forma o país transformou sua concepção de saúde no decorrer dos anos, ao abandonar práticas de cunho mecanicista/comportamental e passando a evidenciar uma postura de promoção de saúde. Após os anos 2000, por exemplo, ocorreram avanços significativos, como a quebra de patente de medicamentos antirretrovirais e a introdução de novas drogas no coquetel.

Com relação ao processo histórico da doença, Kern (2003) cita a participação efetiva de pessoas com HIV/Aids nos movimentos sociais, os quais teriam contribuído para a alteração da própria imagem da doença dentro da sociedade:

[...] Essa concepção pauta-se num entendimento do movimento político e da representação social da doença, enquanto um elemento fundante de questionamento das relações sociais. Movimento político este que marca a era da Aids como um período de reconfiguração das relações sociais, bem como a intensa participação e adesão de pessoas soropositivas a movimentos sociais que lutam por um acesso a direitos e pela igualdade social. (KERN, 2003, p. 51).

Maciel (2009), por exemplo, faz menção à luta contra a discriminação e o preconceito de pessoas vivendo com HIV/Aids no país e à defesa de seus direitos, trazendo o surgimento dos CTAs como fruto dessa militância:

Com o passar dos anos, ganha aceitação a luta contra a discriminação e o preconceito e a defesa dos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Fruto desta luta, a idéia de garantir a testagem para a soropositividade com respeito à privacidade dos indivíduos é traduzida na criação dos primeiros centros de testagem e aconselhamento no Brasil, em fins de 1988. (MACIEL, 2009, p. 16).

Percebe-se, assim, a importância do fortalecimento político dos usuários na luta pela garantia de seus direitos, a partir de uma concepção abrangente de saúde, que considere a complexidade da doença em sua totalidade com cada indivíduo. Ressalta-se, a partir do exposto, para a importância da articulação dos profissionais de saúde junto à comunidade, a fim de reforçar a participação política da população, fortalecendo a defesa do projeto de reforma sanitária, em direção à ampliação da democracia para todas as dimensões sociais.

Monteiro (2004), por outro lado, efetua uma crítica, referindo-se à falta de eficácia das políticas públicas existentes. Segundo ela, apesar de todos os avanços na criação de políticas públicas e programas referentes à questão da Aids no país, nem todas as pessoas têm acesso a elas, considerando a complexidade que envolve a doença:

A eficácia de políticas que ofereçam qualidade de vida para quem tem AIDS e que possibilitam a prevenção dependem de políticas sociais que permitam um cotidiano com comida, trabalho, dignidade, condições para que se trabalhe auto-estima, sexualidade, desigualdades de gênero, estigma, entre outros temas que estão relacionados com os princípios fundantes dos direitos humanos, que diminua as vulnerabilidades, e promovam práticas sociais coletivas de pessoas com direitos usufruindo sua cidadania. (MONTEIRO, 2004, p. 16).

Neste contexto, a eficácia das políticas existentes deve, também, estar associada à qualidade de vida da população, devendo-se trabalhar não somente com a questão da doença e sua prevenção, mas também com o conceito de promoção de saúde, através de práticas educativas que envolvam os sujeitos em sua totalidade. 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, entretanto, ela pode afetar a cada sujeito de forma diferente, dependendo do contexto em que este está inserido. Por conseguinte, devem ser consideradas todas as dimensões da vida humana (social, emocional, econômica, cultural, etc.), pois a doença em si impacta toda a estrutura do sujeito e não somente os aspectos físicos e biológicos.

Ademais, apesar de se saber que, diante da adesão ao tratamento disposto, pessoas com HIV/Aids podem levar uma vida consideravelmente normal, mesmo que o sujeito possa acessar o tratamento, existem, ainda, outros fatores que devem ser considerados, denotando a complexidade desse processo. Sobre este assunto, Monteiro (2004) aponta para uma reflexão:

[...] o Brasil disponibiliza hoje o tratamento e os exames de diagnósticos para controlar os efeitos da AIDS, mas, apesar desse enorme avanço, nem todas as pessoas têm acesso ou podem usufruir; apesar de adquirirem o medicamento, o seu uso e efeito é diferente para cada organismo. (MONTEIRO, 2004, p. 16).

Destarte, mesmo que o sujeito acesse o tratamento (o que, aliás, nem sempre ocorre), deve-se compreender que seu efeito no organismo varia a cada pessoa. Na verdade, cada organismo responde de maneira diferente à composição química dos medicamentos, e isso pode acabar interferindo no processo de adesão ao tratamento. São comuns alguns efeitos colaterais, tais como náusea, diarreia ou cefaleia, porém, também podem ocorrer sintomas mais graves, como a anemia, por exemplo. Por isso, segundo Henrich (2008, p. 30), “[...] a informação aos pacientes tanto quanto ao tratamento, como ao diagnóstico precoce dos sintomas dos anti-retrovirais, deve ser constante: antes e durante o tratamento, incentivando a comunicação e o diálogo entre profissional e paciente.”

Ademais, conforme referido anteriormente, no início de seu surgimento, a Aids era diretamente associada aos grupos de risco, representados por homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, etc. Esse perfil foi se alterando ao longo dos anos, abrangendo uma significativa diversidade sociocultural – o que se constatou, inclusive, no campo de estágio curricular da acadêmica. Guedes & Stephen-Souza (2009), ao abordar a

mudança no perfil de acometimento da doença, referem o aumento no número de casos entre mulheres, jovens e idosos, além do fato de ter-se evidenciado a ocorrência em pessoas que residem no interior (contradizendo a prevalência da doença nas metrópoles) e em pessoas que pertencem às classes mais baixas, quando, no início, acometia-se as classes média-altas.

Não obstante, ao discorrer sobre a evolução do conceito de HIV/Aids no decorrer do tempo, desde a sua descoberta até a atualidade, mesmo considerando que sua concepção já não é mais a mesma, devem ser consideradas as discussões acerca do estigma e do preconceito, os quais persistem e seguem afetando as relações das pessoas que vivem com o vírus, prejudicando sua adesão ao tratamento. Independentemente dos avanços ocorridos nesse cenário, que se verificam, também, através da criação de políticas públicas voltadas a essa população, sabe-se que, atualmente, ainda existe muito preconceito, o que diferencia o HIV/Aids das demais epidemias, pois interfere não somente na dimensão biológica desses sujeitos, mas também nas dimensões psicológica e social.

Santos, R. M. (2005), ao abordar a questão do processo de inclusão e exclusão social de pessoas com HIV/Aids, afirma que, por ter sido estigmatizada de “peste gay” desde a sua origem, devido ao exacerbado preconceito e discriminação, a doença desencadeia uma série de restrições nas relações sociais dos soropositivos, reforçando o processo de exclusão. Segundo ela, esse processo acaba interferindo nas dimensões social, econômica, política e cultural dos indivíduos, sendo ainda mais agravado quando estes se encontram sob condições de pobreza. A autora refere que o HIV/Aids potencializa os problemas sociais vivenciados pelos indivíduos que convivem com a doença em face de sua exclusão social, considerando, ainda, fatores como baixa escolaridade, baixa renda e exclusão do mercado de trabalho, os quais evidenciam a precarização de suas condições de vida.

Compreende-se, portanto, que, para alcançar todos os referidos aspectos, é fundamental a articulação do PN DST/Aids com as demais políticas sociais, apontando-se para uma dimensão de totalidade e intersetorialidade. Afinal, muito além do tratamento clínico, devem-se oferecer condições dignas de vida às pessoas que vivem com HIV/Aids, constituindo-se uma ação conjunta, onde todas as esferas do indivíduo sejam consideradas a fim de oferecer-lhes a melhor qualidade de vida possível.

2.1.1 Especificidades do PN DST/Aids: configuração e abrangência dos direitos e benefícios

A cobertura do PN DST/Aids é universal, abrangendo toda a população usuária do SUS dentro do âmbito territorial federal, a partir do diagnóstico de infecção por HIV ou Aids.

O diagnóstico e o tratamento precoce, aliás, são os principais componentes dos programas de controle de DST.

O PN DST/Aids se expressa, portanto, nas três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. A Política Nacional de DST/Aids destaca a importância da articulação e pactuação entre os gestores das três esferas de governo e ressalta, também, a contribuição da sociedade civil para a conformação dos avanços na implementação do SUS e nas ações programáticas em DST/Aids. A política abrange profissionais da saúde, educação e de outras áreas afins à epidemia, preconizando a articulação intersetorial entre as diferentes áreas do MS, no intuito de fortalecer a prevenção e a assistência no que se refere às DST/Aids. Conforme seu disposto, são estabelecidas ações conjuntas com as áreas de saúde da mulher, do adolescente, da criança, saúde mental, vigilância sanitária, saúde da família e de agentes comunitários de saúde, dentre outras. (BRASIL, 1999).

Com relação à natureza e tipo de direitos, o PN DST/Aids visa ao direito à prevenção e ao acesso universal ao diagnóstico, à assistência e ao tratamento de DST/Aids. O Programa tem por objetivos gerais: *(i)* fortalecer a efetividade e a eficiência, garantindo sua sustentabilidade a médio e longo prazos; *(ii)* reduzir a incidência de DST e HIV; e *(iii)* melhorar a qualidade de vida das pessoas que estão vivendo com HIV/Aids. Adentrando seus objetivos específicos, o Programa aborda: *(i)* a expansão da qualidade e do acesso às ações de atenção e prevenção; *(ii)* a redução da discriminação e do preconceito, visando ao fortalecimento dos direitos humanos relacionados à epidemia de HIV/Aids e outras DST; *(iii)* o aumento da efetividade das ações por meio do desenvolvimento e incorporação de tecnologias estratégicas; *(iv)* a descentralização do financiamento e da gestão entre os estados e municípios; e *(v)* a promoção de processos de gestão com base em desempenho e resultados. (BRASIL, 2005a).

De acordo com a Política Nacional de DST/Aids, para a definição das ações, considera-se tanto a população em geral como grupos de maior vulnerabilidade para as DST/HIV/Aids. Neste caso, para a definição da população-alvo, observam-se, também, características sociodemográficas, critérios de risco e de vulnerabilidade aos quais se está sujeito, bem como a existência de redes sociais e institucionais.

Os parâmetros adotados para a sua classificação, considerando-se os critérios de risco e de vulnerabilidade para as DST/Aids e o uso indevido de drogas, abrangem os seguintes aspectos: *(i)* população geral e *(ii)* população específica. No primeiro, compreende-se por população geral aquela de maior abrangência e cobertura, considerando sua maior

heterogeneidade populacional, como, por exemplo: crianças e adolescentes, população em situação de pobreza, mulheres, etc. Enquanto, no constante à população específica, consideram-se segmentos populacionais cujas práticas os colocariam sob maior situação de risco; são aqueles de maior homogeneidade, menor abrangência e cobertura, onde as redes sociais são mais limitadas, como, por exemplo: crianças e adolescentes em situação de rua, mulheres profissionais do sexo, populações em situação de pobreza em assentamentos rurais, etc. (BRASIL, 1999).

Segundo o artigo 4º da Portaria nº 236/1985 (BRASIL, 1985), a operacionalização das ações de prevenção referentes ao Programa seria determinada a partir de: casos confirmados, casos suspeitos, comunicantes (parceiros sexuais de casos confirmados), ou dos já citados “grupos de risco”. Percebe-se, mais uma vez, a mudança no perfil de acometimento da doença, considerando que a terminologia “grupos de risco” já foi superada, tendo sido substituída pelo termo “vulnerabilidade”, o qual abrange um olhar de integralidade, em detrimento de uma visão individualizante, determinista: “A vulnerabilidade não é só individual, embora atinja pessoas, mas, é de uma lógica em que está presente nas várias formas de relações econômicas, sociais, culturais e políticas da sociedade.” (EGRY et al., 2008, p. 31).

De acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), o Brasil teria sido um dos primeiros países, dentre os de menor renda, a fornecer tratamento gratuito para pessoas que vivem com Aids – conforme exposto anteriormente, em 1996, através do SUS. Como consequência da política brasileira de acesso universal, o país teria tido uma queda bastante elevada na taxa de mortalidade associada à Aids. (UNAIDS, 2016).

Criado em 1996, o UNAIDS é um programa das Nações Unidas que tem como objetivo criar soluções para o combate ao HIV/Aids. O Programa, que mantém sua representação no Brasil desde o ano de 2000, oferece suporte mobilizando nações ao redor do mundo em busca do acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados no que se refere ao HIV/Aids. Além de dispor de recursos do Secretariado do UNAIDS, o Programa também conta com o auxílio financeiro de 11 agências das Nações Unidas, suas copatrocinadoras: Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados - ACNUR, Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, Programa Mundial de Alimentos das Nações Unidas - PMA, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD, Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA, Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime - UNODC,

Organização das Nações Unidas - ONU Mulheres, Organização Internacional do Trabalho - OIT, UNESCO, OMS e Banco Mundial. (UNAIDS, 2016).

O UNAIDS refere que, atualmente, o Brasil possui uma das maiores coberturas de tratamento antirretroviral (TARV) dentre os países em desenvolvimento, onde, aproximadamente, metade das pessoas vivendo com HIV receberiam TARV, enquanto a média global seria de 41%. De acordo com o Programa, o Brasil oferece tratamento a todas as pessoas que vivem com HIV, independentemente de seu estado imunológico, isto é, considerando a contagem de CD4, a qual é utilizada para avaliar a progressão da doença. (UNAIDS, 2016). Esta premissa advém da publicação, em dezembro de 2013, do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, o qual sugere o início imediato do TARV, tendo em vista a importância do método não somente para a melhoria da qualidade de vida de PVHA, mas também para a redução do risco de transmissão por HIV. (BRASIL, 2013).

No Portal do Departamento de Informática do SUS - DATASUS (BRASIL, 2016b), sob a categoria “Informações de Saúde - Epidemiológicas e Morbidade”, encontra-se disponível o número de casos de Aids identificados no país desde 1980. A referida área está em manutenção temporária, tendo seus dados disponíveis somente até a data de 30/06/2014, no entanto, é possível verificar informações a partir de diversas categorias, como, por exemplo, ano, região, faixa etária, sexo, escolaridade, etc. No Quadro 1, estão identificados anualmente, de 2011 a 2014, os casos de Aids diagnosticados no país por Região e Estado. De acordo com o Quadro 1, a Região Sudeste possui o maior número de casos identificados nesse período, seguida pelas Regiões Sul, Nordeste, Norte e Centro-Oeste, respectivamente. A Região Sudeste seria responsável por 37,7% do total de 89.161 casos diagnosticados no país no período de 01/01/2011 a 30/06/2014, no entanto, deve-se considerar que esses dados necessitam sempre ser analisados de forma articulada aos dados da população absoluta de cada região.

Para obter informações mais detalhadas sobre HIV/Aids no Brasil, é necessário acessar os Boletins Epidemiológicos disponibilizados pelo MS através da SVS e do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Os Boletins Epidemiológicos - HIV/Aids apresentam informações e análises sobre casos de HIV/Aids no Brasil, através das notificações compulsórias que constam no SINAN, além do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (Siscel) e Sistema de

Controle Logístico de Medicamentos (Siclom). Tais documentos buscam ilustrar a evolução da epidemia de Aids no país com dados disponíveis desde 1980. (BRASIL, 2015a).

O Boletim Epidemiológico - Aids e DST de 2015 (BRASIL, 2015a) apontou para o fato de que, pela primeira vez em sete anos, a taxa de detecção dos casos de Aids por 100.000 habitantes teria caído para menos de 20 casos, passando a ser a menor taxa de detecção dos últimos doze anos. Verificou-se, ainda, uma queda importante na taxa de transmissão vertical de HIV, que foi de 33,3% nos últimos dez anos, o que denota o sucesso das ações desenvolvidas junto aos serviços de pré-natal, com a identificação e acompanhamento de mães portadoras de HIV.

Quadro 1 - Casos de Aids identificados no Brasil (2011-2014)

Região/UF Res.	2011	2012	2013	2014	Total
TOTAL	27.780	27.243	25.574	8.564	89.161
Região Norte	2.035	2.153	2.698	1.135	8.021
Rondônia	295	312	361	116	1.084
Acre	68	56	52	13	189
Amazonas	798	832	1.141	636	3.407
Roraima	99	80	109	32	320
Pará	521	606	748	262	2.137
Amapá	101	104	90	1	296
Tocantins	153	163	197	75	588
Região Nordeste	5.496	5.814	5.598	1.927	18.835
Maranhão	762	772	785	233	2.552
Piauí	264	363	380	180	1.187
Ceará	852	953	782	338	2.925
Rio Grande do Norte	278	289	324	126	1.017
Paraíba	296	338	297	134	1.065
Pernambuco	1.203	1.314	1.291	416	4.224
Alagoas	372	374	273	65	1.084
Sergipe	251	224	240	98	813
Bahia	1.218	1.187	1.226	337	3.968
Região Sudeste	11.388	10.435	9.136	2.689	33.648
Minas Gerais	2.036	1.929	1.688	507	6.160
Espírito Santo	521	566	427	116	1.630
Rio de Janeiro	2.737	2.355	2.043	487	7.622
São Paulo	6.094	5.585	4.978	1.579	18.236
Região Sul	6.868	6.633	5.997	2.092	21.590
Paraná	1.456	1.453	1.366	498	4.773
Santa Catarina	1.951	1.716	1.553	522	5.742
Rio Grande do Sul	3.461	3.464	3.078	1.072	11.075
Região Centro-Oeste	1.993	2.208	2.145	721	7.067
Mato Grosso do Sul	344	451	458	135	1.388
Mato Grosso	467	448	430	174	1.519
Goiás	650	788	727	275	2.440
Distrito Federal	532	521	530	137	1.720

Fonte: DATASUS (BRASIL, 2016b).

Outra fonte de informações é a Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), que também pertence ao MS e disponibiliza indicadores de saúde. De acordo com a SAGE, o número de óbitos por Aids no Brasil foi de 12.101 em 2011, 12.037 em 2012, 12.523 em 2013, e 12.527 em 2014, representando, portanto, um pequeno aumento – dados retirados do banco SIM e trabalhados pela área técnica em 28/07/2016. (BRASIL, 2016c).

Em que pese as taxas de mortalidade por Aids estarem equilibradas no âmbito nacional, alguns estados brasileiros revelaram um aumento. De acordo com o Boletim Epidemiológico - Aids e DST de 2015, nos últimos dez anos, observou-se uma queda importante no coeficiente de mortalidade: de 6,0 óbitos a cada 100 mil habitantes em 2005 para 5,7 em 2014 – o que representa uma queda de 5,0%. Entretanto, essa redução não se verifica em todas as regiões:

[...] apenas as regiões Sudeste e Sul apresentam tendências de queda, sendo que a região Sul teve redução de 10,6% e no Sudeste essa redução foi mais acentuada, de 19,7%. Nas regiões Norte e Nordeste, a tendência é de crescimento nos últimos dez anos; no Norte, o coeficiente aumentou 58,6%, passando-se de 4,6 óbitos para cada 100 mil habitantes em 2005 para 7,3 em 2014, e no Nordeste, aumentou 34,3%, passando-se de 3,2 para 4,3 óbitos para cada 100 mil habitantes. A região Centro-Oeste manteve o coeficiente de 4,5 em 2005 e em 2014. (BRASIL, 2015a).

