

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

BRENDA NUNES MELGAREJO

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA PARTICULARIDADE DO
ATENDIMENTO COM AS MULHERES COM HIV/AIDS**

PORTO ALEGRE

2020

BRENDA NUNES MELGAREJO

**O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA PARTICULARIDADE DO
ATENDIMENTO COM AS MULHERES COM HIV/AIDS**

Trabalho de Conclusão de curso apresentado no Curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Vanessa M.
Panozzo Brandão

Porto Alegre

2020

CIP - Catalogação na Publicação

Melgarejo, Brenda

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA PARTICULARIDADE
DO ATENDIMENTO COM AS MULHERES COM HIV/AIDS / Brenda
Melgarejo. -- 2020.

65 f. Orientadora: Vanessa
Panozzo.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto
de Psicologia, Curso de Serviço Social, Porto Alegre,
BR-RS, 2020.

1. Trabalho do Assistente Social. 2. Mulheres com
HIV/AIDS. 3. Relações Sociais de Sexo. I. Panozzo,
Vanessa, orient. II. Título.

*Levanta essa cabeça
Enxuga essas lágrimas, certo?
Respira fundo e volta pro ringue
Cê vai sair dessa prisão
Cê vai atrás desse diploma
Com a fúria da beleza do Sol, entendeu?
Faz isso por nós
Faz essa por nós
Te vejo no pódio
- Emicida*

AGRADECIMENTOS

Esse trabalho foi escrito por mim, mas não fiz isso sozinha. Eu contei com apoio, carinho, abraço e ajuda de muitas pessoas, principalmente mulheres. Agradeço minha mãe Maria Aparecida e minha irmã Maura, por serem as mulheres da minha vida ao longo desses 23 anos e nunca, absolutamente nunca, me deixarem sozinha e perdida. É por e para vocês que estou concluindo essa graduação. Amo vocês até a lua, ida e volta. Agradeço meu padrasto Euclides, por todo apoio ao longo de tantos anos, por ter me permitido estudar para o vestibular e voltar em segurança todos os dias para casa, fora toda paz e calma por tanto tempo. Agradeço meus irmãos Bernardo e Marcos por terem sido, desde sempre, referência de homens sensíveis e humanos, não deixando faltar música, filme, esporte e cultura nunca na nossa casa. Agradeço meus sobrinhos Luca e Maria Eduarda, por nunca deixarem morrer a vontade de ser exemplo e espelho para vocês. Por terem o meu colo e por me darem colo. Agradeço meu dindo Daniel pelos longos debates que me permitiram sempre ouvir o diferente, pelo cuidado, carinho e proteção sem obrigação nenhuma, unicamente por amor. Agradeço Tia Liane por todo apoio e carinho de sempre.

Agradeço a Wanusa por ter me ajudado tanto nos anos iniciais e por permanecer sempre com os braços abertos para mim. Wanise e Wanessa pelas duas conversas mais importantes da minha vida: sobre a normalidade que era estar amando uma mulher. Talvez vocês nunca se lembrem, mas eu nunca vou esquecer. Agradeço minha prima Francyele Melgarejo pelo primeiro livro do Serviço Social que tive na minha vida: sobre ética. Por todas conversas, por dividirmos um sobrenome e agora mais do que isso - uma amizade pro resto da vida. Agradeço minha avó Leya pelo carinho e meu avô Eubaldo - que não está mais aqui - mas deixou minha paixão por rapadura e paçoquinha, ainda te espero para janta, vô. Ao meu pai Emilson, por termos mais semelhanças do que imaginamos e por carregar o teu senso de humor. Meus irmãos Enrique, Eduardo e Ethiene, por dividirmos mais do que imaginamos. Agradeço minha tias Jurema e Ieda, por terem sempre me acolhido e apoiado.

Agradeço minhas amigas do colégio Luiza, Elisa, Giulia e Yryna por estarem aqui há tantos anos, por me conhecerem tanto e me aceitar exatamente assim. Temos tantas histórias e cada vez construímos mais. Agradeço minhas colegas do Serviço

Social que sempre me acolheram: Bibiana, Paula G, Fernanda, Nathiele, Lidiana, Cris e os demais colegas que dividimos tantas coisas esses longos anos, principalmente do estágio. Agradeço minha amiga Moara pelo pôr do sol, risadas, choros, términos, começos, pelos sorvetinhos, pelo gramado, pelos cafunés e por estar sempre aqui. Agradeço minha amiga Ana Brock, por dividirmos um JK, por quebrarmos Brasília, por ter se tornado uma grande amiga, por me aguentar chorando e me fazendo rir, tua amizade foi fundamental em tantos processos que você nem imagina. Agradeço minha amiga Manuela Nogueira também por Brasília e por ser essa amiga especial e protetora. Agradeço minha amiga Aninha por sempre ter me dado carinho e apoio, temos muito ainda a compartilhar. Agradeço meus amigos Vinicius e Vichória por fazerem as coisas mais preciosas da minha vida felizes. Isso é o mais importante para mim. Agradeço minha amiga Melissa por nunca ter desistido da nossa amizade em quase 10 anos, por ter sido meu ombro tantas vezes, impossíveis de contar, por dividir tantas alegrias, tantas vitórias, tantas histórias.

Agradeço Luani por ter estado comigo no ano mais terrível: o ano do vestibular. Você foi calma e paz. Me ensinou a me relacionar para o resto da vida. Agradeço Yasmin Moraes por ter dividido absolutamente tudo comigo por 4 anos, por me esperar - quase sempre - acordada até meia noite. Por se preocupar, me cuidar, formatar meus trabalhos, ter se orgulhado e ter comemorado tantas vitórias comigo e me ajudado a me levantar sempre, todos os dias, nas derrotas. A vida nos levou a caminhos diferentes, mas sempre serei grata. Agradeço a Paula Mohr (nunca consegui te chamar de Kitty, era pra ser, né?) por ter me “adotado” desde a primeira aula de Antropologia, por ter me olhado naquela aula de Sociologia, me colocado na sua família na cadeira de Família, por ter me esperado por 4 anos. Obrigada por nunca ter lido esse TCC, mas ter me despertado para a arte e por ser música em mim.

Agradeço ao Senac e aos colegas Raquel, Letícia, Suzene e Rudmar pela oportunidade de dividir o dia e a rotina com vocês. Agradeço a Karine por acreditar no meu potencial por duas vezes. Agradeço a Renata pelo colo e puxão de orelha de mãe, por me incentivar sempre a estudar, acima de tudo. Agradeço a minha colega Andressa pela sua amizade durante 3 anos, nossa ligação foi especial. Agradeço o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e meu supervisor André Silva por toda orientação, acolhida, ensinamentos e pela amizade. Não poderia ter tido um supervisor melhor. Agradeço todos os professoras e professor do Serviço Social, foram mais do que

educadores, a gratidão é eterna. Agradeço especialmente a professora Alzira, por ter acreditado em mim enquanto estudante e pessoa, confiando e orientando durante 2 anos na pesquisa, me dando a oportunidade de realizar meu sonho de viajar para fora do país. São coisas que nunca conseguirei agradecer o bastante. E, em especial, agradeço a minha professora, amiga, orientadora de estágio e TCC, Vanessa. Foi a primeira professora que me deu voz, que valorizou quem eu era e o que eu falava, que acreditou em mim enquanto futura assistente social e pessoa, compartilhamos Portugal, nos conectamos em momentos cruciais da viagem e durante esse longo quase 5 anos de graduação.

Por fim, agradeço todas as mulheres que cruzaram minha vida, que amei e me amaram. Todas mulheres com HIV/AIDS que atendi, ouvi e aprendi. Todas mulheres que me fizeram amadurecer e crescer enquanto pessoa e profissional, sem nunca deixar de perder minha sensibilidade diante de tanta injustiça e desigualdade, podendo contribuir com a resistência dessas mulheres através da minha profissão e da minha luta, também, enquanto mulher que ama outras mulheres. Obrigada.

RESUMO

Esse trabalho visa contribuir com a produção de conhecimento sobre as mulheres com HIV/AIDS, propondo uma aproximação do processo histórico da política de atendimento de saúde e da mulher. O debate do trabalho do assistente social com este público, é evidenciado a partir de pesquisa bibliográfica em relação ao tema, construindo um debate sobre conceitos importantes que acolhem o objeto de estudo. A experiência de estágio na alta complexidade é trazida para dar luz ao trabalho do assistente social, realizando o debate necessário a partir das dimensões teóricometodológicas, ético-políticas e técnico-operativas para a consolidação do acolhimento das diferentes necessidades sociais das mulheres com HIV/AIDS, na perspectiva do Projeto Ético-Político.

Palavras-chave: AIDS; HIV; Mulheres; Relações Sociais de Sexo; Serviço Social; Trabalho

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxo de Encaminhamento e Acompanhamento	45
Figura 2 - Escolaridade das mulheres atendidas	47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Linha do Tempo da História do HIV no Brasil	18
Quadro 2 - Comparativo entre Política Nacional de DST/AIDS e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher	21

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Tabela de Artigos em Revistas	33
Tabela 2 - Tabela de Teses e Dissertações analisadas	34
Tabela 3 - Faixa Etária das mulheres com HIV/AIDS	46
Tabela 4 - Encaminhamentos para a Rede Socioassistencial.....	49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 HISTÓRIA DO HIV/AIDS	15
2.1 A RELAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE DST/AIDS COM A POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER	20
2.2 RELAÇÕES SOCIAIS DE SEXO DAS MULHERES COM HIV/AIDS	31
3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: A PARTICULARIDADE DA INTERVENÇÃO NA POLÍTICA DO HIV/AIDS	39
3.1 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM AS MULHERES COM HIV/AIDS	40
4 A DISCUSSÃO DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO NA ALTA COMPLEXIDADE: RESULTADO DE UMA INTERVENÇÃO ÉTICA E FUNDAMENTADA DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL	47
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
APÊNDICE 1 - Levantamento de dados.....	63
APÊNDICE 2 - Avaliação Sociofamiliar das pacientes mulheres da equipe da infectologia.....	64

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão do curso de Serviço Social tratará sobre a temática das mulheres com HIV/AIDS e tem como objetivo compreender, de forma analítica, de que maneira o Serviço Social vem contribuindo com a produção de conhecimento sobre a situação dessas mulheres. Então, serão problematizados o trabalho do assistente social com o HIV/AIDS e as relações sociais de sexo que as mulheres com HIV/AIDS vivenciam.

Esta proposta decorre, inicialmente, da realização dos três estágios obrigatórios da acadêmica, dentro da temática do HIV/AIDS, na infectologia de internação adulta no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Também decorre da disciplina, ocorrida no quinto semestre, de Laboratório de Projetos em Serviço Social, em que se iniciou a aproximação com a temática sobre mulheres, auxiliando na elaboração e execução do Projeto de Intervenção de estágio obrigatório, intitulado “Acompanhamento da Internação Hospitalar e Plano de Alta para Mulheres com HIV/AIDS no Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS”.

Neste momento, foi possível realizar todo o acompanhamento durante a internação e elaborar um plano de alta em conjunto com as mulheres com HIV/AIDS, pois foi observado que este plano não era realizado, o que gerava uma reincidência na internação, trazendo mais demandas e dúvidas quanto ao tratamento. Na disciplina de Pesquisa em Serviço Social I, também se aprofundou a temática, cuja delimitação do tema foi “O Serviço Social e as mediações junto às mulheres com HIV/AIDS”.

O presente trabalho de conclusão de curso (TCC) apresentará, no seu primeiro capítulo, a história do HIV/AIDS, a partir da década de 1980 e, também, a relação da Política do HIV/AIDS com a Política de Saúde da Mulher, visto que apenas na década de 1990 foi dada a atenção para as mulheres. Entretanto, isso ocorreu somente com a luta do Movimento Feminista, que contribuiu, em 2007, com o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DSTs, sendo revisado em 2009. Também serão abordadas aqui as relações sociais de sexo das mulheres com HIV/AIDS, retomando o trabalho realizado na disciplina de Pesquisa em Serviço Social II, em que foi pesquisado, de 1999 (ano da criação da Política Nacional de DST/AIDS) até 2019, em diversos artigos e revistas do Serviço Social e também na plataforma CAPES.

Além disso, também serão trabalhadas as desigualdades sociais vivenciadas pelas mulheres com HIV/AIDS, pois são muitas, como a situação de rua, desemprego, uso abusivo de álcool e drogas, falta de acesso à educação, violência doméstica, adoecimento, preconceito pelo HIV/AIDS, ou seja, são mulheres chefes de família e com diversos direitos sociais violados ao longo da vida. No terceiro momento, abordaremos o trabalho do assistente social com a Política de Saúde, em particularidade da intervenção na Política do HIV/AIDS e o trabalho com as mulheres com HIV/AIDS, suas ações, particularidades, demandas e desafios, considerando diversos aspectos, também, das relações sociais de sexo para o atendimento dessas mulheres.

E, por último, será abordada a discussão do estágio obrigatório na Alta Complexidade: resultado de uma intervenção ética e fundamentada da atuação do assistente social para o trabalho a partir dos Parâmetros para atuação do assistente social na saúde e o Projeto Ético-Político (PEP), será o fechamento do trabalho de conclusão de curso, em que será apresentada toda a experiência da acadêmica nos três estágios obrigatórios, atendendo as pessoas com HIV/AIDS, articulando com os Parâmetros para atuação do assistente social na saúde e o PEP.

2 HISTÓRIA DO HIV/AIDS

A AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) surge no mundo na década de 1980, mais especificamente em 1981, quando a síndrome foi, então, classificada. Os primeiros casos reconhecidos ocorreram nos Estados Unidos, no Haiti e na África

Central, em homens homossexuais. Quanto ao Brasil, o primeiro caso ocorreu em São Paulo, no ano de 1982. Neste período, a doença era diretamente associada aos chamados “grupos de risco”, representados por homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis, etc. (BRASIL, 2019).

É importante evidenciar 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 da pessoa, causando a AIDS. Essa, por sua vez, 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. Assim, mesmo tendo o HIV, isso 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, o sujeito pode 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 (BRASIL, 2019). Essa doença apresenta-se como emergente e configura-se como epidêmica.

A AIDS foi uma doença associada, pré-conceitualmente, a práticas sexuais imorais, levando o sujeito à rejeição e à discriminação da sociedade, abandono da família, dos amigos e, até mesmo, por parte da equipe de saúde, que tem receio em prestar a assistência com medo do contágio (MIQUELIM et al., 2004). No Brasil, em 1985, através da Portaria nº 236, de 2 de maio de 1985, após três anos de seu surgimento, cria-se o primeiro programa federal de controle à doença: Programa Nacional de DST e AIDS. Com relação aos primeiros medicamentos contra a sua progressão, estes surgem em 1987, com o AZT (Zidovudina), o qual começa a ser produzido e distribuído pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 1991, porém, ainda sem caráter universal (BRASIL, 2019). Somente em 1996, com a aprovação da Lei Federal nº 9.313, de 13 de novembro de 1996 (BRASIL, 1996), os medicamentos antiretrovirais – também chamados “coquetéis antiAIDS”, os quais impedem a multiplicação do vírus no organismo, aumentando a sobrevivência dos soropositivos – passam a ser garantidos para todos através do SUS. Desde a publicação dessa lei, os coquetéis são distribuídos gratuitamente a todos que necessitam de tratamento.

Essa disponibilidade teve grande impacto na morbimortalidade por AIDS, resultando em um aumento da sobrevivência, na redução da incidência de doenças oportunistas e na queda das internações hospitalares (REIS et al, 2007).

Em 1999, cria-se, também, a Política Nacional de DST/AIDS no Brasil (BRASIL, 1999), no intuito de sistematizar os princípios e diretrizes que norteiam as ações do Programa Nacional de DST/AIDS no âmbito das políticas públicas de saúde, seguindo os princípios dispostos na legislação do SUS. Essa temática faz parte de um debate que é permeado por significados construídos socialmente, com relações subjetivas e objetivas, portanto, não pode ser trabalhado de forma linear e sem a contribuição de diversas categorias como: AIDS, trabalho do assistente social, relações sociais de sexo, mediadas pela compreensão do método dialético.

Segundo a UNAIDS (2019), há cerca de 37,9 milhões de pessoas em todo o mundo vivendo com HIV (até o fim de 2018), e todas as semanas, cerca de 6.000 jovens mulheres entre 15 e 24 anos são infectadas pelo HIV. Mais de um terço (35%) das mulheres em todo o mundo sofreram violência física e/ou sexual em algum momento de suas vidas. Já em algumas regiões, as mulheres que sofreram violência física ou sexual por parceiro íntimo têm 1,5 vez mais probabilidade de contrair o HIV do que as mulheres que não sofreram essa violência. Tanto no Rio Grande do Sul (RS) quanto em Porto Alegre (POA), a tendência da mortalidade por AIDS no sexo feminino foi crescente, nos outros estados do país também, isso é denominado como feminização da epidemia e é evidenciado desde 1990 (CUNHA et al. 2016).

Além disso, o Ministério da Saúde (2019) apresenta o ranking das Unidades da Federação (UF) segundo o índice composto pelos indicadores de taxas de detecção, mortalidade e primeira contagem de CD4 (Co-receptor de Células Protetoras) nos últimos cinco anos. O estado de Roraima encontra-se em primeiro lugar, seguido pelos estados do Amapá e do Pará. Entre os municípios com 100.000 habitantes ou mais, dos 20 primeiros, seis pertencem ao estado do Rio Grande do Sul. Em 2018, quando analisada a mortalidade por UF, dez delas apresentaram coeficiente superior ao nacional (4,4 óbitos por 100.000 habitantes): Rio Grande do Sul (7,8 óbitos/100.000 hab.). O Rio Grande do Sul (RS) é o estado mais meridional do Brasil, tendo uma população estimada de 11.247.000 habitantes (IBGE, 2015) e as mais altas taxas de detecção de casos de AIDS no Brasil durante os últimos anos, atingindo mais de 80 mil gaúchos nos últimos vinte anos.