Ainda de acordo com o referido Boletim (BRASIL 2015a), a epidemia brasileira estaria centrada, atualmente, em populações-chave, considerando o fato de estas corresponderem à maioria dos novos casos de HIV no país como, por exemplo: gays e homens que fazem sexo com homens, travestis e transexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo. Outrossim, estaria havendo um aumento da epidemia na população mais jovem, acometendo jovens entre 15 e 24 anos. Deste modo, o MS sugere que os dados levantados sejam analisados com maior atenção, do ponto de vista do direcionamento das ações de prevenção.

Acredita-se que as mudanças no perfil de acometimento da doença, especialmente no que diz respeito à população mais jovem, reflitam, possivelmente, a mudança na visão da doença, cuja complexidade talvez tenha adquirido menor relevância na percepção da população, tendo em vista os inúmeros avanços no campo da medicina e da indústria farmacêutica. Outrossim, a própria política, que passou a dedicar menor atenção às campanhas de combate à epidemia, pode ter incidido para a conformação do cenário atual. Ressalta-se, todavia, que tais afirmações não passam de reflexões abstratas da acadêmica, não representando, necessariamente, a concreticidade dos fatos.

Com relação à terapia antirretroviral, conforme referido anteriormente, a política brasileira é destaque no cenário internacional. O país é citado como exemplo de vanguarda e modelo a ser seguido, tendo instituído o tratamento para todos antes mesmo que a OMS o recomendasse. No Brasil, o número total de PVHA em tratamento tem crescido a cada ano: entre 2009 e 2014, observou-se um aumento de 53,2% no número de PVHA que iniciaram o tratamento. Além disso, quase dobrou o número de PVHA em TARV, passando de 231.146 em 2009 para 449.762 em 2015 (até 31 de outubro). (BRASIL, 2015a).

Conforme consta no Boletim Epidemiológico - Aids e DST de 2015, a cobertura de TARV entre a população diagnosticada é o segundo pilar monitorado nas “metas 90-90-90”. Tais metas referem-se ao conjunto de estratégias acordadas por países da América Latina e Caribe, com a participação da sociedade civil, para o monitoramento clínico de PVHA. São elas:

- Até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus;
- Até 2020, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticadas receberão terapia antirretroviral ininterruptamente;
- Até 2020, 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral. (UNAIDS, 2016).

As “metas 90-90-90”, conforme são chamadas, são ambiciosas, afinal, visam a pôr fim à epidemia de Aids; todavia, isso não seria impossível, dada a enorme quantidade de recursos que a sociedade dispõe atualmente. Trata-se, na verdade, de um trabalho conjunto, onde se busca promover a união e a responsabilização de diversos atores dentro do cenário global. Acredita-se que essa parceria seja fundamental para a concretização de tais metas, pois fortalece ainda mais as estratégias de intervenção no combate à epidemia.

2.1.2 Configuração do financiamento e gastos do PN DST/Aids

Os recursos financeiros do SUS são originários do Orçamento da Seguridade Social e administrados pelo MS através do Fundo Nacional de Saúde (FNS). (BRASIL, 1990a). Com relação ao PN DST/Aids, mais especificamente, além dos recursos próprios do governo federal, conta-se, também, com o aporte de recursos financeiros provenientes de empréstimo contraído com o Banco Mundial, liberados pela Coordenação Nacional de DST/Aids por meio de financiamento de Projetos por Contratos/Termos de Cooperação, com Organizações Governamentais (OGs) e ONGs, além de convênios firmados com estados e municípios,

através do FNS. São princípios da gestão financeira do Programa: descentralização, institucionalização, participação e controle social, e sustentabilidade. (BRASIL, 1999).

Considerando a origem de seus recursos – designados a diversos projetos existentes nessa área –, para um melhor controle e monitoramento de sua utilização, deu-se origem à Unidade de Monitoramento e Auditoria Preventiva (UMAP), cujo objetivo é realizar auditorias preventivas nas prestações de contas parciais e finais dos órgãos executores, a fim de verificar possíveis irregularidades na execução das normas e procedimentos e na utilização dos recursos. (BRASIL, 1999). No entanto, não foi encontrada nenhuma fonte com a referida denominação, a qual pudesse disponibilizar tais dados, isto é, referentes ao monitoramento de recursos. Ao mesmo tempo, não foram encontradas informações sobre o direcionamento dos recursos junto aos documentos disponibilizados tanto na página oficial do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, no que se refere à CNAIDS, como na página do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Encontram-se disponíveis diversos instrumentos informativos com assuntos relacionados à temática (relatórios, atas de reuniões, etc.), porém, não foram encontrados dados financeiros.

De acordo com o Relatório Anual de Gestão (RAG) 2015, no âmbito federal do SUS, referente ao Programa de Prevenção das DST/Aids, verificou-se que o gasto previsto no Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA) 2015 era de R\$ 178.500.000,00 – considerando o valor gasto no ano de 2014, de R\$ 178.437.979,00 –, enquanto o valor executado foi de R\$ 163.407.914,00. Com relação à aquisição e distribuição de medicamentos para DST/Aids, o previsto era de R\$ 980.000.000,00 – com base no ano de 2014, que foi de R\$ 863.694.200,00 – e foram gastos R\$ 860.038.195,00. (BRASIL, 2016e).

Os referidos dados confirmam que o gasto efetivamente realizado não corresponde àquele previsto no PLOA: considerando o gasto de R\$ 163.407.914,00, referente ao Programa, foram executados 91,55% do previsto; enquanto no caso dos R\$ 860.038.195,00, referentes à aquisição e distribuição de medicamentos, foram executados 87,76%. Além de os recursos estarem dispostos separadamente, tendo-se desmembrado os valores do Programa referentes apenas à aquisição e distribuição de medicamentos, nota-se, também, que o nome do Programa foi alterado no documento, tendo-lhe acrescido a palavra “prevenção”.

Em suma, com relação à magnitude e direção dos gastos referentes ao PN DST/Aids, após considerável pesquisa, conclui-se que as informações disponíveis são de difícil acesso e compreensão à população em geral, especialmente considerando a linguagem técnica utilizada nos documentos. Os dados disponibilizados na RAG, por exemplo, são representados somente

por meio de tabelas orçamentárias, não constando o direcionamento detalhado dos gastos, mas apenas o valor total destinado ao Programa e à área de medicamentos. Assimilar a complexidade do sistema de financiamento público pode exigir determinados conhecimentos, porém, a falta de informações específicas dificulta ainda mais a análise da direção dos recursos públicos, prejudicando, conseqüentemente, o efetivo exercício do controle social, que, por sinal, é um dos princípios organizativos do SUS, sobre o qual será discutido na seção a seguir.

2.1.3 O papel da gestão e do controle social democrático do SUS e os movimentos sociais vinculados ao PN DST/Aids

Conforme referido anteriormente na contextualização da Política de Saúde no Brasil, o exercício do controle social na saúde está previsto na Lei Federal nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990b), a qual, além de dispor sobre os recursos financeiros da área da saúde no país, também prevê a participação da comunidade na gestão do SUS, através dos Conselhos e das Conferências de Saúde. Os Conselhos de Saúde são os órgãos de controle do SUS, ou seja, exercem a função de fiscalizar a política de saúde, e possuem caráter permanente e deliberativo. As Conferências de Saúde, por outro lado, são realizadas a cada quatro anos – nos três níveis de governo: municipal, estadual e federal – e destinam-se a analisar a disposição do SUS a fim de realizar propostas para a formulação de políticas de saúde que aprimorem o seu desempenho.

Com relação às Conferências de Saúde, as diretrizes e propostas são discutidas, primeiramente, em pré-conferências, sendo, em seguida, votadas nas etapas municipais. Posteriormente, passa-se à esfera estadual, até se chegar, finalmente, à Conferência Nacional de Saúde. Nas pré-conferências, não são eleitos representantes, porém, para participar das etapas municipais, é necessário ter participado de pelo menos uma pré-conferência; afinal, é necessário se apropriar dos assuntos para se levantar e discutir as prioridades do SUS. O resultado da votação das propostas na etapa municipal é levado para a etapa estadual através dos delegados eleitos, enquanto, na etapa estadual, são eleitas as prioridades de cada estado, as quais serão levadas, posteriormente, à etapa nacional, onde serão deliberadas as propostas que deverão orientar as políticas nacionais de saúde. Os relatórios produzidos nas conferências contêm as diretrizes, propostas e moções que foram aprovadas durante a sua realização, auxiliando, portanto, na elaboração da direção da gestão do SUS.

Conforme disposto na Lei nº 8.142/1990, a representação dos usuários dentro dos Conselhos e Conferências de Saúde é paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos: 50% devem ser usuários, 25% trabalhadores da saúde e 25% gestores e prestadores de serviços. Entretanto, entre os referidos representantes, existem certas “relações hierárquicas de poder” (ESCOREL & MOREIRA, 2009) que interferem negativamente na efetividade dos processos democráticos exercidos nesses espaços, dificultando, assim, a capacidade de influência na direção da política de saúde e acometendo, conseqüentemente, a legitimidade atribuída através da ampla participação social proposta na legislação.

O PN DST/Aids prevê a execução de ações por estados e municípios, consórcios intermunicipais de saúde ou outros órgãos governamentais, ONGs e outras organizações da sociedade civil – setor este, aliás, que tem sua representatividade garantida, conforme citado anteriormente –, além de organismos internacionais. Na verdade, o Programa prevê a articulação permanente com instituições da sociedade civil, através de ONGs – principalmente aquelas que representam e trabalham com portadores de HIV/Aids –, organizações comunitárias, conselhos de classe, conselhos de saúde, prestadores de serviço, profissionais de saúde e instituições formadoras. Tal relação visa ao fortalecimento das ações de prevenção às DST/Aids, por meio da articulação política, técnica e financeira. (BRASIL, 1999).

Dentro do PN DST/Aids, também existe a CNAIDS, a qual, conforme citado anteriormente, realiza assessoramento técnico e científico ao MS com a contribuição de organizações da sociedade civil. É possível acompanhar um pouco do seu trabalho através da página governamental do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais (BRASIL, 2016a), onde constam informes e pautas das reuniões realizadas por seus membros.

Existe, ainda, o Conselho Empresarial Nacional para Prevenção ao HIV e Aids, criado em 1998, o qual abrange organizações empresariais que atuam na promoção da saúde e prevenção das DST/Aids sob a perspectiva da Responsabilidade Social, e o Comitê Técnico Assessor para o Controle das Hepatites Virais, instituído em 2011, o qual realiza assessoramento ao Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e Hepatites Virais da SVS, possuindo caráter consultivo. Entretanto, com relação à questão do HIV/Aids, deve-se destacar, sobretudo, a atuação das organizações da sociedade civil e dos movimentos sociais, a qual é bastante relevante, tanto no cenário nacional como internacional, e fortalece ainda mais o processo de participação social. (BRASIL, 2016a).

O PN DST/Aids conta, também, com a atuação da Comissão Nacional de Articulação com Movimentos Sociais (CAMS), que se constitui em mais um espaço de articulação entre atores da sociedade civil, em parceria com o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Criada em setembro de 2005, porém, instituída oficialmente pela Portaria nº 230, de 9 de novembro de 2011, a CAMS possui caráter consultivo e atua na formulação de políticas públicas de enfrentamento das DST, HIV/Aids e hepatites virais, através de instâncias representativas como ONGs, movimentos sociais e PVHA. Suas entidades representativas são: Fóruns de ONG/Aids, RNP+Brasil - Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids, Movimento Negro, Movimento Popular, Movimento de Populações Indígenas, Movimento da Rede de Profissionais do Sexo, Movimento Homossexual, Movimento de Travestis, Transexuais e Transgêneros, Movimento de Redutores de Danos e Usuários de Drogas, Movimento de Mulheres, Movimento de Estudantes Jovens e Movimento de Hepatites Virais. (BRASIL, 2016a).

Conforme a Política Nacional de DST/Aids (BRASIL, 1999), a participação social visa a garantir os direitos de cidadania das pessoas que vivem direta ou indiretamente com Aids, fortalecendo as instâncias democráticas em relação ao controle social dos recursos de saúde e promovendo a participação do cidadão, no sentido de fortalecer ações comunitárias. Os Conselhos e Conferências de Saúde são ferramentas indispensáveis, pois, ao permitirem o exercício do controle social na gestão e execução de políticas públicas, possibilitam a participação dos cidadãos proporcionando o diálogo entre eles e a esfera pública. Deste modo, tornam-se instrumentos legítimos da democracia, garantindo a transparência e o desenvolvimento pleno da cidadania.

Participação política é sinônimo de poder, de cidadania, e o controle social nada mais é do que a institucionalização dessa participação. Segundo Souza (1991), “a participação social é processo contrário à dominação, à concentração do poder.” Através da manifestação dos cidadãos, é possível conhecer sua realidade e discutir propostas que tornem possível a melhoria dos serviços prestados. Logo, a participação popular nesses espaços é essencial para a manutenção do SUS, pois permite a deliberação democrática e a fiscalização dos serviços de saúde oferecidos.

Todavia, conforme citado anteriormente, não obstante a construção desse novo modelo de saúde – democrático e transparente, com base no Projeto de Reforma Sanitária –, isso não quer dizer que ele esteja dado. Ainda há muito a ser feito para que essa realidade seja concretizada e a participação por si própria não é suficiente para abarcar a complexidade das

demandas interpostas. Afinal, trata-se de uma totalidade dinâmica, a qual se articula através da participação da sociedade civil organizada e do Estado, denotando a correlação existente entre ambas as esferas.

Outrossim, deve-se lembrar que os mecanismos de participação social existentes também são passíveis de burocratização, bem como, podem se caracterizar como processos de pseudo participação. Faz-se necessário, portanto, buscar alternativas para aperfeiçoar o processo de gestão participativa, empreendendo novas formas de gerenciamento, adaptando o modelo burocrático às novas configurações sociais:

Sem abandonar os espaços institucionais como Conselhos e Conferências, é preciso extrapolá-los e combiná-los com outros mecanismos de ação coletiva, capazes de impulsionar a participação popular em múltiplos espaços onde possam manifestar suas visões, expectativas, necessidades e reivindicações. (RAICHELIS, 2009, p. 16).

Ressalta-se, ainda, a importância da transparência e da clareza na linguagem dos instrumentos utilizados pela Administração Pública, para uma efetiva compreensão da população. Neste caso, evidencia-se a questão referente aos recursos financeiros do PN DST/Aids, tendo em vista a dificuldade no acesso às informações.

Por fim, é importante destacar que tais instrumentos de participação devem ser do conhecimento, não somente dos profissionais da área da saúde ou dos membros conselheiros envolvidos, mas de todos os cidadãos brasileiros, para que a concepção ampliada de saúde – legalmente estabelecida através da LOS – possa, finalmente, ser implementada e efetivada. Aliás, diante da atual conjuntura, para que os direitos sociais sejam efetivados, não só ainda há muito a ser feito, como também se corre o risco de perder o que já foi conquistado. Tais desafios causam impacto nas condições de trabalho de todos os profissionais da área da saúde e é de fundamental importância que o Serviço Social continue se articulando – tanto com os demais profissionais, como com os movimentos sociais e os seus usuários – na luta pelo fortalecimento do SUS e pela emancipação dos sujeitos. Faz-se necessário ampliar o debate político, em defesa de um sistema de saúde cada vez mais coerente e fortalecido, trabalhando intensamente para que o SUS não seja desmantelado.

3 O SERVIÇO SOCIAL BRASILEIRO E SUA INSERÇÃO NA SAÚDE: FORMAÇÃO PROFISSIONAL E CONSOLIDAÇÃO DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO (PEP)

O Serviço Social brasileiro atua em conformidade com um projeto ético-político profissional comprometido com a totalidade da sociedade, visando à ampliação dos direitos sociais dos indivíduos. Segundo o disposto no artigo 6º da Constituição Federal Brasileira – reelaborado através da Emenda Constitucional nº 90/2015 –, são direitos sociais: “a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.” (BRASIL, 1988).

O surgimento do Serviço Social no Brasil se deu por volta das décadas de 1920 e 1930, com o processo de industrialização e concentração urbana no país. Antes de 1930, a economia brasileira era agroexportadora e não havia planejamento social, deixando o mercado atuar livremente. A questão social era considerada uma questão de polícia, sendo controlada repressivamente, e as políticas sociais se limitavam a questões emergenciais, sendo tratadas paliativamente, apenas no intuito de conter as reivindicações trabalhistas. (PEREIRA, 2011).

No período “populista e desenvolvimentista” (1930-1964), onde a economia brasileira passou de agroexportadora a urbano-industrial, ao mesmo tempo em que se atravessava uma fase de grande desenvolvimento industrial, a questão social, com o agravamento das desigualdades sociais manifestas na sociedade brasileira, se intensificou, corroborando para o estabelecimento do Serviço Social. Juntamente com o suporte do empresariado e da Igreja Católica, o Estado promoveu a regularização do Serviço Social, legitimando o exercício da profissão através da Lei nº 3.252, de 27 de agosto de 1957. A indústria passaria, então, a ser uma importante área de atuação para o Serviço Social. Entretanto, apesar de a questão social não ser mais tratada como caso de polícia, os aspectos sociais ainda eram negligenciados. (PEREIRA, 2011).

A primeira Escola de Serviço Social no Brasil foi fundada em 1936, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP). A Igreja Católica possui papel preponderante na história do surgimento da profissão, que se baseava inicialmente “no ideário franco-belga de ação social e no pensamento de São Tomás de Aquino (século XII): o tomismo e o neotomismo”. (YAZBEK, 2009, p. 145-146). O exercício profissional era, então, orientado por uma visão humanista, conservadora, de cunho assistencialista e caritativo. Com relação à área da saúde, apesar de algumas Escolas terem surgido devido às crescentes demandas no setor, introduzindo algumas disciplinas relacionadas à saúde desde o princípio da formação

profissional, esta ainda não era uma área tão almejada pelos assistentes sociais. (BRAVO & MATOS, 2009).

Entre 1940 e 1960, especialmente após a Segunda Guerra Mundial, a partir de 1945, com as transformações no âmbito internacional e o desenvolvimento do capitalismo no Brasil, ocorreu uma expansão do Serviço Social no país, bem como da ação profissional no âmbito da saúde, que passava a atrair cada vez mais assistentes sociais. Alguns fatores teriam contribuído para esse aumento na inserção de profissionais na área da saúde. A “nova” concepção de saúde estabelecida em 1948 pela OMS foi uma delas. Nela, destacavam-se os aspectos biopsicossociais da saúde, apontando para a necessidade de inserção de outros profissionais no setor – dentre eles, o assistente social. Outro fator, está relacionado à consolidação da Política Nacional de Saúde no país, com a ampliação de gastos pela previdência social na assistência médica. O assistente social passaria, então, a atuar cada vez mais em hospitais e ambulatórios – somente mais tarde, em 1975, os profissionais passariam a atuar em centros de saúde. No entanto, é importante lembrar que, nesse período, a assistência oferecida ainda não possuía caráter universal e as ações do assistente social eram de cunho curativo e hospitalar. (BRAVO & MATOS, 2009).

Esta também é considerada a fase do desenvolvimento científico da profissão, na qual o Serviço Social brasileiro passou a adotar outro formato. Visando a assegurar-lhe maior tecnicidade e romper com o conservadorismo católico que caracterizou seu início, a profissão passou a buscar novas propostas de trabalho, sendo fortemente influenciada pelo Serviço Social norte-americano, que se orientava pela racionalidade científica da matriz positivista. (YAZBEK, 2009). Aliás, foi nesse período que o Serviço Social passou a se orientar pelas teorias metodológicas de caso, grupo e comunidade. Mais adiante, surgiria o “Serviço Social Médico”, o qual, entretanto, seguia as orientações técnicas do Serviço Social de Casos, cujo enfoque era no indivíduo/usuário (naquele período, ainda chamado de “cliente”) e não na percepção coletiva e participativa. (BRAVO & MATOS, 2009).

Ao longo dos anos, porém, os assistentes sociais brasileiros passariam a buscar novas ciências e filosofias, que fossem distintas ao positivismo e se identificassem mais com a profissão, a fim de conceder-lhe maior legitimidade. Isso também se refletiu no trabalho do assistente social na área da saúde. Questionando-se quanto à eficácia de suas ações diante das novas demandas impostas no cenário brasileiro, os profissionais daquele período perceberam que apenas uma corrente teórica não seria suficiente para dar sustento à atuação profissional e

estabeleceram, então, a necessidade de renovação teórico-metodológica, a fim de romper com o viés de homogeneidade vigente, ainda conservador.

O Movimento de Reconceituação, que ocorreu no território latino-americano entre 1965 e 1975, fez parte de um processo internacional de erosão do Serviço Social tradicional e contribuiu notavelmente para a transformação da profissão, que buscava se adequar às problemáticas da sociedade latino-americana. Apesar de todas as dificuldades enfrentadas durante o Movimento, é incontestável o avanço que ele proporcionou à profissão com a transformação de suas bases de intervenção e, ainda, com a constituição do processo de Renovação do Serviço Social brasileiro (1970-1980), o qual iniciou posteriormente, tendo nele sua inspiração. Seu objetivo era o mesmo: abandonar o viés tradicional da profissão. Todavia, este último, tratou-se de um processo interno que ocorreu no Brasil, o qual, através da pesquisa de diferentes correntes teóricas, instaurou um pluralismo teórico, ideológico e político dentro da profissão. (NETTO, 1991).

Já no final da década de 1960, com a realização dos seminários de Araxá, em 1967, e Teresópolis, em 1970 (CBCISS, 1986), o processo de renovação se fortalecia no Brasil. Posteriormente, através do “Método BH”, ocorrido entre os anos de 1972 e 1975 (SANTOS, L. L., 1999), e do seminário de Sumaré, de 1978 (CBCISS, 1986), a profissão passou a estabelecer novas configurações diante dos rumos que lhe vinham sendo impostos, fortalecendo o processo de erosão do Serviço Social tradicional. Estes seminários são considerados fundamentais à discussão teórico-metodológica do Serviço Social brasileiro, entretanto, um dos principais acontecimentos, que marcou profundamente a categoria profissional, foi o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, que ocorreu em 1979. Este congresso, que ficou conhecido como “O Congresso da Virada” (CFESS, 2009), provocou profundas mudanças na trajetória da profissão, possibilitando a abertura de novos horizontes aos assistentes sociais.

Para melhor compreender este processo de “virada”, é importante analisar a conjuntura sócio-histórica daquele período, considerando a dinamicidade da realidade, juntamente às incertezas e aos antagonismos manifestos ao despertar da sociedade brasileira. Afinal, qualquer análise requer uma contextualização a fim de compreender a razão dos processos envolvidos.

Naquele período, iniciava-se o processo de redemocratização social no país, quando, então, os movimentos populares começavam a adquirir força, estabelecendo sua resistência diante da repressão do Estado. Evidentemente, essa transição não se deu de forma rápida, mas

sim gradual e lentamente. Neste cenário de luta pela democracia, o qual envolvia movimentos populares, trabalhistas, sindicais, estudantis, etc., emergiu, também, a atuação dos assistentes sociais, como profissionais e cidadãos partícipes desse processo, trazendo consigo uma postura democrática e inovadora frente às demandas da sociedade. A partir desse reconhecimento, a categoria profissional passou a ampliar a sua percepção, introduzindo novas práticas de organização e militância. (CFESS, 2009).

Concomitantemente, ocorria, também, uma disseminação dos cursos de pós-graduação em Serviço Social no país, o que contribuiu para o alargamento de sua produção teórica, reforçando ainda mais a competência profissional. Os assistentes sociais adentraram a década de 1990 como uma categoria que também era pesquisadora, o que fortaleceu seu perfil político e representativo diante dos órgãos acadêmicos. Esse amadurecimento intelectual legitimaria ainda mais a categoria profissional. (CFESS, 2009).

Os assistentes sociais passaram, então, a adquirir uma visão crítica da sociedade, considerando sua dinâmica através de um processo histórico, o qual permitiria compreender as complexas contradições que a permeiam. A militância da categoria serviria de impulso para gerar as mudanças necessárias nas diretrizes da profissão, potencializando a atuação profissional em diferentes níveis, afinal, o projeto de formação profissional tornara-se indissociável do projeto societário vigente: fortalecia-se o debate acerca do perfil profissional no intuito de romper com a dominância do conservadorismo ditatorial e adequar a profissão à realidade da sociedade brasileira. Considera-se, aliás, que o Serviço Social não tenha trazido consigo somente uma relação de ruptura, mas também de continuidade, isto é, ruptura com os impasses profissionais promovidos por uma concepção conservadora, mas continuidade face às conquistas obtidas durante o trajeto da profissão.

Segundo Netto (1991), o Processo de Renovação do Serviço Social teve três momentos: *(i)* a “perspectiva modernizadora”, na década de 1960; *(ii)* a “perspectiva da reatualização do conservadorismo”, a partir do final dos anos 1970; e *(iii)* a “perspectiva da intenção de ruptura”, que tomou força nos anos 1980. Na primeira fase, o Serviço Social era orientado pela matriz positivista, de Auguste Comte (1798-1857), e possuía caráter estruturalista e funcionalista-tecnocrata, onde a intervenção do Serviço Social deveria ser eficiente e eficaz. Nesta fase, a profissão não conseguiu avançar muito na ruptura com o Serviço Social tradicional, estabelecendo apenas uma reforma conservadora com viés desenvolvimentista. De acordo com Bravo & Matos (2009), o Serviço Social na Saúde ainda se sustentava na prática curativa e, influenciado pela modernização no âmbito das políticas

sociais, se inseria cada vez mais na assistência médica previdenciária, setor que mais empregou assistentes sociais nesse período.

Na segunda fase, o Serviço Social faz uma crítica à herança positivista e passa a utilizar a abordagem fenomenológica, proposta por Edmund Husserl (1859-1938), que trata o sujeito em sua subjetividade, através de uma análise compreensiva, de interpretação dos fenômenos da realidade social. Seria o mundo do vivido, do subjetivo e da própria essência, visando à transcendência; seria o “retorno às coisas mesmas”, como propunha Husserl. Esta fase teve menor impacto sobre a categoria, pois retomou o foco no sujeito, apropriando-se de uma visão humanista. Neste caso, a profissão buscava modernizar seu pensamento teórico através de outras vertentes intelectuais que fossem mais sofisticadas, contudo, de acordo com Netto (1991), também não conseguiu avançar para uma ruptura com o tradicional conservadorismo – por isso, esta fase é vista como uma “reatualização conservadora”. Com relação ao Serviço Social na Saúde, segundo Bravo & Matos (2009), no período de distensão política (1974-1979), apesar de todo o aprofundamento teórico e organizativo da profissão, também não houve nenhuma mudança significativa, e o trabalho profissional continuou seguindo pela vertente modernizadora.

Por último, na terceira fase, o Serviço Social traz uma influência marxista – ainda que de forma enviesada, através do marxismo althusseriano, de Louis Althusser (1918-1990) –, evoluindo progressivamente para uma visão hegemônica mais crítica e intensificando a oposição ao tradicionalismo do Serviço Social. Segundo Bravo & Matos (2009), no âmbito da saúde, dentro do contexto de mobilização política e ampliação do debate teórico da profissão, nesse período, é importante destacar o envolvimento do movimento sanitário, através da Saúde Coletiva, que também teve um papel importante, contribuindo significativamente para os avanços das políticas sociais no país e, em especial, da Política de Saúde.

Primeiramente, deve-se compreender que a ruptura com o Serviço Social tradicional englobava diversos fatores, tanto internos como externos. Obviamente, devem-se considerar as novas configurações econômicas, políticas, sociais e culturais que se apresentavam naquele período. Segundo Netto (1991), uma revisão crítica era inadiável, pois o modelo funcionalista norte-americano que os assistentes sociais brasileiros vinham seguindo não contemplava a realidade dos países latino-americanos, incluindo o Brasil, o que tornava suas práticas defasadas face à dinâmica da sociedade brasileira.

Havia, também, um enorme esforço pela validação teórica da profissão, no intuito de romper com a sua condição de subalternidade profissional. Os assistentes sociais

compreendiam que não deveriam atuar apenas na execução de serviços, mas também no planejamento de suas ações. Por conseguinte, decidiram atualizar-se e aprimorar-se, pesquisando diversas correntes teóricas em busca de maior cientificidade e legitimidade profissional. (NETTO, 1991).

Ademais, havia uma gama de inquietações por parte dos assistentes sociais naquele período, o que impulsionava a ampliação de questionamentos acerca da profissão, inclusive em sua prática de ensino, fazendo surgir inúmeras divergências entre os profissionais. Desta forma, o Serviço Social deixou de ser hegemônico, fortalecendo o processo de erosão do Serviço Social tradicional. Aliás, é necessário destacar a relevância desse processo, pois, apesar de todos os desafios impostos naquele período, o Serviço Social conseguiu se desenvolver em diversos planos. (NETTO, 1991).

Esse pluralismo teórico foi indispensável para a evolução do Serviço Social. Outrossim, considerando que vivemos em uma realidade dinâmica, a partir de uma perspectiva dialética, é possível compreender que as mudanças ocorridas em torno da profissão eram inevitáveis. Destarte, assim como a vertente teórico-metodológica da profissão, anteriormente herdeira do conservadorismo da Igreja Católica, foi alterada, a possibilidade de a visão crítica marxista atual ser substituída novamente é irrefutável, pois depende da conjuntura política, econômica e social vigente, e esta segue sendo modificada continuamente.

A profissão de Serviço Social na contemporaneidade segue regulamentada pela Lei nº 8.662, de 07 de junho de 1993 (CFESS, 2012), sendo seu exercício profissional regido pelo Código de Ética Profissional do/a Assistente Social – instituído pela Resolução CFESS - Conselho Federal de Serviço Social nº 273, de 13 de março de 1993 (CFESS, 2012) –, o qual serve para orientar o profissional a exercer suas atribuições através de padrões éticos. Além desses dispositivos legais, no ano de 1996, o Serviço Social criou a nova Lei de Diretrizes Curriculares (ABEPSS, 1996), que viria a substituir a proposta do Currículo Mínimo do Serviço Social aprovado em 1982. Este arcabouço legal culminou com o chamado tripé do Projeto Ético-Político (PEP) da profissão. As atribuições e competências dos assistentes sociais devem ser pautadas, portanto, nos preceitos dispostos na referida legislação, a qual aponta os valores e princípios da profissão.

O PEP do Serviço Social visa à regulação da atuação profissional do assistente social, conferindo-lhe embasamento legal, a fim de garantir o bom desenvolvimento dos processos de trabalho pertencentes à categoria. Vinculado a um projeto societário coletivo, macroscópico,

que visa ao conjunto da sociedade, o PEP profissional declara-se comprometido com a massa da população brasileira. Trata-se de um projeto democrático, que provém do debate de diferentes proposições políticas, em prol da equidade e da justiça social, fundamentado em uma perspectiva de universalização do acesso a bens e serviços relativos a políticas e programas sociais.

Pode-se dizer que o PEP profissional avançou muito entre os anos 1980-1990, no entanto, considerando que ele visa, também, a uma formação acadêmica qualificada e ao aperfeiçoamento profissional, requer-se uma (auto) formação permanente dos assistentes sociais. Afinal, todo projeto é processual, passível de transformações, dado que, no decorrer de sua implementação, as relações sociais e as expressões da questão social também são modificadas.

A seguir, encontram-se dispostas as três dimensões da profissão – ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa –, as quais emergem dos princípios que definem as diretrizes curriculares da formação profissional (ABEPSS, 1996). Assim como a teoria e a prática, estas dimensões também são indissociáveis, devendo ser continuamente articuladas umas às outras. Em conformidade com estas três dimensões, os assistentes sociais são orientados a exercer sua profissão através do compromisso com a emancipação dos indivíduos, dentro de uma perspectiva de sociedade justa e igualitária, em respeito ao pluralismo e à diversidade humana. Estes são os fundamentos da profissão e foi baseando-se nestes princípios, no intuito de fortalecer o caráter investigativo da profissão, que este estudo foi proposto. Desta forma, almeja-se construir novos conhecimentos acerca do trabalho profissional, ressaltando-se a importância de refletir criticamente sobre os instrumentos técnico-operativos operacionalizados na área da saúde, especialmente no que se refere às demandas sociais vigentes na atualidade.

3.1 Dimensão Ético-Política

A dimensão ético-política da profissão refere-se aos valores e princípios estabelecidos no Código de Ética Profissional do/a Assistente Social, o qual representa um dos principais instrumentos normativos norteadores do exercício profissional. Trata-se de um parâmetro jurídico que serve como guia para uma atuação ética e política e, sem estes elementos, a intervenção profissional corre o risco de ser banalizada, fundamentada pelo senso comum. Dentre os princípios estabelecidos no Código de Ética Profissional,

considerados fundamentais ao exercício profissional, encontram-se: a liberdade, como valor central, a democracia, a justiça e a equidade social, a cidadania e o pluralismo.

Todavia, é importante lembrar que a ética profissional não se restringe somente ao Código de Ética, sendo esta uma concepção universal, que visa a orientar a ação humana, baseando-se no bem comum em sociedade. A ética não prescreve, porém busca refletir acerca da ação do homem sobre o mundo, a partir de uma concepção sócio-histórica. Além disso, a ética profissional é indissociável da ética pessoal, estando aliada a uma perspectiva de compromisso político e social.

No âmbito da atuação do Serviço Social na Saúde, esta dimensão se expressa inteiramente de acordo com o projeto da reforma sanitária, alicerçada à concepção ampliada de saúde, onde o profissional intervém nas necessidades sociais de saúde do usuário. Compreende-se que a atuação profissional nessa área deve estar pautada nos valores e princípios dispostos no Código de Ética profissional, sob a perspectiva de universalização da saúde – como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988) –, e na ampliação e consolidação do processo de cidadania.

3.2 Dimensão Teórico-Metodológica

A dimensão teórico-metodológica da profissão refere-se à atuação do assistente social interligada a um embasamento teórico, ou seja, parte da concepção de unicidade entre teoria e prática, considerando que o processo investigativo necessita de ambos para conceber a concreticidade de seu objeto de trabalho. Fundamenta-se numa perspectiva histórico-crítica, visando a apreender a totalidade da realidade social em busca de sua essência, considerando a dinâmica contraditória inerente ao processo de desenvolvimento humano. Esta dimensão engloba, portanto, os conhecimentos teóricos necessários à efetivação de uma análise crítica, fundamentada em princípios éticos e políticos.

Sendo assim, para melhor compreender a realidade apresentada, deve-se aprofundar o método, ou seja, o “materialismo-histórico-dialético”, o qual teve sua origem nas obras de Karl Marx e fundamenta, atualmente, hegemonicamente a categoria profissional do Serviço Social no Brasil. Segundo Kameyama (1989, p. 100), “a teoria marxiana tem uma especificidade na medida em que é a única teoria que resgata a totalidade e que também coloca a questão da transformação.” Sob a perspectiva desta teoria, baseada na lógica da dialética, nada é definitivo; tudo se transforma. Trata-se de um processo de contínua

construção e desconstrução, onde as relações se transformam e nós mesmos nos transformamos, nos reinventamos. Nesse movimento, também chamado de “espiral”, edificam-se princípios e valores que são empregados cotidianamente no exercício profissional. Tais princípios e valores emergem de acordo com a visão de mundo constituída em cada indivíduo, tratando-se de uma escolha ideológica entre as diferentes filosofias ou concepções existentes.

A essência da dialética é a visão crítica, segundo a qual tudo deve ser posto em dúvida; todo fato deve ser passível de negação, a fim de compreendermos melhor sua conjuntura e intervirmos na realidade. Considerando que esta perspectiva teórica é completamente oposta ao conformismo, é essencial para o assistente social se apropriar da mesma, visto que seu método investigativo requer uma visão global da dinâmica social e uma profunda análise crítica, garantindo a consistência de seu papel como transformador social. Parafraseando Marx, na XI Tese sobre Feuerbach: “Os filósofos apenas interpretaram o mundo de várias maneiras, trata-se agora de transformá-lo.” (MARX & ENGELS apud SIMIONATTO, 2011, p. 80).

A totalidade, uma das principais categorias do método em Marx, nada mais é do que conceber as expressões da questão social através de uma visão de conjunto, isto é, compreender os fenômenos de forma interligada, em sua totalidade. Segundo Konder (1981, p. 37), “a totalidade é mais do que a soma das partes que a constituem.” Na verdade, é a relação entre elas – relação dialética. Enquanto a historicidade (outra categoria do método), serve para compreendermos que todo fenômeno abrange processos históricos e estruturais. Para Kosík (1976, p. 48), “[...] todo conhecimento é uma oscilação dialética [...], oscilação entre os fatos e o contexto (totalidade), cujo centro ativamente mediador é o método de investigação.” Deve-se considerar a realidade como processo, isto é, nada é estático; tudo é passível de transformações. O assistente social, portanto, necessita ampliar sua visão investigativa/interventiva para além das demandas que se apresentam.

Por outro lado, a dimensão teórico-metodológica da profissão pressupõe que teoria e prática estejam sempre indissociadas, denotando a práxis profissional, outra categoria do método. Para Marx, não existe trabalho sem antes ter-se uma projeção ideal do que se pretende realizar na prática, evidenciando a capacidade teleológica do homem, isto é, o trabalho pressupõe uma atividade teleológica, a qual idealiza finalidades e meios, e resulta em uma matéria transformada, nova, objetificada pelo sujeito. Aliás, o trabalho é a categoria central do método em Marx. Segundo ele, é através do trabalho que o homem domina as

forças naturais e, ao mesmo tempo, “humaniza a natureza”. Marx afirma que o homem vive da natureza, sendo parte integrante dela; ele é o único ser que, para poder sobreviver, precisa modificá-la com seu trabalho. Sendo assim, o trabalho é essencial à vida humana, independentemente de qualquer forma social de produção. (MARX, 2013).