Desde que a epidemia de HIV começou no Brasil, Porto Alegre se destacou como uma das capitais com mais alta concentração de casos de AIDS, com o primeiro caso registrado entre adultos em 1983 e entre crianças em 1985. Entre as 27 capitais do país, Porto Alegre ocupa o primeiro lugar desta lista de acordo com o Boletim do Departamento de HIV/AIDS do Ministério da Saúde do Brasil (Brasil, 2015). A taxa de detecção de AIDS em Porto Alegre no ano de 2014 foi estimada em 94,2 casos por 100.000 habitantes, e a média ao longo dos últimos 10 anos foi calculada em 106,5 casos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2015). O total acumulado de casos desde o ano de 1983 até 31 de maio de 2013 é de 24.299 indivíduos com AIDS, sendo 96,19% em adultos e 3,81% em menores de 13 anos (Porto Alegre, 2013a).

No RS e na sua capital, Porto Alegre, o acesso tardio ao diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV e as desigualdades existentes na prestação de serviços de tratamento são fatores relevantes (GRANGEIRO et al, 2010). O aumento da taxa de incidência dos casos de HIV/AIDS que ocorrem na última década em Porto Alegre (BRASIL, 2019) e o impacto de doenças relacionadas à AIDS, como a tuberculose (PACHECO et al, 2008a), e também outras doenças não relacionadas, podem contribuir para o elevado coeficiente de mortalidade por AIDS no RS e em Porto Alegre (PACHECO et al, 2008b).

É fundamental que sejam caracterizados adequadamente os fatores relacionados à mortalidade por AIDS e também o impacto que têm as ações voltadas ao diagnóstico e tratamento da infecção pelo HIV, além de doenças oportunistas e a capacidade e qualidade do trabalho dos serviços de saúde. Entretanto, a falta de informações precisas sobre as causas da mortalidade por AIDS no Rio Grande do Sul faz com que aquelas que são possíveis serem evitadas continuem acontecendo e contribuindo para o aumento de número de óbitos por AIDS, apresentando obstáculos para monitoramento e planejamento dos serviços de saúde.

A “Linha do Tempo da História do HIV no Brasil”, caracterizada abaixo, é fundamental para a compreensão e adensamento da temática que será apresentada:

Quadro 1 - Linha do Tempo da História do HIV no Brasil

1982	Primeiro caso de HIV/AIDS encaminhado para o Hospital Emílio Ribas (referência na época e atualmente), na região sudeste.
------	---

1983	Criação do programa de controle da AIDS no Brasil da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.
1985	É criado o Programa Federal de Controle da AIDS, Portaria nº 236, de 2 de maio.
1987	Início da utilização do AZT (Zidovudina).
1988	Criação da Constituição Federal e do SUS.
1992	Portaria Interministerial Sheila Cartopassi nº 796/92 2 – Proíbe discriminação de crianças portadoras de HIV/AIDS nas escolas; Portaria Interministerial nº 869/92 – Proíbe testagem anti-HIV de funcionários públicos federais: admissão, periódico e demissional.
1993	AIDS no Sistema Nacional de Notificação de Doenças (SINAN).
1996	Lei 9313/96 – Garante distribuição gratuita e universal de antirretrovirais.
1999	Mortalidade dos portadores de AIDS cai 50%.
2002	Lei Estadual (São Paulo) - 11.199/02 – Proíbe discriminação dos portadores do HIV/AIDS; PortariaNº 2104 - Projeto “Nascer- Maternidades”.
2008	Primeira fábrica estatal de preservativos do Brasil (a partir do látex de seringal nativo).
2010	Portaria Nº 1.246 MTE - Proíbe teste do HIV na admissão de trabalhadores.
2013	Teste de profilaxia pré-exposição com o uso de antirretrovirais (durante 1 ano); Mudança do protocolo de antirretrovirais em adultos (Iniciar antirretroviral independente da contagem de CD4).
2014	Mudança do protocolo de tratamento do HIV em crianças e adolescentes. Vacina HIVBr18 testada em macacos Rheseus tiveram resultados acima da média (FMUSP); LEI Nº 12.984, 2 de Junho - Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de AIDS, sancionada pela então Presidenta Dilma Rouseff.

Fonte: Realizado pela autora (2020) a partir de CEZAR e DRAGANOV (2014).

O processo da construção da política para o atendimento das pessoas com HIV/AIDS iniciou no Brasil em 1980, ano em que passava por uma reforma no sistema

de saúde quando o regime militar havia se esgotado. Os profissionais da saúde e médicos sanitaristas uniram-se para formular novas Políticas Públicas de Saúde, cujo movimento foi chamado de Reforma Sanitária. Esse movimento visava uma maior cobertura da assistência e da transparência e teve grandes conquistas (LOYOLA, 2007). Foi neste período que o Brasil foi marcado pela restauração da saúde e, em 1982, no estado de São Paulo, ocorreu o primeiro caso de HIV e, em 1983, o primeiro caso feminino, segundo o Ministério da Saúde.

Foi através da movimentação da sociedade de grupos militantes pelos direitos gays na cidade de São Paulo que uma posição oficial do governo foi solicitada. Assim, a Secretaria de Saúde de São Paulo criou um grupo de estudos com médicos do Hospital Emílio Ribas (MENDONÇA; ALVES; CAMPOS, 2010). Então, em 1984, se estabeleceu o primeiro programa de controle da AIDS no Brasil, o Programa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo.

Além disso, através dos médicos, militantes de esquerda, pessoas do movimento homossexual e intelectuais da área, foi criado em 1985, também em São Paulo, o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA), primeira Organização da Sociedade Civil (OSC) do Brasil e da América Latina ligada à AIDS (RAMOS, 2004). Ainda nos anos 80, foi criado o Programa Nacional de DST e AIDS, em 1986, sendo um marco para a Saúde Pública no Brasil. Em 1988, o dia primeiro do mês de dezembro passou a ser considerado o Dia Mundial da Luta contra AIDS.

No ano de 1993, segundo o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Brasil, o HIV passou a fazer parte do Sistema Nacional de Notificação de Doenças (SINAN) e, em 1996, foi criada a Lei nº 9313/96, que garante a distribuição gratuita e universal de antirretrovirais, conforme colocado no Quadro 1, o que assegura um tratamento igualitário.

É importante identificar que a Política de HIV/AIDS e a Política de Saúde da Mulher estão relacionadas, mostrando o reconhecimento no atendimento das mulheres a partir também da rede socioassistencial¹ às mulheres com HIV e AIDS.

¹ Conjunto integrado da oferta de serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social mediante articulação entre todas as unidades de provisão do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (NOB/SUAS, 2012, p. 05).

2.1 A RELAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE DST/AIDS COM A POLÍTICA DE SAÚDE DA MULHER

A política de atendimento de saúde da mulher e da DST/AIDS tem estreita relação com a sua história no Brasil. Portanto, é essencial analisarmos a relação da Política Nacional de DST/AIDS com a Política de Saúde da Mulher e compreendermos seus processos históricos, suas ações e os sujeitos envolvidos. Esse entendimento é necessário para um melhor adensamento da temática e, também, para entendermos a importância da articulação entre as duas políticas para um atendimento integral e de qualidade às mulheres com HIV/AIDS, pois, muitas vezes, pode-se “reduzir” a um diagnóstico que é relacionado ao modo como é reproduzida a realidade, mas nem sempre compreendido nas suas várias dimensões. A realidade se apresenta de tal forma que a totalidade não se realiza, cada parte apresenta-se com sua racionalidade, e esses são espaços de apropriação material e espiritual (GRAMSCI, 2004).

A diminuição da feminização do HIV/AIDS depende também da política e suas disputas neste campo, da mesma forma que as instituições como a família, as escolas, os movimentos sociais, a saúde e a igreja, dão significados sociais, sendo necessário criar novas estratégias para agir nessa realidade imposta, analisando, articulando e pautando respostas institucionais mais imediatas. Compreende-se que o Brasil tem um dos melhores programas para prevenir e tratar o HIV/AIDS do mundo e que foi

“em grande parte construído pelas organizações não governamentais, mas que não tem sido suficiente para impedir a feminização da epidemia; e mais, a feminização das mulheres negras” (WERNECK, 2001). No Quadro 2, visualizamos importantes diretrizes de ambas as políticas, para assegurar os direitos das mulheres afetadas pelo HIV/AIDS.

Quadro 2 - Comparativo entre Política Nacional de DST/AIDS e Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

Política Nacional de DST/AIDS – 1999	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004)
OBJETIVOS GERAIS	
<p>Reduzir a incidência de infecção pelo HIV/AIDS e por outras DST;</p> <p>Ampliar o acesso ao diagnóstico, ao tratamento e à assistência - melhorando sua qualidade -, no que se refere ao HIV/AIDS;</p> <p>Fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e da AIDS.</p>	<p>Promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro.</p> <p>Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie.</p> <p>Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde.</p>
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
<ul style="list-style-type: none"> - promover a adoção de práticas seguras em relação as DST; - promover a garantia dos direitos fundamentais das pessoas atingidas direta ou indiretamente pelo HIV/AIDS; 	<p>Ampliar e qualificar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DST: – fortalecer a atenção básica no cuidado com a mulher;</p> <p>– ampliar o acesso e qualificar a atenção clínico- ginecológica na rede SUS.</p>

<p>- aprimorar o sistema de vigilância epidemiológica das DST e do HIV/AIDS;</p>	<p>Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar, para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde:</p>
<p>Política Nacional de DST/AIDS – 1999</p>	<p>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004)</p>

<ul style="list-style-type: none"> - promover o acesso das pessoas com infecção pelo HIV e portadores de DST à assistência de qualidade; - reduzir a morbi-mortalidade decorrente das DST e da infecção pelo HIV; - assegurar a qualidade do sistema de diagnóstico laboratorial das DST e da infecção pelo HIV; - promover a adoção de práticas seguras relacionadas à transmissão sexual e parenteral do HIV; - promover a articulação com outros setores governamentais e da sociedade civil para o estabelecimento e fortalecimento de políticas públicas nas áreas de DST/AIDS e de prevenção do uso indevido de drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> - ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade; - garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para a população em idade reprodutiva; - ampliar o acesso das mulheres às informações sobre as opções de métodos anticoncepcionais; - estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar. <p>Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - construir, em parceria com outros atores, um Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; - qualificar a assistência obstétrica e neonatal nos estados e municípios; - organizar rede de serviços de atenção obstétrica e neonatal, garantindo atendimento à gestante de alto risco e em situações de urgência/emergência, incluindo mecanismos de referência e contrarreferência; - fortalecer o sistema de formação/capacitação de pessoal na área de assistência obstétrica e neonatal; - elaborar e/ou revisar, imprimir e distribuir material técnico e educativo; - qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento; - apoiar a expansão da rede laboratorial; - garantir a oferta de ácido fólico e sulfato ferroso para todas as gestantes;
--	---

Política Nacional de DST/AIDS – 1999	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004)
	<ul style="list-style-type: none"> – melhorar a informação sobre a magnitude e tendência da mortalidade materna. <p>Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> – organizar redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica; – articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/AIDS; – promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual. <p>Promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS na população feminina:</p> <ul style="list-style-type: none"> – prevenir as DST e a infecção pelo HIV/AIDS entre mulheres; – ampliar e qualificar a atenção à saúde das mulheres vivendo com HIV e AIDS. <p>Reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina:</p> <ul style="list-style-type: none"> – organizar em municípios pólos de microrregiões redes de referência e contra-referência para o diagnóstico e o tratamento de câncer de colo uterino e de mama; – garantir o cumprimento da Lei Federal que prevê a cirurgia de reconstrução mamária nas mulheres que realizaram mastectomia; – oferecer o teste anti-HIV e de sífilis para as mulheres incluídas no Programa Viva Mulher, especialmente aquelas com

Política Nacional de DST/AIDS – 1999	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004)
	<p>diagnóstico de DST, HPV e/ou lesões intra-epiteliais de alto grau/câncer invasor.</p> <p>Implantar um modelo de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero:</p> <ul style="list-style-type: none"> – melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS; – qualificar a atenção à saúde mental das mulheres; – incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais e promover a integração com setores não-governamentais, fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais. <p>Implantar e implementar a atenção à saúde da mulher no climatério:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ampliar o acesso e qualificar a atenção às mulheres no climatério na rede SUS. <p>Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade: – incluir a abordagem às especificidades da atenção a saúde da mulher na Política de Atenção à Saúde do Idoso no SUS; – incentivar a incorporação do enfoque de gênero na Atenção à Saúde do Idoso no SUS.</p> <p>Promover a atenção à saúde da mulher negra:</p> <ul style="list-style-type: none"> – melhorar o registro e produção de dados; – capacitar profissionais de saúde;

Política Nacional de DST/AIDS – 1999	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004)
	<ul style="list-style-type: none"> – implantar o Programa de Anemia Falciforme (PAF/MS), dando ênfase às especificidades das mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal; – incluir e consolidar o recorte racial/étnico nas ações de saúde da mulher, no âmbito do SUS; – estimular e fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher das SES e SMS com os movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra. <p>Promover a atenção à saúde das trabalhadoras do campo e da cidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> – implementar ações de vigilância e atenção à saúde da trabalhadora da cidade e do campo, do setor formal e informal; – introduzir nas políticas de saúde e nos movimentos sociais a noção de direitos das mulheres trabalhadoras relacionados à saúde. <p>Promover a atenção à saúde da mulher indígena:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ampliar e qualificar a atenção integral à saúde da mulher indígena. <p>Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS nessa população:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde das presidiárias.

Política Nacional de DST/AIDS – 1999	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004)

	<p>Fortalecer a participação e o controle social na definição e implementação das políticas de atenção integral à saúde das mulheres:</p> <ul style="list-style-type: none"> - promover a integração com o movimento de mulheres feministas no aperfeiçoamento da política de atenção integral à saúde da mulher.
DIRETRIZES	
<ul style="list-style-type: none"> - as mudanças de comportamento por meio do acesso à informação qualificada sobre os meios de transmissão e prevenção e para a percepção de risco; - o estabelecimento de modelos de intervenção que permitam considerar os diversos grupos populacionais, quanto à tomada de consciência em relação a sua situação de vulnerabilidade e risco, levando-se em conta os aspectos culturais, os contextos sociais e os valores relativos aos grupos envolvidos; - o desenvolvimento de trabalhos de intervenção baseados em peer education e outreach work (trabalho em pares e agentes comunitários de saúde), relevando as mudanças de práticas, atitudes, valores e crenças em relação as DST/AIDS; - o fortalecimento de redes sociais, com objetivo de atingir as ações de promoção e prevenção à saúde que dêem suporte social aos grupos envolvidos, criando alternativas para o enfrentamento da epidemia; - o desenvolvimento de parcerias com organizações não governamentais, associações comunitárias e de classe, 	<p>O Sistema Único de Saúde deve estar orientado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras). - A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher. - A gestão da Política de Atenção à Saúde deverá estabelecer uma dinâmica inclusiva, para atender às demandas emergentes ou demandas antigas, em todos os níveis assistenciais. - As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das

Política Nacional de DST/AIDS – 1999	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004)
<p>ampliando-se as ações de prevenção e a resposta ampliada à infecção pelo HIV;</p> <p>- a criação de mecanismos institucionais para ampliar a participação do setor empresarial e de outros agentes sociais na luta contra a AIDS.</p>	<p>condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais, com destaque para a segurança, a justiça, trabalho, previdência social e educação. – A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).</p> <p>– O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços. Sendo responsabilidade dos três níveis gestores, de acordo com as competências de cada um, garantir as condições para a execução da Política de Atenção à Saúde da Mulher.</p> <p>– A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas.</p> <p>– A atenção integral à saúde da mulher implica, para os prestadores de serviço, no estabelecimento de relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais, de diferentes orientações sexuais, etc. O atendimento deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá</p>

	<p>ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde.</p>
<p>Política Nacional de DST/AIDS – 1999</p>	<p>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004)</p>

	<p>As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologia apropriada a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da clientela e seus familiares.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No processo de elaboração, execução e avaliação das Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá ser estimulada e apoiada a participação da sociedade civil organizada, em particular do movimento de mulheres, pelo reconhecimento de sua contribuição técnica e política no campo dos direitos e da saúde da mulher. - Compreende-se que a participação da sociedade civil na implementação das ações de saúde da mulher, no âmbito federal, estadual e municipal requer – cabendo, portanto, às instâncias gestoras – melhorar e qualificar os mecanismos de repasse de informações sobre as políticas de saúde da mulher e sobre os instrumentos de gestão e regulação do SUS. - No âmbito do setor Saúde, a execução de ações será pactuada entre todos os níveis hierárquicos, visando a uma atuação mais abrangente e horizontal, além de permitir o ajuste às diferentes realidades regionais.
Política Nacional de DST/AIDS – 1999	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004)

	<p>– As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais; condição básica para a configuração de redes integradas de atenção à saúde e para a obtenção dos resultados esperados.</p>
--	---

As políticas direcionadas para atenção à saúde das mulheres estiveram até pouco tempo apenas voltadas para o viés materno-infantil. Apenas na década de 1990 que a incidência do HIV/AIDS na população feminina passou a aumentar e iniciaram-se as discussões para o enfrentamento, mesmo que isso tenha atingido as mulheres desde os anos 80 (SILVA, 2013). O Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de DST e HIV/AIDS, elaborou ações de resposta ao aumento dos casos em mulheres apenas após a pressão dos movimentos sociais, das entidades da sociedade e do Movimento Feminista.