Segundo Simionatto (2011, p. 80), baseada nos estudos do filósofo político Antonio Gramsci (1891-1937), a filosofia da práxis “afirma a unidade entre teoria e prática”, tratando-se de “uma filosofia que se engendra no processo histórico” com vistas à transformação concreta da realidade. Parte-se da ideia de que a concepção filosófica de práxis, através de uma consciência crítica, seja o sustentáculo político da transmutação de estruturas sociais, pois engloba uma dimensão transformadora da realidade.

Contudo, dentro do movimento espiral da práxis – que é processo; é transformação –, encontram-se inúmeras contradições, isto é, apesar de a teoria oferecer critérios suficientes para se crer em sua efetividade, na prática, pode ser que não ocorra conforme o planejado, pois a realidade concreta do homem é permeada de contradições. Segundo Konder (1981, p. 43), “não há, no plano puramente teórico, solução para o problema.” Isto significa dizer que, por mais que se tenha uma receita pronta, o cotidiano vivenciado na prática evidencia inúmeros obstáculos, os quais, dentro das possibilidades, devem ser contornados e superados, todavia, compreende-se que nem sempre a teoria aplica-se à realidade, devendo esta estar em constante articulação com a prática, a fim de realimentá-la à medida que se dá esse processo.

No âmbito da atuação do Serviço Social na Saúde, esta dimensão se materializa através da apropriação do referencial teórico por parte do assistente social e de sua habilidade em materializá-lo em seu cotidiano profissional através da práxis, denotando uma prática competente e de qualidade. Em concordância com a teoria social crítica na qual a profissão está fundamentada, o profissional deve 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 venham de encontro às reais necessidades dos usuários.

3.3 Dimensão Técnico-Operativa

Segundo Lewgoy (2010, p. 172), “[...] no escopo da dimensão técnico-operativa, a divisão entre saber e fazer se explicita.” Esta dimensão encontra-se vinculada aos elementos

técnicos e instrumentais necessários ao desenvolvimento da intervenção profissional. Resumidamente, refere-se aos meios de trabalho utilizados pelo assistente social, os quais envolvem técnicas, conhecimentos e habilidades.

Primeiramente, ao analisar as demandas que lhe são postas, o assistente social deve ser capaz de discernir as contradições que prevalecem em meio à sociedade vigente, intervindo de forma articulada às demais dimensões da profissão: ético-política e teórico-metodológica. De acordo com Guerra (2000, p. 11),

Se as demandas com as quais trabalhamos são totalidades saturadas de determinações (econômicas, políticas, culturais, ideológicas) então elas exigem mais do que ações imediatas, instrumentais, manipulatórias. Elas implicam intervenções que emanem de escolhas, que passem pelos condutos da razão crítica e da vontade dos sujeitos, que se inscrevam no campo dos valores universais (éticos, morais e políticos). Mais ainda, ações que estejam conectadas a projetos profissionais aos quais subjazem referenciais teórico-metodológicos e princípios ético-políticos.

Esta percepção acerca das contradições deve ser aplicada ao exercício profissional através da mediação, outra categoria marxiana, que se constitui em uma competência técnico-operativa, ao estabelecer a passagem da teoria para a prática. Segundo Martinelli (1993, p. 136): “Mediações são categorias instrumentais pelas quais se processa a operacionalização da ação profissional. Expressam-se pelo conjunto de instrumentos, recursos, técnicas e estratégias pelas quais a ação profissional ganha operacionalidade e concretude.”

São esses instrumentais que permitem a operacionalização da ação profissional, através de estratégias de intervenção que o profissional utiliza para dar resposta às demandas da sociedade. Para intervir na realidade e transformá-la, é necessário muito estudo e estratégia, e a principal ferramenta é a consciência crítica acerca da realidade que nos cerca. Não obstante, é importante que o profissional compreenda suas limitações quanto à efetividade de suas ações:

[...] o assistente social participa não como um mágico que tem as respostas para as questões colocadas, mas como um profissional que detém um saber que serve de instrumento, para si e para os usuários, enquanto sujeitos deste processo. Assistente Social e usuários incorporam e manejam instrumentos de indagação num processo de ação/reflexão/ação contínuas e inacabadas na busca de alternativas para as demandas apresentadas. (VASCONCELOS, 1994, p. 31).

Ressalta-se, portanto, que o assistente social não deve se limitar à mera democratização de informações como solução para as demandas que surgem e, muito menos, impor suas visões aos usuários. Deve-se buscar ir além, desenvolvendo a problematização da

realidade social dos usuários através de um diálogo construtivo, a fim de construir processos reflexivos de conscientização junto a eles, permitindo o seu fortalecimento político enquanto sujeitos de direitos.

Esta “conscientização” – componente do processo pedagógico de participação que se revela como recurso fundamental à análise crítica e ampliada da realidade apresentada –, não deve ser aplicada verticalmente, onde o profissional conscientiza sua população usuária, afinal, ninguém conscientiza ninguém. Ao contrário, deve-se trabalhar conjuntamente com os usuários, os quais, ao se perceberem partícipes nesse processo, passam a assumir uma identidade cada vez mais representativa, capacitando-se paulatinamente, estabelecendo suas próprias reflexões de forma autônoma e consciente, e passando a desenvolver suas próprias avaliações.

Ademais, é essencial que o assistente social reflita constantemente sobre os processos de trabalho em que está inserido, a fim de perceber o que está por detrás das aparências, fortalecendo a capacidade crítica e investigativa da profissão. Em outras palavras, o cotidiano não deve impedir a reflexão sobre a atuação profissional, caso contrário, corre-se o risco de torná-la superficial e pragmática.

Não obstante, compreende-se que somente a reflexão, sem a junção entre teoria e prática, não transforma realidades. Segundo Santos, C. M. (2010, p. 16), “[...] a noção de prática se define em oposição ao caráter especulativo e contemplativo da filosofia idealista, de modo que é entendida não como mera atividade da consciência, mas como atividade real, objetiva, material do homem social, que só pode ser assim considerado em e pela práxis.” É necessário, portanto, identificar as possibilidades de intervenção, ou seja, buscar ir além das práticas tradicionais, pontuais, frutos do imediatismo, e se empenhar na busca por sua superação. O trabalho desenvolvido pelo Serviço Social deve ser coletivo e a educação permanente é peça fundamental à continuidade e avanço de práticas ético-políticas voltadas ao desenvolvimento social.

No âmbito da atuação do Serviço Social na Saúde, esta dimensão se manifesta através de diversos instrumentais, como, por exemplo: entrevistas; avaliação sociofamiliar; contatos com a rede social de apoio, incluindo os serviços estabelecidos através de políticas e programas sociais; elaboração de relatórios e laudos sociais; visitas domiciliares e institucionais; orientações sobre serviços ou benefícios internos ou externos à instituição, bem como seus devidos encaminhamentos; planejamento de alta hospitalar; etc. Os instrumentais variam de acordo com as demandas dos usuários, o caráter da instituição e as funções

estabelecidas ao assistente social, considerando que este também pode estar inserido na área de gestão e exercer um trabalho completamente diferente dos demais profissionais.

3.4 O Serviço Social na Saúde: problematizações sobre o objeto e trabalho profissional na contemporaneidade

Tendo como referência as três dimensões especificadas nas seções anteriores, deve-se ter presente que, seja qual for a área de atuação do assistente social, este deverá buscar a unicidade entre elas, mantendo uma postura política, que vise à superação das necessidades sociais de seus usuários. Com relação aos assistentes sociais que exercem suas atribuições na área da saúde, além do aporte teórico e da legislação que embasa a profissão, deve-se atuar, também, em consonância com as diretrizes e os princípios do SUS, considerando-se os três diferentes níveis de Atenção à Saúde: Atenção Básica (AB), Média Complexidade (MC) ou Alta Complexidade (AC). Seguindo sob esta ótica, Silva e Rodrigues (2015, p. 41) buscam demonstrar como os princípios do SUS estão articulados com os princípios do Serviço Social no que se refere ao cuidado em saúde:

Profundamente articulado aos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, o cuidado em saúde nos remete a questões filosóficas do “ser” humano nas relações sociais e isto vem ao encontro dos principais pressupostos teórico-metodológicos do Serviço Social em sua formação e exercício profissional.

Segundo Nogueira (2011), a atuação profissional na área da saúde está fundamentada em três pilares – direito à saúde, necessidades sociais em saúde, e produção da saúde –, os quais, se submetidos aos eixos teórico, ético-político e operativo da profissão, viabilizariam sua concretude. A perspectiva profissional dentro dessa área perpassa os aspectos sociais, econômicos e culturais associados ao processo saúde-doença dos sujeitos e visa a compreender qual o contexto geral de tais aspectos a fim de identificar alternativas para o enfrentamento das expressões da questão social apresentadas. Ao analisar o sujeito através da totalidade e historicidade, busca-se explorar a realidade em sua essência, superando-se a superficialidade aparente através de sucessivas aproximações reflexivas, no intuito de promover efetivas transformações. Afinal, o ser humano é um sujeito social e sua condição de saúde está interligada às demais esferas de sua vida, considerando seus condicionantes e determinantes. Trata-se de uma percepção que incorpora em si os múltiplos aspectos acerca do cuidado em saúde, sejam estes objetivos ou subjetivos, a partir de uma perspectiva

humanizadora, onde o Serviço Social, reconhecido como profissão da área da saúde, intervém na dimensão social do processo saúde-doença, diante das mais diversas expressões da questão social.

Compreende-se, também, que há uma relação intrínseca entre o Serviço Social e as políticas sociais. Afinal, o assistente social se identifica como trabalhador das políticas sociais, utilizando-se destas para a viabilização dos direitos sociais dos usuários no enfrentamento das expressões da questão social com as quais se depara em seu cotidiano profissional. Ademais, os assistentes sociais não são mais “meros executores terminais de políticas sociais”, mas atuam cada vez mais na sua elaboração, gestão e avaliação, o que reforça ainda mais a transformação da concepção de gestão social em uma questão política.

Martinelli (2011), por exemplo, aponta a LOS como instrumento legal fundante de cidadania, associando-a ao compromisso profissional do Serviço Social, que luta pela garantia dos direitos sociais da população. Em referência à articulação do Serviço Social com os princípios da LOS, ela destaca: “[...] os princípios da Política Nacional de Saúde, Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990, nos direcionam na luta pela vida, no compromisso pela construção de práticas democráticas, sintonizadas com as necessidades sociais e de saúde da população.” (MARTINELLI, 2011, p. 499).

Aliás, Martinelli (2011) não somente caracteriza o Serviço Social como profissão reconhecida na área da saúde e inserida na divisão social e técnica de trabalho – cujo objeto são as múltiplas expressões da questão social –, mas também cuja identidade profissional é dimensionada eticamente em direção à emancipação humana, conferindo uma visão humanizadora ao exercício profissional. Para ela, na área da saúde, esta perspectiva torna-se ainda mais relevante, não somente pela política de humanização existente, mas também porque nessa área se trabalha com a vida em suas múltiplas manifestações, desde o nascimento do indivíduo até o momento de sua morte:

No atendimento direto aos usuários, trabalhamos com pessoas fragilizadas que nos pedem um gesto humano: um olhar, uma palavra, uma escuta atenta, um acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade. (MARTINELLI, 2011, p. 499).

Para o Serviço Social, o acolhimento é um componente essencial, configurando-se em um espaço de mediação entre a instituição, representada pelo profissional, e o usuário. O acolhimento não se limita somente ao ato de receber, devendo ser considerado um elemento processual, baseado na cordialidade e no respeito, o que torna possível a criação de vínculos,

remetendo-nos aos conceitos de empatia, responsabilidade e compromisso com o usuário. Segundo Chupel e Mito (2010), atender, escutar e agir de forma humanizada com os usuários e suas demandas é o pressuposto de uma postura assentada no acolhimento.

Conforme a definição da Política Nacional de Humanização (PNH), acolhimento é o “ato ou efeito de acolher que expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e um ‘estar perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão”. (BRASIL, 2010, p. 6). Assim como para os demais profissionais da saúde, o acolhimento é fundamental para qualificar a intervenção profissional do assistente social. Aliás, uma vez que seu trabalho exige sensibilidade e constante aprimoramento, é essencial que ele desenvolva suas habilidades de escuta, a fim de promover efetivamente o acolhimento dos usuários.

Sabe-se, contudo, que uma escuta qualificada não é suficiente na busca pela garantia e efetivação de direitos dos usuários, podendo esta, inclusive, ser utilizada por meio de outra perspectiva, alheia ao Serviço Social; utilizando-a apenas no interesse da instituição na qual o profissional atua, por exemplo. Isto é, muitas vezes, sem percebê-lo efetivamente, o assistente social se dedica exclusivamente àquilo que lhe é exigido institucionalmente em detrimento às necessidades do usuário, afinal, instituições possuem divisões hierárquicas que definem as disposições entre as unidades funcionais através de relações de poder. Tais divisões não são observadas somente de forma objetiva, como, por exemplo, através da uniformização dos trabalhadores, ou até mesmo através de representações gráficas, como organogramas, mas também são visíveis nas relações subjetivas entre os profissionais, seja entre os diferentes setores ou até mesmo dentro de um mesmo setor, onde podem estar presentes trabalhadores de diferentes áreas ou níveis profissionais.

Estas contradições, na verdade, mantêm-se permanentemente presentes no trabalho do assistente social, cabendo a ele permanecer sempre atento à forma com que atende seus usuários, a fim de verificar qual o papel que está exercendo ao intervir diretamente com eles. Para consolidar um exercício profissional competente, baseado em princípios éticos, dentro de um contexto de cidadania e democracia, Martinelli (2011, p. 501), reconhecendo os usuários da saúde como sujeitos de direitos, aponta para a necessidade de articulação entre a dimensão ética com a política:

[...] essas dimensões estão em permanente interação e é um dever ético-político consolidá-las mediante um exercício profissional crítico e competente, capaz de materializar os princípios de nosso Código de Ética, do Projeto Ético-Político da profissão e dos Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Saúde.

Outra questão de fundamental importância para o profissional é buscar conhecimento nas diferentes áreas de atuação em que está inserido e conhecer a legislação pertinente a fim de viabilizar o acesso aos direitos sociais de seus usuários. Segundo Vasconcellos (2012), a maioria dos profissionais de saúde (incluindo assistentes sociais) desconhece a legislação, o que acaba prejudicando a qualidade do trabalho profissional e afetando os usuários da política de saúde:

Os profissionais de saúde têm o dever de conhecer a legislação, visto que colocam como um dos seus objetivos a **democratização de informações**. Mas, assim como os usuários do sistema de saúde, também os trabalhadores da saúde, em sua maioria, incluindo os assistentes sociais [...], desconhecem não só a Lei Orgânica do Município em que vivem e trabalham, mas também, e antes de tudo, a Constituição Brasileira, os Códigos de Ética de suas respectivas categorias e referências teóricas que sirvam de instrumento na luta para alcançar os objetivos a que se propõem. Além disso, os profissionais de saúde, assim como não colocam este *desconhecimento* de sua parte como um entrave/limite e/ou empecilho para uma prática de qualidade, apontam este desconhecimento, por parte da maioria absoluta dos brasileiros, como estorvo, transtorno, impedimento, obstáculo para a realização de sua prática profissional. Assim, um dos objetos do trabalho profissional – a democratização das informações –, aqui, vira obstáculo. (VASCONCELOS, 2012, p. 70, grifo da autora).

De acordo com o artigo 5º do Código de Ética do/a Assistente Social (CFESS, 2012, p. 29), é dever do profissional “democratizar as informações e o acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos indispensáveis à participação dos/as usuários/as”. Sendo assim, é seu papel orientar, individual ou coletivamente, e socializar as informações pertinentes, realizando os devidos encaminhamentos. Para tal, é necessário que ele conheça a legislação amplamente, utilizando-a como instrumento de intervenção, a fim de auxiliar a população usuária de maneira acurada e eficiente, contribuindo para o acesso aos seus direitos.

Ao trabalhar nessa área, além de se ter o domínio de questões sanitárias e das políticas que a constituem, é necessário explorar outras áreas de conhecimento, identificando quais são as redes de apoio existentes. O assistente social deve saber articular com a rede sociojurídica, assistencial, previdenciária, etc., de acordo com as demandas que se apresentam. Em suma, deve saber utilizar-se da legislação existente para dar concretude às já referidas práticas democráticas, fortalecendo a concepção da saúde como um direito e atentando sempre às necessidades sociais da população atendida. Ademais, segundo Maciel (2009 p. 37),

[...] é preciso que o profissional de serviço social tenha conhecimentos na área da medicina, da enfermagem e de outra área para que não fique apenas no atendimento às necessidades primárias e fazendo encaminhamentos. Precisa de múltiplos conhecimentos para qualificar a ação investigativa e interventiva do profissional.

Entretanto, é importante lembrar-se de que obter conhecimento por si só não é suficiente. Faz-se necessário, também, que o profissional compartilhe as informações com os usuários e/ou seus familiares de forma que eles possam compreendê-las e utilizá-las em seu favor. Ressalta-se, portanto, a importância da clareza da linguagem – seja ela escrita ou verbal – e a necessidade de adaptá-la, quando necessário, para a efetiva compreensão dos usuários. Neste sentido, retoma-se o referido artigo 5º do Código de Ética Profissional, que trata sobre a democratização das informações como instrumento de intervenção profissional.

Ademais, destaca-se a importância da perspectiva interdisciplinar e intersetorial no atendimento às necessidades sociais dos usuários dos serviços de saúde. Partindo-se do pressuposto de que a saúde é um direito, o assistente social deve ser capaz de refletir criticamente sobre a realidade social apresentada e utilizar as políticas públicas, através dos programas e demais mecanismos institucionais existentes, em favor desse direito:

O assistente social dispõe de atribuições específicas na área da saúde, o que constitui um instrumento importante na construção de estratégias para o exercício profissional e na busca de alternativas, visando ao atendimento das necessidades sociais apresentadas pelos usuários nos serviços de saúde. Estas atribuições ressaltam a **perspectiva interdisciplinar para a atenção integral**, juntamente com **ações intersetoriais e comunitárias** que se aproximem do cotidiano da população e ampliem o conhecimento da realidade local e regional. (MELLO, 2012, p. 54, grifo da autora).

O trabalho interdisciplinar faz a diferença, pois proporciona um conhecimento diferenciado, transformando saberes ao unificar perspectivas diversas sobre uma mesma realidade. O trabalho em equipe, o pensar coletivamente e o comprometimento com o trabalho são elementos muito importantes para o exercício profissional do assistente social. Sozinho, o diálogo é simples, afinal, o cotidiano leva o profissional a ter uma especialização em determinado saber – o que é praticamente inevitável –, porém, com o apoio dos demais profissionais, ele se fortalece amplamente. Partindo desta percepção, ressalta-se a perspectiva interdisciplinar como instrumento significativo para o conhecimento da realidade social apresentada a partir de uma visão integral, tendo em vista o conceito ampliado de saúde:

O incremento de estratégias programadas em equipe possibilita **a compreensão da saúde pela sociedade como direito e questão de cidadania**, e fortalece o paradigma que considera a saúde um elemento central da organização e desenvolvimento social, econômico e político do país. (MELLO, 2012, p. 54, grifo da autora).