Então, na segunda metade da década de 1990, foram lançadas as primeiras campanhas dirigidas às mulheres, incentivando o uso de preservativo, mas somente nos anos 2000 foram elaboradas políticas específicas para enfrentamento da feminização da AIDS, com enfoque nas mulheres.

O Movimento Feminista lutava por uma atenção integral à saúde da mulher e direitos sexuais e reprodutivos, contribuindo com a elaboração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), no ano de 2004. Também integrou à sua luta a necessidade de políticas capazes de enfrentar o aumento de infecções pelo HIV. Diante de uma assistência à saúde da mulher que visava apenas o período materno-infantil, ampliou-se a atenção para outras situações, como a violência, aborto e as DSTs/HIV/AIDS.

Apenas no ano de 2007 foi elaborado o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DSTs, também com a contribuição do Movimento Feminista. Este Plano foi reeditado e revisado em 2009, pois, ao longo dos anos de 2007 e 2008, houveram esforços coletivos e um debate para uma construção mais participativa (SILVA, 2013). Então, a partir deste plano, foram consolidadas algumas estratégias em comum com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, mas foi apenas após a elaboração deste plano que os números de mulheres infectadas diminuíram. No entanto, muito ainda tem que ser discutido e realizado para que a atenção à saúde da mulher seja realmente integral.

No atual sistema de saúde e, principalmente, no que se refere às mulheres com HIV/AIDS, observa-se que faz parte de um contexto mundial de negação de diversos direitos ao longo da vida, em que há serviços burocráticos que não são qualificados e nem garantem a equidade necessária para trabalhar com essa temática,

destacandose, então, o reducionismo do papel do Estado, que é influenciado por uma política mundial de ajustes neoliberais (HENRICH, 2008).

Para lutar contra a AIDS, é necessária uma política transversal de atendimento com a política de educação, saúde, assistência social, habitação, saneamento e todas as políticas capazes de assegurar, além do acesso à medicação, também uma vida com direitos assegurados.

2.2 RELAÇÕES SOCIAIS DE SEXO DAS MULHERES COM HIV/AIDS

Para dialogar sobre os conceitos de relações sociais de sexo, buscamos identificar, nas bibliografias recentes, conteúdos que pudessem auxiliar na compreensão dos processos vivenciados pelas mulheres com HIV, a partir de uma leitura dialética. Neste sentido, entende-se que a crítica à biologização do sexo a que o gênero esteve associado é uma das razões que fazem algumas teóricas materialistas preferirem a adoção do termo “relações sociais de sexo” e não gênero, pois compreende-se que o sexo também é socialmente determinado e que reduzi-lo à dimensão biológica acaba reforçando o processo de naturalização e de ahistoricidade que a sexualidade tem sido tratada, principalmente no ambiente teórico e político conservador (CISNE; SANTOS, 2018).

Optamos, então, pela utilização da categoria relações sociais de sexo, entendendo que mudanças individuais são insuficientes, mesmo que necessárias, pois a organização política coletiva é indispensável para que se alterem as relações estruturantes (CISNE; SANTOS, 2018). Isto é, as mulheres de forma individual são capazes de estabelecer mudanças na suas relações particulares, dividindo as tarefas domésticas, entre outros, no entanto, isso não irá transformar a estrutura social da divisão sexual do trabalho, pois outras mulheres continuarão sendo exploradas. Por isso, mesmo sendo necessárias as mudanças nas relações do cotidiano, para que haja a emancipação da mulher é preciso atingir as relações que estruturam as desigualdades (CISNE; SANTOS, 2018). Entretanto, defender a adoção da categoria “relações sociais de sexo” não significa dizer que utilizar o termo “gênero” seria realizado sem uma perspectiva crítica. Não é uma disputa linguística e nem uma desconsideração às contribuições dadas por pesquisadoras e militantes que trabalham com o conceito de gênero.

Para o aprofundamento do tema, na experiência da disciplina de Pesquisa em Serviço Social II, foi realizada uma pesquisa sobre as Relações Sociais de Sexo das mulheres com HIV/AIDS, que seria utilizada no Trabalho de Conclusão de Curso, considerando a temática. A busca por materiais foi de extrema importância para a compreensão deste tema. Na época o problema de pesquisa² foi: de qual maneira o Serviço Social vem contribuindo com a produção de conhecimento sobre a situação das mulheres com HIV/AIDS?

O objetivo geral da referida pesquisa foi conhecer de que forma o trabalho do assistente social na alta complexidade em saúde atua na particularidade das mulheres com HIV/AIDS, a fim de refletir de que forma as ações profissionais garantem o direito à saúde. E os objetivos específicos foram:

- Identificar no processo histórico de que forma o trabalho do assistente social se constituiu no atendimento com as mulheres com HIV/AIDS;
- Contribuir com o debate das relações sociais de sexo no que diz respeito ao acesso dos direitos sociais das mulheres com HIV/AIDS;
- Aprofundar o conhecimento do trabalho do assistente social na particularidade das mulheres com HIV/AIDS.

A pesquisa teve como base o método dialético crítico, pois possibilita maior compreensão acerca da realidade, proporcionando uma reflexão totalizante sobre o objeto de estudo e a superação das fragmentações, visto que reconhece a realidade em constante movimento e transformação. Assim, o método de pesquisa, conforme aponta Netto (2009), “(..) propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visando alcançar a essência do objeto (p. 8).

Para a pesquisa, foram utilizados descritores como “HIV”, “AIDS”, “MULHERES COM HIV”, “MULHERES COM AIDS”, em que apareçam no título ou no resumo e/ou palavras-chaves. A partir disso, pretendeu-se elaborar um banco de dados contendo

² “O trabalho do(a) assistente social atendendo as mulheres com HIV/AIDS na alta complexidade”. E as questões norteadoras foram: Quais são os processos históricos da forma que o trabalho do assistente social se constituiu no atendimento com as mulheres com HIV/AIDS? Quais são as relações sociais de sexo que as mulheres com HIV/AIDS vivenciam? Quais as produções bibliográficas existentes sobre o Serviço Social e as mulheres com HIV/AIDS?

os artigos, dissertações e teses, para depois realizar a análise de conteúdo³ conforme Bardin (1977).

Neste sentido, o universo da pesquisa foi composto por artigos, dissertações e teses pesquisadas nas revistas do Serviço Social, preferencialmente vinculadas aos programas de pós-graduação em Serviço Social e de Política Social e Serviço Social, sendo elas: Em Pauta, Katálysis, Libertas, O Social em Questão, Praia Vermelha, Serviço Social e Realidade, Serviço Social em Revista, Textos e Contextos, Teoria Política e Social, Temporalis, Serviço Social e Sociedade, Políticas Públicas UFMA, Ser Social, Emancipação, Sociedade em Debate, todas disponíveis eletronicamente. Foi utilizado o catálogo de teses e dissertações da plataforma CAPES.

O período pesquisado foi a partir do marco da Política Nacional de DST/AIDS - 1999 até o ano de 2019, sendo disponíveis eletronicamente e marcando o filtro de área de conhecimento “Serviço Social”. Para analisar os dados, o instrumento utilizado para auxiliar foram as fichas de leitura das bibliografias selecionadas a partir dos critérios, também separadas de acordo com as temáticas predominantes.

O primeiro ponto a ser discutido sobre os achados da pesquisa e as interpretações dos dados coletados é o fato de que, das quatorze revistas acessadas, apenas uma revista se encaixou nos critérios de inclusão, que era conter os descritores como “HIV”, “AIDS”, “MULHERES COM HIV”, “MULHERES COM AIDS”, que apareçam no título ou no resumo e/ou palavras-chaves. Segue a Tabela 1 abaixo:

Tabela 1 - Tabela de Artigos em Revistas

REVISTA	ANO	POSSUI ARTIGO SOBRE A TEMÁTICA?
Em Pauta	2007 a 2019	Não
Temporalis	2010 a 2019	Não

³ Conforme Bardin (1977, p. 95) a análise de conteúdo desenvolve-se em três fases, sendo a primeira a pré-análise, que consiste na organização dos documentos. A segunda fase é a exploração do material, na qual Bardin (1977), define como a codificação, sendo a transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo. Por fim, o tratamento dos dados, a inferência e a interpretação.

Katálysis	2009 a 2019	Não
Libertas	2007 a 2019	Não
O social em questão	1999 a 2019	Não
Serviço Social em revista	2009 a 2019	Não
Teoria Política e Social	Sistema indisponível	Não
Políticas Públicas UFMA	1999 a 2019	Não
Ser Social	1999 a 2019	Não
Emancipação	2001 a 2019	Não
Sociedade em Debate	1999 a 2019	Não
Textos e Contextos	2002 a 2018	Sim
		http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/962
Serviço Social e Realidade	2002 a 2018	Não
Revista Praia Vermelha	2002 a 2018	Não

Além disso, foi utilizado o catálogo de teses e dissertações da plataforma CAPES, e o período a ser pesquisado foi de 1999 a 2019. Com os descritores, foram obtidos 900 resultados; entretanto, muitas teses e dissertações não eram do Serviço Social ou não abordavam a temática. No entanto, uma dificuldade encontrada foi que as teses e dissertações que eram anteriores à Plataforma Sucupira não foram possíveis de abrir, localizando apenas o título. Outra dificuldade foi que muitos trabalhos não foram autorizados pelos autores, sendo assim, também não foram possíveis de abrir. Segue abaixo a Tabela 2, com as teses e dissertações que foram analisadas:

Tabela 2 - Tabela de Teses e Dissertações analisadas

ANO	TÍTULO	AUTOR	TIPO
2008	AIDS FEMININA: UM OLHAR NO ESPELHO SEM MAQUIAGEM	GIOVANA HENRICH	DISSERTAÇÃO

2015	VIVÊNCIAS DE MULHERES COM HIV/AIDS EM SUAS ESCOLHAS REPRODUTIVAS	NADJA FREITAS	DISSERTAÇÃO
2015	VISITANDO OS DISCURSOS DE MULHERES VELHAS SOROPOSITIVAS SOBRE GÊNERO, SEXUALIDADE E HIV-AIDS	KAROLAYNE LEAL	DISSERTAÇÃO
2016	CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DAS MULHERES QUE FAZEM SEXO COM MULHERES SOBRE A TRANSMISSÃO E A PREVENÇÃO DO HIV/AIDS	ADELIA OLIVEIRA	TESE

Entende-se que foi de fundamental importância a realização da pesquisa bibliográfica para compor um aprofundamento acerca das relações sociais de sexo que as mulheres com HIV/AIDS vivenciam e o trabalho do assistente social junto a essa temática. A pesquisa é essencial para o exercício profissional, pois é através dela que identificamos as diversas demandas que aparecem no cotidiano e somente com a pesquisa é possível o conhecimento da realidade social para intervenção. É necessário pontuar que a ausência de produção dos assistentes sociais sobre a temática também destaca o quão relevante é a elaboração deste trabalho de conclusão de curso para a categoria profissional.

3 O TRABALHO⁴ DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: A PARTICULARIDADE DA INTERVENÇÃO NA POLÍTICA DO HIV/AIDS

A Constituição Federal de 1988 foi o primeiro documento a colocar o direito à saúde definitivamente no ordenamento jurídico brasileiro. A Constituição ainda determina que o sistema de saúde pública deve ser gratuito, de qualidade e universal, isto é, acessível a todos os brasileiros e/ou residentes no Brasil. Então, somente em 1990, a partir da Lei 8.080, o SUS foi concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder

⁴ Neste capítulo a abordagem do conceito trabalho se refere a relação dele na particularidade com as mulheres com HIV/AIDS. Neste sentido, não se tem a intenção de aprofundá-lo como categoria social. Ainda parte-se que o conceito de **trabalho** neste momento de escrita de conclusão de curso é o exercício profissional fundamentado a qual enfatiza a natureza qualitativa dessa atividade é “[...] uma ação orientada a um fim como respostas às necessidades sociais, materiais e espirituais-- condensadas nas múltiplas expressões da questão social de segmentos sociais das classes subalternas na singularidade de suas vidas” (IAMAMOTO, 2009, p. 349).

Público. Foram definidos como princípios doutrinários do SUS: Universalidade, Equidade, Integralidade, Hierarquização, Participação Popular e Descentralização, e os recursos destinados ao SUS são provenientes do Orçamento da Seguridade Social.

A Política Nacional de DST/AIDS, em 1999, foi onde o trabalho do assistente social com pessoas com HIV/AIDS teve seu início. A participação dos movimentos sociais também teve muita importância em diversos momentos, desde a formulação inicial do Programa de DST/AIDS da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), que atendeu a uma demanda de um grupo de representantes do movimento homossexual sensibilizado pelas notícias vindas do exterior, pela divulgação dos primeiros casos brasileiros e pelo encontro de ex-militantes do grupo. Naquele momento, surgia no Brasil um espaço de luta contra a epidemia de AIDS, envolvendo agentes de diferentes campos e/ou espaços sociais (campo médico, burocrático e científico, do espaço da saúde coletiva e movimentos sociais). Ao longo do seu processo de conformação, juntaram-se os movimentos hemofílicos, talassêmicos, profissionais do sexo e as organizações não-governamentais de luta contra a AIDS (BARROS, 2018).

O assistente social, no seu processo de atuação nesta política, trabalha(ou) ampliando seu olhar além das demandas aparentes, buscando incluir toda rede dos indivíduos, compreendendo sobre suas relações familiares, seu emocional e material, com um olhar para a totalidade. O profissional precisa planejar suas ações, articulando com seu conhecimento sobre a legislação existente, buscando a efetivação dos direitos sociais dos usuários, pois o Serviço Social trabalha diretamente com as políticas sociais, intervindo na realidade dos sujeitos de forma crítica e propositiva.

3.1 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL COM AS MULHERES COM HIV/AIDS

Dialogar sobre o trabalho do assistente social com as mulheres com HIV/AIDS é retomar alguns pontos extremamente importantes em relação ao processo de intervenção. Assim, é necessário compreender que a AIDS é uma doença que afeta não somente o plano físico-biológico dos indivíduos, mas também aspectos sociais, históricos e políticos. As relações sociais surgem a partir das tensões provenientes do

preconceito e da discriminação, principalmente com as relações sociais de sexo vivenciadas pelas mulheres com HIV/AIDS.

Então, denota-se a importância de o assistente social trabalhar sua intervenção com as mulheres com HIV/AIDS, ampliando seu olhar para além de demandas aparentes e incluindo sua estrutura familiar, emocional, material e de sexo/raça/etnia.

Como relatado anteriormente, nos anos 1980, a preocupação maior em relação ao HIV/AIDS era mais focada na doença e em sua expectativa de vida baixa. Mais recentemente, apesar dos avanços da medicina e surgimento das medicações, as mulheres com HIV/AIDS ainda convivem com diversas opressões.

Neste sentido, os processos sociais vivenciados por elas têm ganhado mais ênfase no âmbito do trabalho profissional. Os assistentes sociais, para intervir nessas questões, precisam se aproximar de uma leitura de análise da conjuntura da sociedade, mobilizando uma compreensão dos processos históricos nas quais elas se envolvem, para perceber os limites e as possibilidades colocadas nas realidades em relação às mulheres com HIV/AIDS.

Para tanto, para realizar um trabalho condizente com as premissas dos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na saúde e a partir do Projeto ÉticoPolítico, uma análise socio-histórica do papel da mulher e seus processos de submissão e preconceitos - relações sociais de sexo - é de extrema importância para que se compreendam as demandas das mulheres com HIV/AIDS. Há fatores reproduzidos como, por exemplo, a questão da contracepção, que ainda é visualizada como uma responsabilidade das mulheres, a maternidade, a sexualidade “proibida”, entre outros.

Percebe-se que muitas mulheres, mesmo vivendo em relação estável, têm dificuldades de negociar com o parceiro o uso do preservativo nas relações sexuais. Elas temem despertar dúvidas em relação à fidelidade ou perder o homem como provedor da casa, submetendo-as às situações de imposição masculina de se relacionar sem camisinha (BASTOS, 2001).

A mulher necessita tomar a iniciativa do uso do preservativo, o que muitas vezes é dificultado até mesmo pelas relações sociais de sexo mantidas com seu parceiro, considerando-se a subordinação feminina aos homens. Outro exemplo se refere ao casamento que, algumas vezes, configura-se, no imaginário social, como uma relação de fidelidade. Nos casos em que há desconfiança, a mulher não

consegue convencer da importância do uso do preservativo por tratar-se ainda de algo imoral dentro dos antigos costumes. Aquelas que insistem ainda correm o risco de sofrer outras consequências, principalmente se forem dependentes economicamente desses companheiros. O processo de negociação da prevenção nas relações sexuais é algo urgente, mas ainda repleto de mitos. Essa negociação precisa ser feita partindo do entendimento de todos os lados envolvidos.

O estudo, ao analisar a escolaridade dos casos de AIDS notificados ao Sistema Nacional de Atendimento Médico (SINAM), de 1989 a 1997, demonstrou que as mulheres apresentaram menor escolaridade do que os homens em todos os anos analisados e em todos os municípios do país, sendo importante considerar que a multiplicidade de parceiros sexuais também está relacionada a uma escolaridade mais baixa (FONSECA et al., 2003).

Ainda, a maternidade é muitas vezes desejada por muitas mulheres, pois, na sociedade patriarcal, esse é um dos fatores que define o que é “ser mulher”. Sendo assim, as mulheres com HIV/AIDS não se enxergam mais, perdem a identidade e se questionam de forma interna e externa.