A ação interdisciplinar fortalece a implementação de estratégias no sentido de ampliar a garantia dos direitos dos usuários dando maior visibilidade às informações e possibilitando a troca de conhecimento entre os profissionais, o que corrobora com a qualificação dos atendimentos. Segundo Mendes, Lewgoy e Silveira (2008, p. 31), “[...] a interdisciplinaridade é o espaço onde se criam estratégias de resistência à fragmentação dos saberes e onde, ao mesmo tempo, se manifesta a nostalgia de um saber unificado.”

Da mesma forma, a intersetorialidade é substancial para o fortalecimento das ações em saúde, pois visa à combinação de estratégias no enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença, considerando a integralidade do cuidado. Segundo Pereira e Teixeira (2013, p. 122), “[...] o desenvolvimento de uma ação intersetorial entre as políticas setoriais promove a ampliação do desempenho das mesmas, além de proporcionar um olhar mais amplo e integral às demandas da população.” Aliás, a variedade de demandas é tão ampla e complexa, que é imprescindível para o Serviço Social a articulação com as demais áreas de atuação a fim de expandir seus conhecimentos.

Ressalta-se, ainda, a importância da desconstrução da ideia de benemerência do Serviço Social, todavia, deve-se compreender que há exceções. O Serviço Social contemporâneo lida com questões cada vez mais complexas, as quais, por sua vez, envolvem os mais variados contextos, e nem sempre as condições de trabalho são as ideais. Algumas situações inusitadas podem ocorrer no dia-a-dia e, dependendo da emergência com que ocorrem, recorre-se a alternativas que estejam ao alcance do profissional.

4 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS (PVHA)

De acordo com Konder (1981, p. 37), “A visão de conjunto – ressalve-se – é sempre provisória e nunca pode pretender esgotar a realidade a que ele se refere. A realidade é sempre mais rica do que o conhecimento que a gente tem dela.” É com esta percepção que se busca relacionar o trabalho do Serviço Social no âmbito da saúde, junto a pessoas que vivem com HIV/Aids, a fim de evidenciar qual a contribuição da profissão na vida desses sujeitos.

Considerada um fenômeno social de múltiplas complexidades, a Aids é uma doença que afeta não somente o plano físico-biológico dos indivíduos, mas também aspectos sociais, históricos e políticos: “[...] a Aids, na sua essência, é uma doença física, mas, no plano social, configura-se no espaço das relações sociais, como uma questão significativamente complexa.” (KERN, 2003, p. 53). É neste espaço das relações sociais que surgem as tensões provenientes do preconceito e da discriminação, sentimentos que fomentam a exclusão social de PVHA, e é diante deste contexto, de estigmatização da doença, que Kern (2003) aponta para a temática das teias e redes sociais como instrumentos de intervenção, no intuito de romper com este ciclo, estabelecendo novas práticas de enfrentamento da doença, baseadas na humanização e no fortalecimento e emancipação dos indivíduos. Denota-se, portanto, a importância do Serviço Social na sua intervenção diante de tais situações. Afinal, é a partir desta concepção que o assistente social visa a trabalhar, ampliando seu olhar para além das demandas que lhe são visíveis, incluindo toda a rede organizacional dos indivíduos, a qual compreende sua estrutura familiar, material, emocional e relacional.

Anteriormente, a preocupação era com a doença em si, pois, após o diagnóstico, a expectativa de vida das pessoas era bastante reduzida, chegando-se ao óbito devido a complicações clínicas. Atualmente, por outro lado, apesar dos avanços da ciência médica, indivíduos com HIV/Aids convivem com as mais diversas formas de opressão, revelando-se um novo cenário, onde a preocupação maior está pautada nos processos sociais. Percebe-se, neste ponto, a importância do reconhecimento da categoria historicidade ao analisar o contexto histórico da doença e as mudanças verificadas no decorrer do tempo, tanto no âmbito social, como político e cultural:

Sem dúvida, a Aids enquanto uma epidemia também reprojeteu-se no plano social. A configuração da doença na atualidade diferencia-se significativamente dos sentidos da mesma na época de seu surgimento. A configuração rebate diretamente nos processos sociais, não só das pessoas que têm a doença, mas na sociedade como um todo. (KERN, 2004, p. 14).

Considerando sua complexidade, para obter uma melhor análise das problemáticas existentes no cenário que envolve PVHA, é essencial que o assistente social observe a conjuntura da sociedade, em todos os seus aspectos, a fim de diagnosticar quais os limites e as possibilidades com as quais o usuário irá se deparar. Para tanto, a ação do assistente social exige um minucioso planejamento, a fim de viabilizar sua execução da forma mais qualitativa possível, sempre de acordo com os princípios do Código de Ética Profissional.

Conforme citado anteriormente, para uma intervenção profissional competente, o profissional deverá conhecer a legislação existente, em busca da efetivação dos direitos sociais de seus usuários. O Serviço Social, profissão que trabalha diretamente no âmbito das políticas sociais, necessita intervir na realidade de seus usuários de maneira crítica e propositiva, fortalecendo-os em relação aos seus direitos e lutando pela concretização do que está posto na legislação vigente. Afinal, não basta considerar a existência de uma política social; é necessário utilizá-la como instrumento para a efetivação desses direitos, visando à emancipação de PVHA como sujeitos de direitos, assim como todo e qualquer cidadão:

O fortalecimento da cidadania efetiva-se nas **mediações concretas das políticas sociais no que se relaciona à institucionalização dos direitos sociais**, vinculados às demandas que o portador ou doente de Aids apresenta. A intervenção permeia a busca de **acessibilidade, apoio e acompanhamento** dos usuários aos direitos e políticas numa perspectiva da **passagem da exclusão para a inclusão social**. (KERN, 2004, p. 155, grifo da autora).

Segundo Santos, R. M. (2005), o trabalho do assistente social com PVHA se dá em função de uma complexa variedade de demandas, principalmente vinculadas diretamente à epidemia e à adesão ao tratamento, e se constitui em um trabalho educativo junto aos sujeitos, enfatizando-se a aceitação da doença e a importância do tratamento. Entretanto, com relação ao tratamento, é importante destacar alguns elementos que podem dificultar o processo de adesão, como, por exemplo: a necessidade de regularidade no uso da medicação, bem como seus possíveis efeitos colaterais; a relação de desconfiança entre usuário e profissionais de saúde; sua condição socioeconômica; seus hábitos, como alimentação inadequada ou uso de álcool e/ou outras drogas; o processo de exclusão social; etc. Sendo assim, é importante que o profissional esteja atento a todas essas questões antes de planejar sua intervenção.

Quando se trata de usuários com diagnóstico de HIV/Aids, deve-se compreender que há um impacto muito grande nos envolvidos. Uma constatação bastante comum que surge durante o acompanhamento com esses usuários refere-se à não utilização dos serviços de saúde nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Alguns usuários apontam para o fato de

sentirem preconceito nesses espaços e, por isso, segundo eles, prefeririam não frequentá-los. Considerando o modelo assistencial da AB, cujo desenvolvimento das ações em saúde é realizado dentro de um território limitado, em que as UBSs de referência são dispostas territorialmente próximas às residências dos usuários, compreende-se que a insegurança percebida por eles deve-se ao fato de que, normalmente, muitos dos trabalhadores de saúde conhecem os moradores da vizinhança em seu entorno. Esta é a argumentação oferecida pelos usuários quando questionados e, de fato, infelizmente, ainda há muito preconceito com relação a PVHA, até mesmo entre os profissionais.

No atendimento aos usuários de saúde, podem, também, existir algumas dificuldades no processo de compreensão entre profissionais, usuários e/ou seus familiares. Existem casos de analfabetismo, por exemplo, ou, então, pode haver a presença de alguma incapacidade cognitiva, seja esta permanente ou temporária. Às vezes, o profissional necessita buscar algum outro método a fim de garantir a compreensão sobre os procedimentos, assegurando a correta adesão ao tratamento do paciente.

O profissional também deve estar atento a questões culturais, que advêm das práticas sociais. Além do preconceito, que persiste, as famílias trazem inúmeras dificuldades dentro de suas organizações familiares, como, por exemplo, com relação aos processos de trabalho: a maioria das pessoas possui uma ocupação, o que dificulta o seu acompanhamento com o paciente – aliás, a questão do trabalho se manifesta constantemente, sobretudo considerando a precarização evidenciada na sociedade. Existem, também, questões relacionadas a gênero: por exemplo, sabe-se que homens em idade produtiva, diferentemente da mulher, não possuem o hábito de buscar atendimento e realizar exames periodicamente, consultando somente em último caso. Por isso a importância do trabalho educativo junto aos usuários.

Guedes & Stephen-Souza (2009), introduzem o papel da Educação em Saúde – também abordada no PN DST/Aids, conforme exposto anteriormente –, que aponta para uma concepção ampliada de saúde, a qual visa à qualificação da vida dos sujeitos, reforçando os conceitos de democracia e cidadania. Aliás, ao analisar os princípios do SUS, percebe-se o quanto eles estão associados à perspectiva político-pedagógica da Educação em Saúde:

A Educação em Saúde tem, no Programa Nacional DST/AIDS e em outros, papel relevante na promoção da saúde, ao buscar desencadear um processo de cuidado voltado para a resolução conjunta dos problemas de saúde, para além dos aportes higienistas cunhados nas ações institucionais tradicionais. O conceito de Educação em Saúde apregoado pelo Ministério da Saúde/MS, hoje, diz respeito à capacitação dos grupos para resolução das questões pertinentes ao processo saúde-doença e defesa incontestável do direito à Saúde. (GUEDES & STEPHEN-SOUZA, 2009, p. 390).

O cuidado em saúde, a partir de um viés crítico, retoma o conceito de integralidade em saúde, permitindo que os sujeitos sejam percebidos em uma perspectiva de totalidade, considerando a concepção ampliada de saúde em detrimento de uma postura mecanicista, higienista. O Serviço Social busca, através do diálogo, do acolhimento e do vínculo, potencializar os usuários, reconhecendo-os como sujeitos de direitos partícipes no controle de seu processo saúde-doença, a partir desta mesma concepção ampliada de saúde. Denota-se, portanto, a importância das práticas educativas no processo de capacitação dos indivíduos, com vistas à promoção de saúde.

A partir da experiência de estágio em um hospital de alta complexidade, Monteiro (2004) refere que:

Para o Serviço Social o atendimento individual pauta-se na **abordagem educativa e reflexiva visando orientar e informar sobre o tratamento, direitos e deveres do soropositivo, questões trabalhistas, previdenciárias e jurídicas**. Atua também diretamente com as **demandas sociais relativas à falta de alimentação, medicação e transporte**, sendo extensivo o **acompanhamento social a familiares** que enfrentam as mesmas dificuldades dos usuários. (MONTEIRO, 2004, p. 47, grifo da autora).

Entretanto, são diversos os fatores que podem influenciar no processo saúde-doença e o profissional deve buscar ampliar seu olhar em todos os seus aspectos. Evidentemente, além do conhecimento técnico e do conhecimento acerca da legislação e dos serviços que são oferecidos à população usuária, outros requisitos são essenciais para o assistente social, como, por exemplo: empatia, capacidade de escuta, capacidade de análise crítica e proatividade. É necessário buscar o aperfeiçoamento dos atendimentos oferecidos aos usuários, utilizando um olhar integral, ético, político e humanizado, verdadeiramente comprometido com a identidade profissional do Serviço Social. O profissional necessita ter uma visão diferenciada, despidendo-se de preconceitos, e se preparar para vivenciar situações difíceis, compreendendo que os usuários procedem de acordo com o contexto em que estão inseridos, e que podem reagir de maneiras diferentes à doença, conforme a situação ou o ambiente em que se encontram.

Na relação do Serviço Social com o HIV/Aids, Kern (2003) destaca não somente as microrrelações do usuário em questão, mas também as macrorrelações, buscando situá-lo em seu tempo histórico a fim de resgatar sua condição de sujeito social. O autor reforça o papel da mediação dos assistentes sociais com seus usuários a partir da construção da articulação de suas redes sociais, buscando resgatar sua identidade humano-social, seu fortalecimento, autonomia e emancipação, em virtude da estigmatização da doença: “[...] o Serviço Social, na

articulação das estratégias de intervenção, resgata as relações do mesmo com determinações culturais, econômicas, familiares, organizacionais e políticas, o que resulta na construção da rede social de apoio do usuário.” (KERN, 2003, p. 60). Ao mesmo tempo, o autor aponta: “[...] cabe ao assistente social não apenas tratá-lo, não o readequar, não o reinserir, mas sim construir junto a potencialização da força que pode mover a sua rede social numa dimensão de direitos sociais garantidos e, por consequência, a vivência plena da cidadania.” (KERN, 2003, p. 54).

Deve-se, portanto, construir um trabalho com e para o usuário, evidenciando uma perspectiva horizontal e não manipuladora, a fim de levantar questões que façam sentido a ele e não aos objetivos próprios do profissional. O assistente social necessita desenvolver a descoberta de interesses e preocupações de seus usuários junto a eles, problematizando seus cotidianos e potencializando-os enquanto sujeitos para que se insiram no processo de desvelar a realidade, estando atento para não reproduzir condutas autoritárias.

É importante considerar, ainda, que o sofrimento psíquico é inerente ao processo de adoecimento, o que exige um tratamento diferenciado do assistente social para com seus usuários. Especialmente, em se tratando de uma doença como a Aids, cuja referência à morte é tão presente na vida deles: “[...] praticamente obriga-se o paciente a conhecer todas as formas e dificuldades que a doença provavelmente irá produzir em seu organismo [...]” (HENRICH, 2008, p. 43). Isto acaba elevando ainda mais o nível de sofrimento dos pacientes, podendo surgir sintomas como estresse, ansiedade e depressão. Aliás, sugere-se, quando necessário, o acompanhamento de um profissional psicólogo para lidar com os aspectos psicossociais do usuário. (CALVETTI, 2010).

Segundo Iamamoto (1996, p. 14), “o assistente social convive com as mais amplas e dramáticas expressões da questão social nas relações sociais cotidianas tal como vivenciadas pelos indivíduos sociais, seja em sua vida pública e privada.” Acredita-se que o trabalho do assistente social na área da saúde e, especialmente, na abordagem com PVHA na alta complexidade, revela-se ainda mais desafiador, devendo o profissional estar preparado para lidar com questões tão complexas e multifacetadas. Outrossim, considerando os diferentes aspectos que a doença envolve, torna-se ainda mais importante (e necessária) a articulação com os demais trabalhadores da equipe de saúde, devendo-se trabalhar sempre em conjunto; jamais de forma isolada.

4.1 Acompanhamento social pós-alta hospitalar com Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA): a continuidade do cuidado em saúde a partir da perspectiva do Serviço Social

O estágio curricular corresponde à articulação entre a formação e o exercício profissional, ou seja, visa à junção entre teoria e prática, a fim de proporcionar ao alunado uma experiência profissional aliada às diretrizes curriculares. Todo e qualquer estágio traz em si uma oportunidade, afinal, viabilizam-se, nesses espaços, experiências teórico-práticas fundamentais ao desenvolvimento dos estudantes. Outrossim, além da possibilidade de se colocar em prática o conhecimento adquirido teoricamente na universidade, pode-se, também, desenvolver habilidades pessoais, como autoconfiança e proatividade, por exemplo. Segundo a ABEPSS (2009, p. 14),

O estágio supervisionado no curso de Serviço Social apresenta como uma de suas premissas oportunizar ao(a) estudante o estabelecimento de relações mediatas entre os conhecimentos teórico-metodológicos e o trabalho profissional, a capacitação técnico-operativa e o desenvolvimento de competências necessárias ao exercício da profissão [...].

O Estágio Curricular II do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) permite a elaboração e execução de um projeto de intervenção, possibilitando ao aluno intervir diretamente na realidade dos usuários. Esse é o momento de pôr em prática toda a capacidade do aluno, o qual, após profunda análise sociocrítica da instituição, da natureza das demandas dos usuários e da política específica de seu campo de estágio, deverá concretizar uma proposta interventiva com vistas à transformação da realidade que se apresenta naquele espaço. Trata-se de um processo bastante relevante, pois contribui para o desenvolvimento de suas habilidades investigativa, propositiva e interventiva, evidenciando o processo de práxis através da articulação entre os eixos ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo da profissão. Ademais, face às novas demandas sociais da contemporaneidade, com vistas à transformação social tão almejada pela profissão, o caráter investigativo e a capacitação continuada são requisitos fundamentais para a qualificação dos assistentes sociais. Da mesma forma, durante o processo de formação acadêmica, esta premissa é inquestionável. Afinal, a consciência crítica deve permear todo o processo de aprendizagem do alunado.

Em vista disso, esta seção do trabalho terá como objetivo principal problematizar a questão da continuidade do cuidado em saúde, com base na experiência de estágio curricular obrigatório da acadêmica – realizado no Serviço de Infectologia de um hospital de alta

complexidade, durante o período de agosto/2015 a junho/2016 –, que culminou com a implementação de seu projeto de intervenção, intitulado como: “Acompanhamento social pós-alta hospitalar de pacientes HIV/Aids”. Inicialmente, será apresentada uma análise crítica acerca do processo de elaboração, execução e monitoramento do referido projeto, com a apresentação de dados concretos, computados pela acadêmica durante esse período, buscando evidenciar quais foram os avanços e desafios vivenciados durante esse processo de aprendizagem, juntamente com a contextualização de como se dá o trabalho do assistente social dentro desse espaço sócio-ocupacional e qual a sua contribuição para com esta população usuária. Por fim, será abordada a questão da continuidade do cuidado em saúde, buscando refletir sobre a integralidade em saúde e os desafios da profissão em busca de sua concretização.

4.1.1 Contextualização do projeto de intervenção dentro do espaço sócio-ocupacional

Os profissionais que atuam em um ambiente hospitalar necessitam se apropriar não somente do espaço sócio-ocupacional em que estão inseridos, com suas demandas específicas, mas buscar um preparo ainda maior no desempenho de suas funções, considerando a complexidade deste setor. Devem conhecer as mais diversas temáticas relacionadas à área da saúde, tais como: a política que a constitui; o modelo de atendimento proposto, focado no conceito ampliado de saúde e na humanização; as Redes de Atenção à Saúde (RAS) ou os fluxos dos serviços oferecidos. Todavia, também devem conhecer a legislação pertinente às demais áreas de atuação, abrangendo conhecimento sobre os demais aspectos vinculados aos direitos dos cidadãos, a fim de executar ações o mais integralmente possível, tendo em vista a diversidade de demandas existente.

Dentre as atividades desenvolvidas pelo Serviço Social na Infectologia constavam: entrevistas individuais com os pacientes, com familiares e/ou colaterais ou com familiares e/ou colaterais junto à equipe de saúde, visando a orientar e esclarecer acerca de recursos internos e externos ao hospital; levantamento, atualização e contatos com a rede social de apoio; visitas domiciliares e/ou institucionais; tarefas técnico-administrativas, como preenchimento, organização e registro de documentação específica do Serviço Social; etc. Através das entrevistas com os usuários, fazia-se o acolhimento buscando dar suporte, orientando sobre seus direitos e incentivando, ainda, a adesão ao tratamento e o vínculo com a família.