O assistente social, ao realizar uma intervenção adequada a essas mulheres, propõe analisar e entender sobre as desigualdades entre os sexos que têm gerado historicamente uma submissão e inferiorização da mulher. As mulheres ainda permanecem excluídas do poder de decisão na vida pública e na privada, ainda recebem baixos salários, inferiores aos dos homens, para os mesmos trabalhos, e são atingidas pela violência cotidiana, doméstica e sexual. As mulheres têm menor liberdade em sua vida sexual e têm menos poder de decisão acerca do sexo com proteção. Assim, esta desigualdade produz uma maior vulnerabilidade para as mulheres, impactando cada vez mais na epidemia entre elas (WERNECK, 2001).

Outro ponto importante para compreender o trabalho do assistente social com as mulheres com HIV/AIDS na alta complexidade refere-se ao quesito raça/cor. No projeto de intervenção no estágio obrigatório no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), 8 mulheres eram brancas e 6 eram pretas. Embora a maioria sejam mulheres brancas, isso já demonstra que as mulheres negras têm menos oportunidades de acesso a um hospital de alta complexidade em saúde. Em estudo sobre os determinantes de vulnerabilidade de mulheres negras ao HIV, Albuquerque, Moço e

Batista (2011) colocam que, de 1.221 mulheres negras entrevistadas, apenas 23% referiam uso consistente de preservativos, e 54,5% referiram nunca utilizá-los.

Sabe-se que as infecções sexualmente transmissíveis são mais comuns nos segmentos mais pobres da população, em que o menor acesso a serviços e a tratamentos eficazes da população com renda mais baixa favorece a cronificação dessas infecções, o que potencializa o risco de aquisição do HIV.

É interessante observar os dados do Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar do SUS, no ano de 2012, que demonstra que as proporções de internação por doenças infecciosas, entre as quais se inclui a AIDS, são muito maiores para a população negra (39,3% para homens e 40,3% para mulheres) do que para a população branca (23,5% para homens e 23% para mulheres). Então, os programas de saúde e educação voltados ao enfrentamento das DST/AIDS deveriam abandonar as estratégias de caráter eminentemente informativo e focar as possibilidades concretas de intervenção, levando em conta a vulnerabilidade conferida pelas desigualdades sociais, pelo pertencimento étnico-racial e gênero (PINHO et al., 2002).

Há que se lembrar, ainda, da proposta de humanização das práticas médicas no SUS. Entretanto, parece inegável, a partir dos dados epidemiológicos, não só de mortalidade, mas também de acesso a serviços e qualidade do atendimento, que algo ainda não mensurado e talvez “não mensurável” ocorre dentro das instituições de saúde, levando a resultados tão díspares dos indicadores de saúde segundo a raça/cor dos cidadãos brasileiros (SANTOS, 2016). O uso das desigualdades econômicas como hipótese explicativa das iniquidades raciais joga uma “cortina de fumaça” sobre a exclusão e a intolerância a que a população negra é submetida nos mais diversos setores da sociedade, incluindo os equipamentos de saúde (TAQUETTE, 2011).

As desigualdades socioeconômicas e culturais e o racismo institucional⁵ são hipóteses plausíveis para explicar a alta vulnerabilidade às DST/AIDS das mulheres negras. A análise dos dados epidemiológicos e a produção de informações que

⁵ Racismo institucional é o fracasso coletivo de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas em razão de sua cor, cultura ou origem étnica. Ele se manifesta em normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, os quais são resultantes da ignorância, da falta de atenção, do preconceito ou de estereótipos racistas. Em qualquer caso, o racismo institucional sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pelo Estado e por demais instituições e organizações (DIAS; GIOVANETTI; SANTOS, 2009, p. 16).

repetidamente reiteram a vulnerabilidade das mulheres negras ao HIV/AIDS não podem ser desconsideradas. Algumas medidas já foram tomadas, mas já faz muitos anos. Entre elas, a campanha da AIDS de 2005, denominada “AIDS e Racismo: o Brasil tem que viver sem preconceito”, a “Política Nacional de Saúde Integral da População Negra”, a formação dos comitês técnicos estaduais e regionais de saúde da população negra, a criação de metas especificamente voltadas às mulheres negras para enfrentar a epidemia entre as mulheres, entre outras (SANTOS, 2016).

Entretanto, do ponto de vista prático, não foi possível impactar os indicadores de saúde da população negra e, com o aumento do conservadorismo e em um governo de direita ultra conservador, novas estratégias de mudança terão que ser pensadas, pois corre-se o risco de aumentar ainda mais a dificuldade de acesso a serviços e a procedimentos em saúde e o aumento da mortalidade e morbidade em várias situações, entre elas a AIDS. Se todos esses dados ainda não foram suficientes para definir a população negra, particularmente o segmento das mulheres negras, como uma população prioritária para as intervenções dos programas de DST/AIDS, novas estratégias frente a esse retrocesso deverão ser criadas, para que as mulheres possam ter acesso desde novas a todos os serviços, sem sofrer nenhum tipo de preconceito.

Para isso, é importante que o assistente social tenha clareza do significado que é apreender o trabalho profissional a partir das dimensões teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operativas para trabalhar com as mulheres com HIV/AIDS. Portanto, é necessário o conhecimento do processo histórico que o produziu para a transformação social, que não se esgota na prática profissional interventiva, por isso

é preciso se aprofundar na teoria social de Marx, mas também outros conhecimentos técnicos.

Para tanto, o documento que foi elaborado pelo CFESS (2010) construiu os diferentes níveis do trabalho do assistente social na área da saúde. Este é considerado um marco extremamente importante, pois articula as dimensões da competência profissional, demarcando o significado social da profissão. Assim, as ações dos assistentes sociais na saúde a partir dos Parâmetros de Atuação dos Assistentes Sociais na área da Saúde dividem-se em:

- ações socioassistenciais que são ações que têm se constituído como as principais demandas aos profissionais de Serviço Social, referindo-se aos atendimentos sociais mediante as demandas que os usuários trazem ao assistente social da sua prática cotidiana (CFESS, 2010, p. 42):
- ações socioeducativas consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas através de abordagens individuais, grupais ou coletivas ao usuário, família e população de determinada área programática, sua finalidade é proporcionar uma visão reflexiva e participativa aos usuários de serviços de saúde, este de ser o eixo central de atuação do profissional de Serviço Social e recebem também a denominação de educação em saúde (CFESS, 2010, p. 54)
- ações interdisciplinares/ações de articulação com a equipe de saúde destaca que o trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde, pois o assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2010, p. 46).
- ações voltadas para a mobilização e participação social dos usuários, familiares e movimentos sociais que lutam há muitas anos nesta temática, sendo fundamental garantir a participação no controle social e demais espaços democráticos como conselhos, conferências, fóruns e etc, pois são nestes espaços que é possível reivindicar seus direitos na agenda pública de saúde.
- O planejamento e a gestão também devem envolver um conjunto de ações para garantir o fortalecimento da gestão democrática participativa;

Conforme o que Pereira (2003) nos revela, as ações de saúde não são somente a utilização do raciocínio, diagnóstico e prescrição de cuidado, pois as práticas educativas têm muita relevância nas ações de saúde e são objetos dos processos desenvolvidos da educação em saúde. Sendo assim, os programas de prevenção das DST/AIDS fazem parte de uma proposta nacional da política de combate à AIDS no Brasil, em que as ações e práticas educativas são desenvolvidas pela técnica de aconselhamento individual e coletivo. A educação em saúde, que é desenvolvida através do assistente social com as mulheres com HIV/AIDS, tem como instrumento a prática que é concretizada através de acesso à informação, em que os profissionais que estão envolvidos neste processo são percebidos, também, como educadores.

Entender-se desta forma implica em compartilhar uma concepção de mundo e numa prática política que tem como objetivo a transformação social, permitindo acesso ao conhecimento e às condições para escolhas mais conscientes. Segundo Netto (1996), o profissional do Serviço Social vem compondo historicamente uma nova perspectiva político-pedagógica que vem desde a década de 1970 com o movimento de reconceituação, no desenvolvimento de uma prática profissional que busca apoiar transformações na realidade social, cujos fundamentos teórico-metodológicos que venham referenciar a construção de um projeto ético político que supere tendências conservadoras (MIRANDA, 2012).

Outro ponto importante de se considerar é que as ações em saúde são sempre realizadas dentro do território em que as UBSs de referência são próximas às residências dos usuários, gerando uma insegurança com os trabalhadores da saúde, pois muitos deles conhecem a vizinhança e os familiares, não sendo assegurado o sigilo do tratamento. Os profissionais devem buscar a ampliação do olhar para todos os aspectos que influenciam no processo de saúde-doença, pois além do conhecimento dos serviços oferecidos e das legislações existentes, é necessário ter uma capacidade de escuta e de propositividade, com um olhar político, humanizado, ético e integral, sendo comprometido com a profissão e com o usuário, não atendendo com preconceito e conservadorismo (ZUCCHETTI, 2015).