A entrevista corresponde à dimensão técnico-operativa do Serviço Social, todavia, o assistente social não pode se esquecer de atribuir a este instrumento de trabalho as demais dimensões da profissão: ético-política e teórico-metodológica. Para se realizar uma boa entrevista, é necessário desenvolver técnicas e habilidades, e sua primeira etapa é o planejamento, uma mediação teórico-metodológica utilizada para organizar antecipadamente as ações do profissional. Afinal, deve-se ter clareza de sua finalidade, compreendendo que toda ação deve ser imbuída de intencionalidade, a fim de dar-lhe sentido. O local da entrevista deve garantir o sigilo, propiciando a comunicação livre entre profissional e usuário de forma digna e respeitosa, garantindo a qualidade do exercício profissional – conforme disposto no artigo 3º da Resolução nº 493, de 21 de agosto de 2006: “o atendimento efetuado pelo assistente social deve ser feito com portas fechadas, de forma a garantir o sigilo.” (CFESS, 2006). Entretanto, no ambiente hospitalar, normalmente, os atendimentos são realizados nos leitos, os quais, muitas vezes, são divididos entre dois ou mais pacientes, havendo apenas uma cortina que os separa, no intuito de dispor de alguma privacidade. Desta forma, a questão do sigilo, que visa à proteção do usuário, garantindo a confidencialidade profissional diante das informações fornecidas, encontra-se comprometida.

Ao compreender que o trabalho do assistente social é processual e que as demandas surgem no decorrer do tempo, sendo difícil conceber as necessidades dos usuários a partir de uma única entrevista, por exemplo – o que é muito comum de acontecer, devido à rotatividade de pacientes que geralmente ocorre em um ambiente hospitalar –, acredita-se ser essencial a realização de um acompanhamento contínuo, visando a apreender a totalidade dos sujeitos atendidos, conhecendo os determinantes sociais e as vulnerabilidades de cada um deles. Afinal, conceber as expressões da questão social é fundamental para a recuperação de seus processos de saúde, no entanto, isto requer tempo para o devido aprofundamento e reflexão.

O objetivo do projeto de intervenção proposto à instituição pela acadêmica era contribuir para o aprimoramento do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social junto às pessoas que viviam com HIV/Aids a partir da perspectiva exposta, isto é, de continuidade do cuidado em saúde. Considerando a população usuária em questão, cuja complexidade da assistência torna-se ainda maior, tendo em vista os inúmeros desdobramentos que a temática acaba por envolver, a ideia era propiciar o acompanhamento social pós-alta hospitalar de tais pacientes, visando a dar continuidade ao trabalho realizado durante a internação, a fim de contribuir para o fortalecimento do tratamento destes.

A concepção ampliada de saúde considera que fatores como alimentação, condições de moradia, saneamento, educação, trabalho, etc., estejam interligados ao processo saúde-doença dos sujeitos – vide o disposto na LOS (BRASIL, 1990a) –, e esta também é a perspectiva do Serviço Social. Conforme apontado por Silva & Rodrigues (2015, p. 42), o cuidado à saúde requer a observação do contexto em que vive o usuário, englobando “os determinantes sociais, econômicos, culturais, religiosos, ambientais, suas relações familiares e o meio onde vive, etc., denominadas como condições de vida”. A partir de uma maior aproximação com o contexto social desses sujeitos, buscar-se-ia identificar quais as vulnerabilidades existentes em seu cotidiano, tendo em vista que são estas que, muitas vezes, acabam por interferir na adesão ao tratamento. Observou-se, por exemplo, no perfil dos pacientes com HIV/Aids internados no hospital, que, considerando a questão da “baixa adesão” ao tratamento, normalmente, existia alguma relação com expressões da questão social, o que denotava a importância da presença do Serviço Social no atendimento para com esses sujeitos. Dentre os principais aspectos encontrados na população usuária estavam: vulnerabilidade social decorrente da pobreza, acesso precário aos serviços públicos, desemprego, baixo nível de escolaridade, dificuldades socioeconômicas, fragilização de vínculos, situação de rua, dificuldades cognitivas, doenças mentais, e/ou abuso de álcool e/ou outras drogas.

Adentrando a profissão de Serviço Social, é através desse contexto, baseando-se em uma análise mais ampla acerca da realidade (sob uma perspectiva de totalidade), que o assistente social se propõe a intervir, transcendendo seus limites a fim de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos usuários, trabalhando em conjunto a questão da adesão ao tratamento, essencial para a manutenção de suas condições de saúde. A continuidade do acompanhamento social aos pacientes permite ampliar o alcance da intervenção profissional para além dos muros hospitalares, reforçando a integralidade da assistência em saúde prevista na LOS. Amplia-se, desta forma, o olhar profissional para uma realidade muito mais complexa do que aquela percebida no contexto hospitalar. De acordo com Martinelli (apud Martinelli, 2011, p. 503),

O alcance do olhar do profissional eticamente comprometido transcende os muros do hospital, buscando os núcleos de apoio na família, na comunidade, lugares sociais de pertencimento onde se dá o cotidiano de vida das pessoas. É na cotidianidade da vida que a história se faz, é aí que se forjam vulnerabilidades e riscos, mas se forjam também formas de superação.

A referida citação serviu de inspiração para o projeto de intervenção proposto pela acadêmica, pois foi o sentimento de frustração sentido diante da perda de contato com os

usuários que lhe moveu a dar esta direção ao trabalho. Afinal, após a alta hospitalar, não se sabe o que irá acontecer com eles; se conseguirão acessar os seus direitos ou se irão aderir ao tratamento.

Pode-se dizer que o objetivo principal do acompanhamento social pós-alta era o de evitar uma reinternação hospitalar devido à “baixa adesão ao tratamento” dos usuários, o que acontecia com bastante frequência dentre os pacientes internados. Desta forma, buscar-se-ia oferecer assistência contínua aos usuários, deixando as portas do Serviço Social da Infectologia sempre abertas, aspirando à manutenção do vínculo criado com eles.

No processo de alta hospitalar – o qual, ressalta-se, não deve ocorrer no intuito de desafogar a alta complexidade –, o Serviço Social deve fornecer todo o suporte necessário para que o tratamento do usuário tenha continuidade. Preferencialmente em sua casa, onde, se possível, possa permanecer próximo de seus familiares e amigos, contribuindo para a sua qualidade de vida e favorecendo, conseqüentemente, sua recuperação. Neste caso, o Serviço Social atua através da identificação das necessidades do usuário na obtenção da alta, analisando, por exemplo: a existência de vínculos afetivos (familiares ou não) que possam lhe assessorar nesse processo; a vinculação deste à sua UBS de referência, bem como a algum serviço ambulatorial especializado em HIV/Aids, como os SAEs; a articulação existente com a rede socioassistencial, como, por exemplo, com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), ou Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); a necessidade de acesso a benefícios previdenciários (ou outros tipos de benefícios); a disponibilidade de transporte; ou então o acesso a materiais, como sondas – muito comum nos pacientes atendidos: a sonda nasoenteral (SNE) –, cilindros de oxigênio, fraldas, medicamentos, órteses ou próteses, dentre outros equipamentos necessários aos seus cuidados de saúde. Percebe-se, portanto, na prática, o quanto conhecer a legislação e saber articular com a rede de serviços é fundamental para poder orientar os usuários e contribuir no acesso aos seus direitos.

Ao propor a continuidade do trabalho do Serviço Social após a alta hospitalar, buscar-se-ia, também, analisar o andamento dos encaminhamentos realizados junto aos usuários, a fim de monitorar a efetividade das proposições realizadas durante a internação, bem como suas possibilidades de acesso – mediando, se necessário, os desafios encontrados junto à rede de apoio –, e propor estratégias para a melhoria dos atendimentos oferecidos. Afinal, compreende-se que o acompanhamento sistemático contribui para a efetivação dos encaminhamentos realizados junto aos usuários e/ou a seus familiares. Muitas vezes, eles se

sentem “perdidos” diante de tantos encaminhamentos, os quais, sabe-se, tramitam através de processos burocráticos, lentos. Isso denota ainda mais a importância do acompanhamento social pós-alta hospitalar, pois possibilita ao profissional continuar oferecendo suporte aos usuários, reforçando a continuidade dos encaminhamentos propostos durante a internação e fortalecendo, conseqüentemente, o processo de adesão ao tratamento destes.

4.1.2 Descrição e análise crítica sobre o acompanhamento social pós-alta hospitalar de PVHA

A primeira etapa do projeto de intervenção resumia-se à apresentação da proposta à chefia responsável pelo Serviço Social do hospital, a qual ocorreu, no intuito de explanar seus objetivos e demonstrar sua importância, solicitando autorização para a sua implementação. Entretanto, devido a questões relativas às rotinas instituídas nos processos de trabalho, não foi possível apresentá-lo à equipe da Infectologia, cujo objetivo era suscitar o interesse e o envolvimento dos demais profissionais de saúde. Acredita-se que a apresentação do projeto teria sido de fundamental importância para a avaliação da viabilidade de articulação com a equipe assistencial e, acima de tudo, para a possibilidade de efetivação do mesmo, pressupondo que a articulação contínua com a equipe estabeleceria um maior intercâmbio de conhecimentos e informações a respeito dos pacientes.

A acadêmica responsável também previa a sistematização de um modelo de atendimento pós-alta que possibilitasse ao Serviço Social atender os usuários na mesma data em que estes se encontrassem no hospital para realizar suas consultas clínicas, evitando, neste caso, deslocamentos desnecessários. No entanto, ao perceber a dificuldade de articulação com a equipe, no intuito de identificar os agendamentos clínicos de seus usuários, a estagiária se dirigiu diretamente ao local onde eram realizadas tais consultas. Alguns agendamentos foram disponibilizados pela recepcionista do local, o que permitiu uma melhor organização da estagiária, possibilitando o contato inicial com alguns de seus usuários. Contudo, posteriormente, no decorrer da implementação do projeto, esta comunicação também foi se fragilizando. Não pela falta de disponibilidade da profissional, mas sim, pela dificuldade da estagiária em conciliar o tempo entre seu exercício profissional habitual nas Unidades de Internação e as funções referentes ao seu projeto de intervenção.

Durante a realização de alguns contatos pós-alta realizados via telefone, foi possível identificar algumas situações de forma imediata, constatando, através do diálogo, algumas das dificuldades encontradas pelos pacientes e/ou seus familiares. Aliás, no projeto estava previsto que, quando da impossibilidade de atendimento presencial com os pacientes, as

informações necessárias deveriam ser buscadas através de contato telefônico (ou qualquer outro meio disponível) diretamente com o paciente e/ou seus familiares, ou então com a rede intersetorial, articulando com a rede sociojurídica, previdenciária, assistencial e/ou de saúde, conforme as demandas apresentadas pelos pacientes. Em alguns casos, inclusive, considerando as complexidades existentes, foi disponibilizado um número de contato telefônico aos pacientes e/ou a seus familiares, para que pudessem eles mesmos buscar orientações a qualquer momento.

Com relação à execução do projeto propriamente dita, durante o período de seis meses, conforme previsto no cronograma inicial, foram realizados atendimentos pós-alta com 12 pacientes. Ressalta-se que, dentre os 12 pacientes atendidos no pós-alta, alguns foram atendidos presencialmente mais de uma vez. Além disso, também foram contabilizados os contatos telefônicos realizados com os pacientes e/ou seus familiares, sendo que alguns destes foram acompanhados até seis vezes durante o período de seis meses previsto no cronograma do projeto. Sendo assim, é de se observar que a contabilização final da totalidade de atendimentos realizados deve compreender tais especificidades, considerando a singularidade de cada caso.

Todos os atendimentos realizados com os usuários, assim como os contatos realizados com a rede social de apoio, seja através da articulação com familiares e/ou colaterais do usuário ou com instituições e serviços externos, foram registrados no sistema eletrônico do hospital, de forma a garantir a visibilidade dos serviços prestados e viabilizar a interlocução entre os profissionais a respeito da situação de cada um deles. Aliás, segundo Matos (2013), para além da comunicação entre os profissionais, o registro em prontuário também se constitui em objeto de pesquisa e planejamento para ações que possam vir a aprimorar os serviços de saúde oferecidos, visando a ampliar seu alcance, proporcionando resultados significativos na assistência, ensino e pesquisa. Percebe-se, portanto, a importância do registro no trabalho do assistente social, tanto para a integralidade do atendimento, como para promover novas ações interventivas, através da análise e reflexão da sistematização do material produzido e documentado.

Ressalta-se que os pacientes previstos para atendimento referiam-se somente àqueles cuja intervenção da acadêmica tivesse previsto algum tipo de encaminhamento, dependendo, portanto, da identificação de demandas sociais desses indivíduos. Sendo assim, nem todos os pacientes atendidos pela acadêmica durante a internação seriam inseridos em seu projeto de

intervenção. Para aqueles que não foram inseridos, foi estabelecida a categorização “não se aplica”, a fim de sistematizar o planejamento de seu trabalho.

Dentre os pacientes pertencentes à categoria “não se aplica”, foram identificados 4 casos em que não se apresentavam demandas sociais – a partir da visão da estagiária naquele momento. Também foram excluídos da avaliação 8 casos cujos atendimentos ocorreram uma única vez e/ou de maneira superficial, onde não foi possível aprofundar o contexto do paciente. Outrossim, deve-se considerar que, durante o período de execução do projeto, infelizmente, alguns dos pacientes atendidos vieram a óbito – no total, ocorreram 5 falecimentos.

Lidar com a questão da morte é bastante complexo e torna-se um desafio para os profissionais da área da saúde. No decorrer do processo de estágio, apesar de terem ocorrido alguns episódios de óbito, a estagiária não os presenciou, vindo a saber dos fatos somente após o ocorrido. Apesar disso, em cada situação, o sentimento de perda esteve presente; afinal, não existe neutralidade. De acordo com Lemos (2009, p. 117), “habilitados que somos para zelar de alguma forma pela saúde dos seres humanos, quando nos deparamos com as situações de morte iminente, sentimentos como impotência e frustração comumente se tornam presentes em nossas vidas.”

Outrossim, ao trabalhar cotidianamente diante do sofrimento e da iminência da morte, corre-se o risco de agir de forma mecanicista, excluindo a humanização do exercício profissional. Contudo, conforme apontado por Kovacs (2002, p. 395): “O sofrimento deve despertar no profissional o desejo do cuidado, a empatia e a compaixão. Se levar ao distanciamento, à indiferença, ao tecnicismo, com certeza há algo de errado [...]” Afinal, sabe-se o quanto é difícil lidar com tais situações. Não obstante, em que pese a compreensão de que a morte seja algo inevitável, que acontecerá a todos nós, deve-se buscar a junção entre a competência técnica e a sensibilidade, visando a manter o equilíbrio, a fim de oferecer um atendimento digno aos usuários.

De um total de 43 pacientes atendidos na internação, cuja alta hospitalar ocorrera durante o período de seis meses estabelecido pela acadêmica em seu projeto, 17 foram excluídos sob a categorização “não se aplica”, levando a um restante de 26 pacientes. Desses 26 pacientes, 12 foram atendidos no pós-alta, ou seja, integraram o projeto de intervenção, atingindo-se, portanto, 46% dos pacientes, quando a meta prevista anteriormente pela acadêmica era de 30%.

A propósito, ao analisar as metas propostas no referido projeto – (i) acompanhamento social pós-alta hospitalar de, pelo menos, 30% dos pacientes atendidos durante a internação; (ii) aprofundamento do contexto social de 100% dos pacientes em acompanhamento social; (iii) efetivação de 70% dos encaminhamentos realizados pelo Serviço Social durante a internação destes; (iv) o aprimoramento do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social junto a esses pacientes; e (v) o fortalecimento da adesão ao tratamento dos pacientes –, percebe-se, além da subjetividade de algumas propostas, demasiada idealização acerca de sua concretude. Para estudos futuros, propõe-se, por exemplo, que a meta referente à “efetivação de 70% dos encaminhamentos realizados pelo Serviço Social durante a internação dos pacientes” fosse abordada com maior enfoque, tendo em vista a dificuldade de sua aplicabilidade durante a execução do projeto. Neste caso, a acadêmica limitou-se, apenas, à exposição e análise das demandas e encaminhamentos, sem focar na contabilização numérica de sua concretização.

Com relação às reinternações, durante o período de execução do projeto, dos 43 pacientes contabilizados, 14 reinternaram (alguns, inclusive, mais de uma vez), enquanto, dentre os 12 pacientes atendidos no pós-alta, apenas 4 reinternaram (todos eles uma única vez). É importante destacar, porém, que os casos de reinternação são referentes a pacientes cujo quadro clínico já se encontrava bastante agravado.

Visando a demonstrar quais as principais demandas e encaminhamentos realizados junto aos 12 pacientes atendidos no pós-alta hospitalar, além da quantidade de reinternações que ocorreram entre eles, buscou-se adensar alguns dados, os quais podem ser visualizados no Quadro 2, elaborado a partir dos registros realizados durante o período de estágio. Ressalta-se, todavia, que a identificação das atividades pós-alta não estão evidenciadas em sua totalidade neste quadro, considerando a complexidade das condições deste trabalho, tanto no que se refere ao planejamento em si quanto às formas de registro. Alguns contatos ou encaminhamentos realizados, seja com pacientes e/ou seus familiares ou com a rede de apoio socioassistencial, deram-se espontaneamente e/ou não foram considerados relevantes para o registro sistemático, apesar de terem sido relatados nos prontuários dos referidos pacientes. Houve encaminhamentos, por exemplo, que foram efetivados ainda durante o período de internação dos pacientes, enquanto os contatos realizados com a rede socioassistencial, considerados parte integrante da rotina profissional, não foram computados nesta sistematização. Não obstante, é importante destacar que, apesar de esses dados não serem apresentados no quadro em questão, além do registro no prontuário dos pacientes, todos os atendimentos e contatos realizados foram registrados em documentação própria organizada

pela estagiária. O que se busca, na verdade, com a sistematização deste quadro, é apontar um resumo do trabalho desenvolvido junto aos pacientes, a fim de evidenciar as principais questões envolvidas no pós-alta hospitalar. Afinal, cada caso possui suas especificidades e seria impossível abranger a todos em sua totalidade. Outrossim, preza-se pelo sigilo das informações, as quais nem sempre são possíveis de compartilhar.

Visando a elucidar o andamento dos encaminhamentos expostos no Quadro 2, foram estabelecidas as seguintes categorias: (i) **sim**, nos casos em que o usuário conseguiu acessar o serviço e/ou benefício; (ii) **não**, quando este não conseguiu acessar; e (iii) **pendente**, quando este ainda não havia acessado (independentemente do motivo), aguardava deferimento, ou no caso de a estagiária não ter conseguido obter esta informação junto ao paciente dentro do prazo definido no cronograma do projeto.

Quadro 2 - Projeto de Intervenção: Acompanhamento social pós-alta hospitalar de pacientes HIV/Aids

Paciente	Encaminhamentos	Atendimentos pós-alta	Reinternações
A	UBS (não); Auxílio-Doença (sim); Isenção do TRI (sim); CRAS (não).	2 pós-alta: 1 presencial e 1 contato telefônico.	Não
B	Auxílio-Doença (não); Isenção do TRI (não); CRAS (não).	5 pós-alta: 1 presencial e 4 contatos telefônicos.	Não
C	UBS (sim); Auxílio-Doença (não - paciente segue trabalhando); Isenção do TRI (sim); CRAS (pendente).	6 pós-alta: 2 presenciais e 4 contatos telefônicos.	Não
D	UBS (sim); SNE (sim); CRTB (sim); HSP (sim); PAD - Programa de Atenção Domiciliar (sim); Isenção do TRI (não); CRAS (sim).	5 pós-alta: 2 presenciais e 3 contatos telefônicos.	Sim. Uma vez.
E	UBS (sim); SNE (sim); CRAS (pendente).	1 pós-alta: presencial.	Sim. Uma vez.
F	UBS (sim); Auxílio-Doença (sim); SNE (sim); órtese e prótese (pendente).	5 pós-alta: 2 presenciais e 3 contatos telefônicos.	Não
G	SAE (sim); Auxílio-Doença (não - paciente segue trabalhando).	1 pós-alta: presencial.	Não
H	UBS (sim); SNE (pendente); Auxílio-Doença (sim); Isenção do TRI (pendente).	2 pós-alta: 1 presencial e 1 contato telefônico.	Sim. Uma vez.
I	UBS (sim); SNE (sim); CRAS (sim).	2 pós-alta: 1 presencial e 1 contato telefônico.	Não
J	UBS (sim); BPC (pendente).	2 pós-alta: 1 presencial e 1 contato telefônico.	Não
K	UBS (sim); Auxílio-Doença (pendente); Isenção do TRI (pendente); CRAS (pendente).	1 pós-alta: contato telefônico.	Sim. Uma vez.
L	UBS (sim); BPC (pendente); Isenção do TRI (pendente); PROTIG - Programa de Transtorno de Identidade de Gênero (pendente).	3 pós-alta: 1 presencial e 2 contatos telefônicos.	Não

Fonte: organizado pela autora. (ZUCCHETTI, 2016a).

Para contextualizar, serão discutidos alguns dos principais encaminhamentos realizados junto aos pacientes. Dentre eles, destacam-se aqueles relacionados ao encaminhamento do paciente à Rede de Atenção Básica de Saúde: à sua UBS de referência, por exemplo, ou às demais instituições de saúde.

Em Porto Alegre, no caso do HIV/Aids e da Tuberculose (TB), muitas vezes se referencia o paciente ao Hospital Sanatório Partenon (HSP), ao SAE de referência ou ao Centro de Referência em Tuberculose (CRTB), de acordo com a demanda do paciente e do seu território residencial. Aliás, muitas vezes, os pacientes já possuem vínculo com estes espaços, porém, há também aqueles que sequer foram cadastrados em suas UBSs de referência.

Outra demanda específica no caso de pacientes com HIV/Aids e/ou TB, refere-se à solicitação de isenção do Cartão de Transporte Integrado (TRI), o qual é referenciado à Empresa Pública de Transporte e Circulação (EPTC), para fins de acesso a transporte gratuito no município – têm direito ao passaporte de isenção nos ônibus de Porto Alegre as pessoas com deficiência auditiva, física, mental ou visual, doentes de Aids em tratamento e menores carentes em situação de vulnerabilidade vinculados à Fundação de Assistência Social e Cidadania (FASC) de Porto Alegre. (PORTO ALEGRE, 2016). Aliás, de acordo com o artigo 6º da Constituição Federal de 1988, o transporte também é um direito social dos cidadãos. Esta questão remete ao conceito ampliado de saúde, pois está diretamente associada ao acesso do usuário aos serviços de saúde. Afinal, na falta deste, o tratamento do usuário pode vir a ser comprometido.

Outro dos principais encaminhamentos realizados junto aos usuários refere-se à sua situação ocupacional: nos casos de encaminhamento ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) para realização de perícia médica, quando se trata de Auxílio-Doença, ou então para a perícia médica e social, quando se trata de encaminhamento para o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o qual é realizado mediante o Serviço Social da Agência da Previdência Social (APS) à qual o paciente se dirige. Neste último caso, buscava-se, também, orientá-los quanto ao preenchimento dos devidos formulários, indispensável para o acesso do referido benefício socioassistencial. De acordo com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS):

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. (BRASIL, 1993).

Todavia, para fins de sua concessão, considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário-mínimo. Além disso, é importante ressaltar que, em caso de deficiência, para acessar o benefício, o cidadão necessita ter uma deficiência que inviabilize a sua efetiva

participação na sociedade, impossibilitando-o de adentrar ao mercado de trabalho. (BRASIL, 1993).

Com relação às situações de vulnerabilidade social, buscava-se o encaminhamento ao CRAS. Considerado a porta de entrada da Assistência Social, o CRAS, além de disponibilizar o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (Paif) e o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), oferece aos cidadãos orientações sobre os benefícios assistenciais e realiza a inscrição junto ao Cadastro Único para acessar os programas sociais do governo federal. Nos casos em que há situação de risco pessoal ou social, onde já ocorreu o rompimento de vínculos ou houve violação de direitos, o usuário é encaminhado ao CREAS. (BRASIL, 1993).

Em vista disso, pode-se observar que o trabalho do Serviço Social é bastante amplo, podendo abranger inúmeras questões em sua intervenção profissional. Por isso, é importante que o assistente social busque conhecimento em diversas áreas de atuação, a fim de ampliar o acesso aos direitos sociais de seus usuários.

4.1.3 Processo de monitoramento e avaliação do projeto de intervenção

Ao relacionar o PEP ao exercício profissional do Serviço Social dentro do espaço sócio-ocupacional do campo de estágio curricular da acadêmica, apesar de se tratar de um hospital de referência em casos de alta complexidade e de a profissão ter obtido grandes avanços desde a sua implementação, ainda existem muitas dificuldades a serem enfrentadas, como a falta de recursos físicos, materiais e, também, humanos. Na verdade, seria necessário ampliar o quadro de profissionais do Serviço Social em razão da quantidade de demandas existente, pois isso acaba sobrecarregando os profissionais e prejudicando a qualidade dos atendimentos oferecidos aos usuários.

Existem, também, questões relacionadas à disposição logística dos serviços. Muitas vezes, o assistente social necessitava trabalhar em diversos setores ao mesmo tempo, os quais, todavia, estavam localizados em espaços diferentes. Aliás, nem todos os setores dispunham de um profissional assistente social e nem todos os assistentes sociais possuíam uma sala própria para realizar seus atendimentos com os usuários. Neste caso, atendia-se junto ao leito do paciente, buscava-se alguma sala em outro setor, ou, ainda, alguma vaga na coordenação do Serviço Social, a qual, todavia, além de atender os pacientes provenientes do ambulatório, também não dispunha de muito espaço. Diante de tais circunstâncias, os profissionais

necessitam ter uma postura resolutiva na execução de suas funções, atuando de forma flexível e adequando o ideal da legislação ao seu cotidiano.

Após a conclusão do projeto de intervenção proposto e a devida reflexão sobre ele, foi possível perceber tanto a dificuldade de sua implementação no interior da instituição, como o desafio encontrado para apurar os dados levantados e realizar uma análise competente acerca de todo o processo. Afinal, não se tratava de um projeto simples; abrangia-se inúmeras questões ao mesmo tempo e, muitas delas, repletas de subjetividade.

Uma das dificuldades encontradas foi o fato de o projeto de intervenção não ter sido apresentado à equipe da Infectologia, conforme relatado anteriormente. Acredita-se que isso tenha prejudicado sua implementação de forma mais plena, de certa forma. Afinal, a colaboração dos demais profissionais, através da troca de informações, poderia ter contribuído significativamente para o seu desenvolvimento, destacando-se a importância da interdisciplinaridade e da integralidade do cuidado. Compreende-se que dentro de uma instituição de grande porte possam existir algumas dificuldades de comunicação entre os trabalhadores, todavia, por mais que o acesso aos componentes da equipe de saúde fosse difícil – seja devido à dinâmica e exaustiva rotina de trabalho, ou então a problemas relacionados à própria gestão –, acredita-se que o conhecimento e apoio dos demais trabalhadores da equipe assistencial teria sido fundamental para uma implementação mais efetiva do projeto em questão.

Além dos obstáculos mencionados, acredita-se que a rotatividade dos médicos residentes e o fato de os atendimentos serem realizados em diversas localidades do hospital – leitos para pacientes com HIV/Aids são ofertados em cinco andares diferentes do hospital, sendo a equipe assistencial única para cada andar –, também tenham dificultado a comunicação entre a acadêmica e os demais trabalhadores, prejudicando a uniformidade do trabalho proposto. Ademais, tratando-se de uma realidade institucional, compreende-se que, como na maioria dos espaços, existem certas barreiras provenientes de impedimentos relacionais – tendo em vista as relações hierárquicas de poder – que fogem ao alcance do profissional. Destarte, constatando-se que até mesmo o profissional habilitado não possui total autonomia em seu cotidiano profissional, questiona-se acerca da autonomia de um estagiário, o qual, neste caso, ainda se encontra em processo de formação.

Na verdade, foram identificados inúmeros desafios durante a execução do projeto. Dentre os principais, destaca-se, ainda, a dificuldade, tanto de organização dos dados como da própria execução dos atendimentos pós-alta, frente à enorme quantidade de demandas

existente no serviço, especialmente, considerando a alta rotatividade de pacientes no interior das unidades de internação. Neste caso, destaca-se a duplicidade de intervenção da estagiária, que, além de atender os pacientes que já haviam obtido alta hospitalar, necessitava, ao mesmo tempo, atender àqueles que ainda estavam internados, cujas demandas eram bastante numerosas. Soma-se a isto, a inserção recente do Serviço Social na Infectologia do hospital, bem como o fato de ter se tratado da primeira inserção de um estagiário neste setor. Além disso, é importante destacar a ínfima carga horária da estagiária, de apenas 20 horas semanais.

Por fim, reitera-se a questão da dinamicidade em que os processos de trabalho ocorrem em um hospital de alta complexidade, onde o profissional é convocado a trabalhar com uma quantidade excessiva de pacientes ao mesmo tempo, tendo de eleger rapidamente suas “prioridades”, pois a cada momento surgem novas demandas. Esta questão acaba prejudicando enormemente a qualidade do planejamento que antecede os atendimentos. É possível que, no decorrer do tempo, este fator seja adaptado à rotina profissional, de maneira a não interferir demasiadamente na qualidade do trabalho desenvolvido. Conquanto, não é o que deveria ser posto em prática e, certamente, não é o ideal que se almeja para a profissão.

4.2 A importância da continuidade do cuidado em saúde e os desafios para a sua concretização

A partir da concepção ampliada de saúde, compreende-se que o processo saúde-doença abrange a totalidade do sujeito dentro de uma perspectiva social, verificando-se os condicionantes e determinantes em saúde. Sabe-se, também, que o Serviço Social, enquanto profissão reconhecida no âmbito da saúde, adota esta mesma percepção, posicionando-se de acordo com os princípios do SUS.

Sob a perspectiva da integralidade no cuidado, oferece-se um atendimento mais qualificado, reforçando-se ainda mais a capacidade de efetivação das ações em saúde. Por isso, saber articular e acionar a rede de serviços é essencial para o assistente social, a fim de dar continuidade ao processo de saúde dos usuários.

No âmbito hospitalar, Cecilio & Merhy (2003) trabalham a concepção de integralidade do cuidado em saúde a partir da ideia de “linha de produção”, onde os profissionais atuam de forma integrada, propiciando uma “rede de cuidados” que extrapole os limites da instituição através da transversalização dos serviços de saúde. O cuidado integral em saúde deve combinar flexivelmente *(i)* tecnologias duras, *(ii)* tecnologias leve-duras, e *(iii)* tecnologias leves, as quais, segundo a definição de Merhy (apud CECILIO & MERHY, 2003), são,

respectivamente: *(i)* aquelas ligadas a máquinas, equipamentos, procedimentos; *(ii)* os saberes que direcionam o trabalho, decorrentes do conhecimento em áreas específicas, como a Clínica e a Epidemiologia, por exemplo; e *(iii)* aquelas de cunho relacional, a partir da subjetividade dos indivíduos, como, por exemplo, o acolhimento, o vínculo, etc.

Conforme aponta Ayres (2009, p. 14), “[...] a integralidade nos desafia a saber e fazer o ‘quê’ e ‘como’ pode ser realizado em saúde para responder universalmente às necessidades de cada um.” Para ele, no entanto, a integralidade é um dos mais complexos princípios do SUS, pois, além da dificuldade de definição conceitual, sua operacionalização é ainda mais desafiadora em comparação aos demais princípios – e, de fato, acredita-se que o seja. Os processos de trabalho relatados na seção anterior, por exemplo – os quais, é importante ressaltar, devem-se, também, aos cortes que vêm ocorrendo nos serviços de saúde, que provocam a diminuição de sua qualidade e eficiência, ou seja, que precarizam os serviços –, refletem esses desafios, atingindo diretamente a população usuária.

A qualificação da AB, a ampliação da rede de serviços especializados e a promoção e o desenvolvimento da intersetorialidade e do cuidado integral em saúde – cuidado este humanizado e centrado nas necessidades das pessoas, buscando amenizar seu sofrimento e exposição –, são as bases para um sistema de saúde mais eficiente e fortalecido. É com esta perspectiva que se deve trabalhar se houver a intenção de transformar essa realidade, isto é, devem-se rever os conceitos de gestão, questionando-se constantemente as relações de poder existentes, a fim de propor novas concepções no cotidiano dos serviços de saúde.

Sabe-se, aliás, que a legislação brasileira avançou muito nas últimas décadas, sendo reconhecida, inclusive, mundialmente pela composição do SUS. Todavia, tratando-se do mundo real, é compreensível que surjam certas divergências com relação ao cenário legislativo. O acesso ao SUS, na prática, nem sempre ocorre de maneira fácil, e seus serviços, muitas vezes, são precários e insuficientes às demandas existentes:

O SUS prevê o acesso e o atendimento integral a todos com equidade, mas na prática, a população que necessita dos serviços de saúde enfrenta todo o tipo de dificuldade. A acessibilidade assegurada na legislação não ocorre, o que põe em risco o princípio da universalidade. No dia-a-dia essa universalidade é pouco visível, os serviços são precários e a qualidade e quantidade da rede de serviços são insuficientes face à demanda; o que termina por excluir uma parte considerável da população dos serviços. (SANTOS, R. M., 2005, p. 32).

Segundo Boschetti (2009), o assistente social deve ser capaz de refletir criticamente sobre o que está posto e assimilar o caráter contraditório existente entre as disposições legais e a sua operacionalização, compreendendo suas multideterminações, articuladas às esferas

política, histórica, econômica, social e cultural. De fato, se a realidade vivenciada fosse a mesma prevista nos preceitos estabelecidos legalmente, o trabalho do Serviço Social não seria tão necessário, ou pelo menos seria acionado com menos frequência.

A inserção de profissionais qualificados, que possuam a capacidade de conciliar o aperfeiçoamento técnico-científico com os princípios ético-políticos, é fundamental nos espaços de saúde. Não obstante, é importante ressaltar que nem sempre o trabalho do assistente social é suficiente, isto é, independentemente de seu empenho na transformação de realidades, encontram-se implicados outros inúmeros fatores, os quais, muitas vezes, fogem ao alcance do profissional. Aliás, conforme é possível visualizar no Quadro 2, mesmo a acadêmica tendo acompanhado os usuários após a alta hospitalar, muitos dos encaminhamentos não foram efetivados. O assistente social deve estar ciente dos limites de sua intervenção, isto é, apesar de ele poder contribuir para o cuidado em saúde e a garantia dos direitos dos usuários, nem sempre isso será efetivado, pois independe inteiramente de sua intervenção. Hão de se observar, ainda, outros fatores, tais como: limites institucionais, como, por exemplo, a burocratização dos espaços de trabalho ou a correlação de forças, existente em qualquer espaço socioinstitucional; limites profissionais, no que se refere, por exemplo, às agendas abarrotadas de incumbências, as quais terminam por absorver os trabalhadores em seus cotidianos profissionais (o que não deixa de ser institucional, pois pertence à própria realidade do “mundo do trabalho”); limites relacionados ao próprio contexto do usuário, os quais interferem direta ou indiretamente nas suas condições de saúde; ou, ainda, limites relacionados às políticas públicas: existentes/inexistentes e/ou eficientes/ineficientes.

Iamamoto (2009, p. 181), aponta, ainda, para outro fator bastante relevante, que interfere no cotidiano profissional: “estabelece-se uma tensão entre autonomia profissional e condição assalariada.” O mesmo é mencionado por Raichelis (2011), que refere que o trabalho do assistente social é constantemente tensionado devido à sua condição de trabalhador assalariado, seja nas instituições públicas ou nos espaços privados, o que limita sua autonomia profissional. Diante de tais circunstâncias, os profissionais não dispõem de um controle total sobre as condições e os meios de trabalho disponíveis nos espaços institucionais onde desenvolvem seu trabalho. Destarte, sob tais condições, considerando que o profissional possui uma autonomia relativa e nem sempre usufrui de ferramentas adequadas para a realização de seu trabalho – seja no âmbito concreto, material, ou no âmbito político –, acredita-se que a elaboração reflexiva, fundamental à intervenção profissional, seja seriamente afetada, o que favorece a manutenção do status quo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a execução deste estudo, considera-se ter adquirido uma visão muito mais abrangente acerca do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social na área da saúde e, especialmente, no atendimento a Pessoas que Vivem com HIV/Aids (PVHA). Apesar da vivência prática proporcionada pelo estágio curricular, o conhecimento obtido através da mediação pela revisão bibliográfica foi fundamental para a apropriação epistemológica da temática em questão, a qual é tão pouco discutida na atual produção teórica do Serviço Social.

Acredita-se que os objetivos propostos inicialmente para a construção do presente trabalho tenham sido alcançados satisfatoriamente, tendo-se identificado quais as principais demandas dessa população usuária e de que forma o assistente social pode contribuir a partir de seus referenciais teórico-metodológicos e de sua instrumentalidade no âmbito da saúde e da alta complexidade, promovendo-se ao mesmo tempo, uma reflexão importante e necessária, no intuito de dar maior visibilidade à profissão nessa área de atuação.

Constatou-se, sobretudo, a importância do caráter crítico-investigativo da profissão e da unicidade entre as dimensões ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa – a qual, ressalta-se, independe da área de atuação do assistente social – para um exercício profissional consistente, verdadeiramente comprometido com a emancipação dos usuários. Em concordância com os princípios do SUS, destacou-se a relevância da intersetorialidade e da interdisciplinaridade na atuação do Serviço Social, considerando a perspectiva da integralidade do cuidado em saúde. O conhecimento do aparato legal vigente e da rede social de apoio é essencial para o fortalecimento das ações em saúde, corroborando para a ampliação da garantia dos direitos dos usuários.

Em se tratando de PVHA, cuja complexidade das demandas é ainda maior, compreende-se a exigência de uma formação mais especializada do assistente social, a qual, para compor uma abordagem qualificada e competente, com vistas à efetiva superação das necessidades sociais dos usuários, deverá abranger conhecimentos advindos de diversas áreas. Conforme referido anteriormente, além das condições técnicas e objetivas, o assistente social lida com muitos aspectos da subjetividade humana, atuando em diferentes dimensões do processo saúde-doença dos indivíduos (social, econômica, cultural, emocional, etc.).

Acredita-se, também, que a relação entre as dificuldades de adesão ao tratamento de PVHA com as expressões da questão social – pobreza, desemprego, baixa escolaridade, fragilização de vínculos, violência, situação de rua, doenças mentais, abuso de álcool e/ou outras drogas, etc. – seja factual, o que evidencia a importância da inserção do assistente

social nessa área, seja no atendimento direto aos usuários, como executor terminal das políticas públicas, ou na área de gestão e planejamento. Outrossim, apesar dos inúmeros avanços no cenário brasileiro, ainda existe a questão do estigma e do preconceito, a qual persiste, e, muitas vezes, também acaba interferindo na adesão ao tratamento desses pacientes. Diante deste contexto, o assistente social possui um papel importante ao buscar o fortalecimento e emancipação do usuário através do restabelecimento de suas redes sociais de apoio, compondo, conjuntamente com o usuário, novas estratégias de enfrentamento da doença.

No que tange ao projeto de intervenção realizado pela acadêmica no interior da instituição, referente ao acompanhamento social pós-alta hospitalar – em que pese as dificuldades encontradas para a sua implementação –, reitera-se a importância do acompanhamento sistemático com os usuários para o fortalecimento da adesão ao tratamento e a prevenção de reinternações. Conforme exposto anteriormente, o trabalho do assistente social é processual, sendo difícil apreender as demandas dos usuários, seus determinantes e vulnerabilidades sociais, de forma imediata, especialmente, considerando a dinamicidade existente no ambiente hospitalar, cuja rotatividade de pacientes é bastante alta. Sendo assim, a continuidade do cuidado assistencial para além dos muros hospitalares, sob a perspectiva do Serviço Social, demonstra-se fundamental para a materialização do conceito de integralidade em saúde.

Por conseguinte, com relação aos entraves e às possibilidades do Serviço Social no atendimento a PVHA, acredita-se que a profissão ocupe um papel fundamental, contribuindo para o fortalecimento dos sujeitos portadores da doença. Através de uma atuação reflexiva e consistente, baseada em princípios ético-políticos, o assistente social desenvolve práticas de saúde de forma propositiva, contribuindo para a autonomia dos usuários. Sua abordagem contempla o cuidado em saúde a partir de uma concepção ampliada e de um viés histórico-crítico, permitindo que os sujeitos sejam percebidos em sua totalidade, nas diferentes esferas de suas vidas, e não apenas em seus aspectos físicos e biológicos.

Muitas vezes, na percepção da acadêmica durante o estágio, parecia que algumas intervenções não afetavam significativamente a vida do usuário, sendo consideradas demasiadamente simplistas. Entretanto, acredita-se que, quando se intervém de forma reflexiva e sistematizada, viabilizando a garantia de um direito ao usuário, verifica-se efetivamente a materialidade do trabalho profissional. Deve-se, portanto, evitar a banalização dos processos de trabalho exercidos pela profissão, proporcionando-lhe outra visão, a fim de

oferecer um atendimento cada vez mais qualificado à população usuária; trabalhando através de uma postura crítica e construtiva, na perspectiva do acesso aos direitos. Para que isto ocorra, para além de conhecimentos legais, é necessário dispor de uma sólida fundamentação teórica, a fim de compreender a articulação entre a teoria e a prática, reforçando-se a práxis profissional.

Na verdade, é interessante observar como se dão os processos de trabalho em que se insere o assistente social. O estágio curricular como um todo proporcionou uma maior elucidação acerca das dificuldades que se pode encontrar no exercício da profissão. Afinal, constatou-se que a efetividade das intervenções realizadas pelo profissional nem sempre é factível, seja devido aos limites institucionais – os quais, consequentemente, geram limites profissionais –, ou então devido a outros fatores, relacionados ao contexto do usuário ou à própria conformação das políticas públicas.

O cotidiano vivenciado demonstra claramente as constantes contradições existentes entre o ideal e o real, todavia, o exercício da função de assistente social propicia elementos importantes para a compreensão dessa realidade, promovendo a reflexão crítica acerca de tais distanciamentos, com vistas à sua transformação. O assistente social possui uma visão de mundo específica e analisa a realidade através de uma perspectiva de totalidade, buscando, assim, vê-la em sua essência. Destarte, independentemente de a realidade concreta ser complexa e permeada de dificuldades, é dever do profissional buscar reduzir ao máximo essa distância. Dentro desse mesmo processo de estágio, por exemplo, apresentou-se, também, outro cenário: um cenário onde as conquistas, mesmo que pequenas, são possíveis; e são elas que nos impulsionam a seguir adiante, a ir além do que está posto e acreditar que transformações são possíveis a qualquer momento.

Embora os resultados deste estudo não sejam conclusivos, espera-se que sirvam de alicerce às futuras experiências nessa área de atuação, possibilitando a expansão do conhecimento sobre o trabalho do assistente social com essa população usuária e contribuindo, consequentemente, para a qualificação dos atendimentos oferecidos. Partindo-se do pressuposto de que o conhecimento é condição ontológica do ser humano, acredita-se ser fundamental a contínua busca por mecanismos e estratégias de enfrentamento e superação das expressões da questão social, estimulando-se o caráter investigativo da profissão através da pesquisa e da educação permanente.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL - ABEPSS. **Diretrizes Gerais para o Curso de Serviço Social** (com base no Currículo Mínimo aprovado em Assembléia Geral Extraordinária de 8 de novembro de 1996). ABEPSS: Rio de Janeiro, 1996. Disponível em:

<http://www.abepss.org.br/arquivos/textos/documento_201603311138166377210.pdf>.

Acesso em: ago. 2016.

_____. **Política Nacional de Estágio da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**. Rio de Janeiro: ABEPSS, 2009.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. **Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas**. Saúde e Sociedade: v. 18, supl. 2, 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. **Avaliação de políticas, programas e projetos sociais**. In: CFESS; ABEPSS (org). Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS, 2009. ISBN 9788599447055.

BRASIL. **Portaria nº 236, de 2 de maio de 1985**. Cria o Programa de Controle da SIDA ou AIDS. Disponível em:

<http://www.Aids.gov.br/sites/default/files/anexos/legislacao/2012/51440/portaria_236_1985_pdf_69224.pdf>. Acesso em: ago. 2016.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília - DF: Senado Federal, 1988. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: ago. 2016.

_____. (1990a). **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília - DF, 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: ago. 2016.

_____. (1990b). **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília - DF, 1990. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: ago. 2016.

_____. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília - DF, 1993. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm>. Acesso em: mai. 2016.

_____. **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: ago. 2016.

_____. **Política Nacional de DST/Aids: princípios e diretrizes** / Coordenação Nacional de DST e Aids. – 1. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 90 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf>. Acesso em: ago. 2016.

_____. (2005a). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Plano Estratégico Programa Nacional de DST e Aids 2005**. Brasília - DF, 2005. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/publicacao/2005/plano-estrategico-2005-programa-nacional-de-dst-e-Aids>>. Acesso em: ago. 2016.

_____. (2005b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Portaria nº 34, de 28 de julho de 2005**. Regulamenta o uso de testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais. Brasília - DF, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2005/prt0034_28_07_2005.html>. Acesso em: ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Série A. Normas e Manuais Técnicos - Série Manuais n. 84: Brasília - DF, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf>. Acesso em: ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em: ago. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília - DF, 2013/Atualizado em 2015. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55308/protocolofinal_31_7_2015_pdf_31327.pdf>. Acesso em: set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília - DF, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em: ago. 2016.

_____. (2015a). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/58534/boletim_Aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf>. Acesso em: ago. 2016.

_____. (2015b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Histórias da luta contra a Aids /Ampliação de Direitos: Protagonismo Político Científico e da Sociedade Civil Organizada** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

<http://www.Aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2015/57652/fasciculo03_1_pdf_18385.pdf>. Acesso em: ago. 2016.

_____. (2016a). Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Portal sobre Aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais**. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/>>. Acesso em: ago. 2016.

_____. (2016b). Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Portal do Departamento de Informática do SUS - DATASUS**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&id=6930&VObj=http://www2.Aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/>>. Acesso em: ago. 2016.

_____. (2016c). Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica - SAGE. Mortalidade - Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Brasília - DF. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: ago. 2016.

_____. (2016d). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN**. SINAN-Net. Disponível em: <<http://portalsinan.saude.gov.br/sinan-net>>. Acesso em: ago. 2016.

_____. (2016e). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Relatório Anual de Gestão (RAG) 2015**. Brasília - DF, março de 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rag_2015_20160330.pdf>. Acesso em: out. 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: Ana Elizabete Mota... [et al.], (orgs.). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. – 4. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília - DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 88-110.

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: Ana Elizabete Mota... [et al.], (orgs.). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. – 4. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília - DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 197-217.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. **A Saúde e seus Determinantes Sociais**. Physis: Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007. p. 77-93. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>>. Acesso em: ago. 2016.

CALVETTI, Prislá Ücker. **Fatores Biopsicossociais Preditivos para a Adesão e Qualidade de Vida em Pessoas que Vivem com HIV/Aids Bem-Sucedidas no Tratamento de Saúde**. Tese de Doutorado em Psicologia. Porto Alegre: PPG em Psicologia, PUCRS, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/5016>>. Acesso em: abr. 2017.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira; MERHY, Emerson Elias. **Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar**. Campinas - SP: mar. 2003.

CENTRO BRASILEIRO DE COOPERAÇÃO E INTERCÂMBIO DE SERVIÇOS SOCIAIS - CBCISS (Org.). **Teorização do Serviço Social: Documento de Araxá, 1967: teorização do Serviço Social. – Documento de Teresópolis, 1970: metodologia do Serviço Social. – Documento de Sumaré, 1978: cientificidade do Serviço Social.** – 2. ed. – Rio de Janeiro: Agir, 1986.

CHUPEL, Cláudia Priscila; MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Acolhimento e Serviço Social: contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da Saúde**. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, dez. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Resolução nº 493, de 21 de agosto de 2006**. Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Brasília: CFESS, 2006.

_____. **Seminário Nacional: 30 Anos do “Congresso da Virada”**. Brasília: CFESS, 2009.

_____. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

_____. **Código de Ética do/a Assistente Social. Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão.** – 10ª. ed. rev. e atual. – Brasília: CFESS, 2012. 60 p. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf>. Acesso em: ago. 2016.

EGRY, Emiko Y. et al. **As necessidades em saúde na perspectiva da Atenção Básica: guia para pesquisadores**. Emiko Y. Egrý (Org.). São Paulo: Dedone Editora, 2008. (ISBN 978-85-99720-14-1). Disponível em: <https://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/308426/mod_resource/content/1/LivroNecessidadesEmikoPORT_v2.pdf#page=31>. Acesso em: nov. 2016.

ESCOREL, Sarah; MOREIRA, Marcelo Rasga. **Desafios da participação social em saúde na nova agenda da reforma sanitária: democracia deliberativa e efetividade**. In: Sonia Fleury e Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato (organizadoras). *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 229-247.

GUEDES, Heloisa Helena da Silva; STEPHAN-SOUZA, Auta Iselina. **A Educação em Saúde como aporte estratégico nas práticas de saúde voltadas ao HIV/Aids: o papel da equipe de saúde**. Rev. APS, v. 12, n. 4, p. 388-397, out./dez. 2009.

GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade no trabalho do Assistente Social**. In: CFESS/ABEPSS - UNB. *Capacitação em Serviço Social e Políticas Sociais. Módulo 4: O trabalho do assistente social e as políticas sociais*. Brasília: CFESS/ABEPSS - UNB, 2000.

HENRICH, Giovana. **Aids Feminina: um olhar no espelho sem maquiagem**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Porto Alegre: PPG em Serviço Social, PUCRS, 2008. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/5048>>. Acesso em: abr. 2017.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: os Fundamentos Teórico-Metodológicos e Técnico-Operativos do Trabalho Profissional**. In: Metodologias e técnicas do Serviço Social. CNI/SESI: Caderno Técnico 23, 1996.

_____. **As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo**. In: Ana Elizabete Mota... [et al.], (orgs.). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. – 4. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília - DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 161-196.

KAMEYAMA, Nobuco. **Concepção de Teoria e Metodologia**. In: ABESS – Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social. Cadernos n. 3. A Metodologia no Serviço Social. Parte Segunda. Metodologia: uma questão em questão. São Paulo: Cortez Editora, 1989. p. 99-116.

KERN, Francisco Arseli. **Estratégias de fortalecimento no contexto da Aids**. In: Revista Serviço Social & Sociedade, n. 74. São Paulo: Cortez, 2003. p. 42-67.

_____. **Redes de Apoio no contexto da Aids: um retorno para a vida**. Porto Alegre: EdIPUCRS, 2004. 164 p.

KONDER, Leandro. **O que é dialética**. Brasília: Brasiliense, 1981.

KOSÍK, Karel. **A Totalidade Concreta**. In: Dialética do concreto. – 4. ed. – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976. p. 33-54.

KOVACS, M. J. **Aproximação da Morte**. In: Psicologia Médica. São Paulo: Guanabara Kogan, 2002.

LEMOS, N. D. **O Serviço Social e a Morte**. In: SANTOS, F. S. (org.). Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

LEWGOY, Alzira Maria Baptista. **Supervisão de Estágio em Serviço Social: desafios para a formação e exercício profissional**. – 2. ed. – São Paulo: Cortez, 2010.

MACIEL, Júlia. **Os Desafios do Serviço Social nos Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/Aids: a experiência do município de Imbituba**. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Bacharel em Serviço Social. Florianópolis - SC: UFSC, 2009. 49 p.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Notas sobre mediações: alguns elementos para sistematização da reflexão sobre o tema**. Serviço Social e Sociedade n. 43, ano XIV. Cortez, 1993.

_____. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011.

MARX, Karl. **O Capital: Livro I**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2013. 894 p.

- MATOS, Maurílio Castro de. **Comentários sobre o registro do trabalho do Serviço Social na área da Saúde**. In: Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.
- MELLO, Cristiane Ferraz Quevedo de. **O Trabalho do Assistente Social no Contexto Hospitalar: uma Análise na Perspectiva do Trabalho em Equipe**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Porto Alegre: PPG em Serviço Social, PUCRS, 2012.
- MENDES, J. M. R.; LEWGOY, A. M. B; SILVEIRA, E. C. **Saúde e Interdisciplinaridade: mundo vasto mundo**. Revista Ciência & Saúde, Porto Alegre, v. 1. n. 1, p. 24-32, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://lct.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/Mendesetal.SaudeeInterdisciplinaridade.mundovastomundo.pdf>>. Acesso em: ago. 2016.
- MIOTO, Regina Célia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde**. In: Ana Elizabete Mota... [et al.], (orgs.). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. – 4. ed. – São Paulo: Cortez; Brasília - DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009. p. 273-303.
- MONTEIRO, Kerlen Mignoni da Silva. **O Espaço de Intervenção do Serviço Social no Contexto do HIV/Aids no Hospital Universitário - UFSC**. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) de Bacharel em Serviço Social. Florianópolis - SC: UFSC, 2004. 60 p.
- NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 1991.
- NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Determinantes Sociais de Saúde e a Ação dos Assistentes Sociais - Um Debate Necessário**. Revista Serviço Social & Saúde. UNICAMP Campinas, v. X, n. 12, dez. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/download/8634832/2751>>. Acesso em: ago. 2016.
- PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. *TheLancet.com*: mai. 2011. p. 11-31.
- PEREIRA, Karine Yanne de Lima; TEIXEIRA, Solange Maria. **Redes e intersectorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social**. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 12, n. 1, p. 114 - 127, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3215/321527373009/>>. Acesso em: ago. 2016.
- PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Necessidades Humanas**. Subsídios à crítica dos mínimos sociais. – 6. ed. – São Paulo: Cortez, 2011.
- PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. **Secretaria Municipal de Acessibilidade e Inclusão Social**. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/eptc/default.php?p_secao=200>. Acesso em: mai. 2016.

RAICHELIS, Raquel. **O trabalho do assistente social na esfera estatal**. In: CFESS/ABEPSS. *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências*. Brasília - DF, 2009. p. 378-391.

_____. **O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos**. *Serviço Social & Sociedade*, n. 107, São Paulo - SP, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-66282011000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: ago. 2016.

SANTOS, Claudia Mônica dos. **Na Prática a Teoria é outra? Mitos e Dilemas na Relação entre Teoria, Prática, Instrumentos e Técnicas no Serviço Social**. Lumen Juris Editora: Rio de Janeiro, 2010.

SANTOS, Leila Lima. **Textos de Serviço Social. A Relação “Teoria-Prática” no Trabalho Social: Método B.H.** – 6. ed. – São Paulo: Cortez, 1999.

SANTOS, Regina Maria dos. **O Serviço Social e a Exclusão/Inclusão Social dos Portadores de HIV/Aids: Demandas e Desafios nos Hospitais Públicos**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Natal - RN: PPG em Serviço Social, UFRN, 2005. 169 p.

SILVA, Alaide Maria Morita Fernandes da; RODRIGUES, Maria Lúcia. **Serviço Social e o Cuidado em Saúde**. Campinas - SP: *Serviço Social & Saúde*, v. 14, n. 1 (19), jan./jun. 2015.

SIMIONATTO, Ivete. **A concepção de ideologia e de filosofia da práxis**. In: GRAMSCI: sua teoria, incidência no Brasil, influência no Serviço Social. – 4. ed. – São Paulo: Cortez, 2011. p. 75-85.

SOUZA, Maria Helena de. **Desenvolvimento de comunidade e participação**. – 3. ed. – São Paulo: Cortez, 1991.

UNAIDS BRASIL. **Portal do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids - UNAIDS Brasil**. Disponível em: <<http://unAids.org.br/>>. Acesso em: ago. 2016.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Serviço social e prática reflexiva**. Rio de Janeiro: Mimeo, 1994.

_____. **A Prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. – 8. ed. – São Paulo: Cortez, 2012. 600 p.

YAZBEK, Maria C. **Fundamentos Históricos e Teórico-metodológicos do Serviço Social**. In: *Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais*, Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009. 760 p.

ZUCCHETTI, Gabriela Soccol. (2016a). **Relatório Final de Estágio Supervisionado em Serviço Social III**. Estágio Curricular em Serviço Social III. Porto Alegre: UFRGS, 2016. 47 p.

_____. (2016b). **Matriz de Análise e Avaliação do Programa Nacional de DST/Aids**. Oficinas para Análise e Avaliação de Políticas Sociais. Porto Alegre: UFRGS, 2016. 37 p.