Ainda, é importante destacar que todo tratamento a ser realizado e futuros encaminhamentos devem ser construídos com o usuário de forma horizontal, não agindo de forma autoritária e respeitando todos os saberes. Entretanto, é necessário entender que o profissional que trabalha nas unidades de atendimento (básica, média

e alta complexidade) convive com o processo de precarização da política de saúde, que traz rebatimentos nos programas e na Política Nacional de DSTS e AIDS com restrições e ações focalizadas. Há diversas demandas que são postas a esses profissionais, como por exemplo: a busca pelo BPC ou outro benefício previdenciário, a pobreza, a busca por alimentação (como cesta básica), a discriminação, o preconceito, o estigma, o passe livre em transporte coletivo, os problemas familiares, a continuidade com o tratamento, transferência de pacientes e orientações que são dadas para os pacientes e familiares sobre a doença.

A inserção dos assistentes sociais nestes espaços é de suma importância, visto que é possível elaborar projetos de ação profissional; perfil e demandas da população; identificar as expressões da questão social, avaliar os planos de ações e seus resultados alcançados, utilizando seus instrumentos e técnicas. A atuação dos assistentes sociais deve ultrapassar as burocracias existentes na máquina pública e o caráter imediato das demandas que chegam para o profissional trabalhando. Motta (2012) relata que nossos históricos desafios são originais da contraditória determinação social da profissão, que têm no desenvolvimento capitalista, na emergência das expressões da “questão social”, nas lutas de classes, na ação do Estado e da sociedade civil o entrelaçamento de relações sociais que se (re)produzem dialeticamente e contraditoriamente requerendo demandas que abstraídas pelas instituições chegam até as profissões, dentre elas a de serviço social.

É fundamental que o assistente social conceba o HIV/AIDS não apenas como uma demanda individual a ser trabalhada, mas sim uma situação que necessita de ações de múltiplos profissionais e conhecimentos. No entanto, no contexto atual de privatização e precarização da saúde, os assistentes sociais lidam com condições de trabalho precárias, onde há um aumento nas demandas e muitas não podem ser viabilizadas nessa conjuntura de desmonte de políticas públicas.

4 A DISCUSSÃO DO ESTÁGIO OBRIGATÓRIO NA ALTA COMPLEXIDADE: RESULTADO DE UMA INTERVENÇÃO ÉTICA E FUNDAMENTADA DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

O estágio obrigatório em Serviço Social I, II e III foram efetuados no Hospital de Clínicas⁶ de Porto Alegre, na área de infectologia de internação adulta, com pacientes com HIV e AIDS, nos anos de 2018 a 2019. A perspectiva profissional do Serviço Social na alta complexidade perpassa os aspectos sociais, econômicos e culturais associados ao processo saúde-doença dos usuários. Seu objetivo é identificar e intervir nas expressões da questão social apresentadas pelos indivíduos, analisando a realidade de forma ampliada, dentro de cada contexto, buscando criar alternativas para o seu enfrentamento. Segundo Martinelli (2011), na área hospitalar, os valores humanos estão em plena evidência e, nela, o assistente social trabalha “com a vida em suas múltiplas manifestações, desde o nascimento, passando pela infância, juventude, vida adulta, processos de envelhecimento, até a finitude” (p. 499). O campo de estágio da acadêmica referiu-se ao Serviço de Infectologia no HCPA, que atua na assistência de pacientes adultos com doenças infecciosas agudas e crônicas, atendendo em nível hospitalar às mais diversas áreas da especialidade, tais como: HIV/AIDS, tuberculose, infecções hospitalares, infecções em pacientes transplantados e imunossuprimidos, infecções fúngicas e doenças tropicais.

O objetivo da equipe de Infectologia é prestar serviços de excelência em assistência e pesquisa, buscando promover continuamente a sua capacitação técnica (HCPA, 2019). Entretanto, este Serviço foi incorporado em janeiro de 2015 com a inserção de um assistente social e uma estagiária de Serviço Social. Antes da inserção deste profissional, os pacientes da Infectologia eram atendidos por diferentes assistentes sociais do hospital, conforme organização da coordenação do Serviço Social.

Os atendimentos realizados com essas pacientes compreendem diversas áreas do hospital, pois não há divisões específicas para os pacientes infectados por

⁶ A natureza da instituição deste período de estágio é de uma Empresa Pública de Direito Privado que pertence ao Ministério da Educação e se encontra vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). É um hospital público, de alta complexidade, geral e universitário, atende pacientes do SUS - majoritariamente - e dos convênios. O SUS é estruturado em níveis de complexidade, entendendo que as demandas em saúde possuem características diferentes, sendo atendidas de forma diferente. A atenção básica é para ações preventivas ou intervenções curativas cuja complexidade do procedimento é baixa. Na atenção de média complexidade, estão os serviços de ambulatorios mais especializados. No nível de atenção de alta complexidade, onde a acadêmica estagiou, situam-se as unidades terciárias, ou seja, os hospitais. É onde são atendidas as demandas com maior complexidade em saúde, doenças graves, intervenções cirúrgicas e transplante de órgãos (BRASIL, 1990).

HIV/AIDS, podendo estes serem internados em leitos que vão desde o quinto até o nono andar da estrutura física do HCPA, não englobando, porém, pacientes do Serviço de Pediatria, localizado no 10º andar, ou do Centro de Tratamento Intensivo (CTI), distribuído entre os andares 3º, 12º e 13º.

Foi a partir da análise dialético-crítica do espaço sócio-ocupacional realizada no estágio obrigatório I, que verificou-se as expressões da questão social⁷ presentes na vida das pacientes mulheres HIV: uso abusivo de álcool e drogas como consequência do conflito entre capital e trabalho, situação de rua, desemprego, falta de acesso à educação, violência doméstica, adoecimento, preconceito pelo HIV/AIDS, são mulheres responsáveis pelo sustento da família e com diversos direitos violados ao longo da vida.

Dentre as ações profissionais, uma de destaque se refere à alta, pois esta envolve diferentes profissões que realizam as ações. Muitas vezes a alta é voltada somente para os cuidados físicos, sem valorizar o sujeito doente e suas implicações de vida e familiares, o que influencia diretamente no cuidado fora do hospital (POMPEO et al., 2007). Por isso é de suma importância planejar a alta desde a internação do paciente precocemente para sanar as dúvidas e inseguranças do paciente e os familiares. Os médicos, por um contexto histórico de hierarquia de saberes, são quem dá a alta ao paciente. No entanto, a equipe de enfermagem é quem está diariamente auxiliando nos cuidados com os pacientes, tendo uma visão mais ampla das necessidades de saúde do paciente por estar mais próximo dele e de seus familiares. A equipe orienta sobre o plano de alta a ser seguido, também referenciando outros profissionais de outras áreas a orientar, como por exemplo, a equipe de psicologia, do serviço social, da fisioterapia, da nutrição e os demais profissionais que atenderam o paciente, para garantir um cuidado integral do paciente, como prevê o princípio da integralidade do SUS.

Um dos pontos polêmicos que ocorrem cotidianamente no serviço de infectologia é a alta social, pois apresenta demandas sociais que interferem no retorno

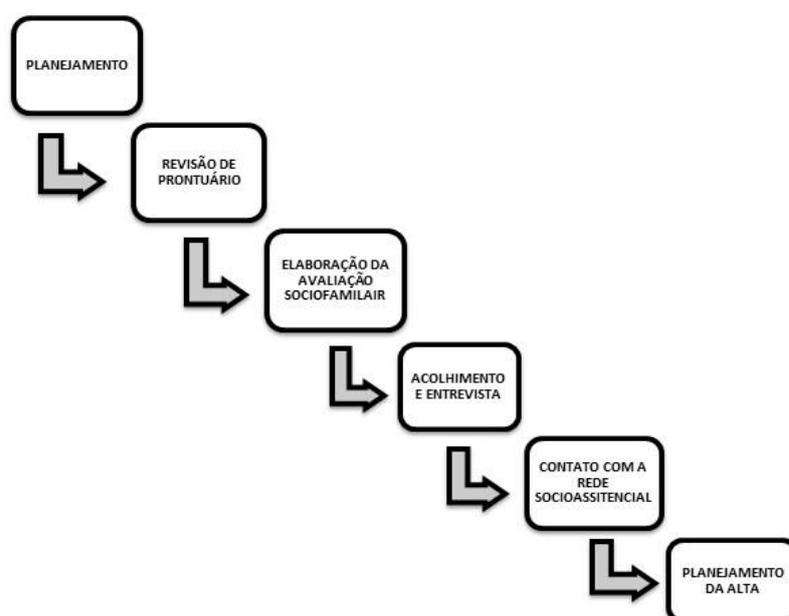
⁷ O Serviço Social tem na questão social a base de sua fundação como especialização do trabalho. Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2004, p. 27).

para o domicílio, mesmo com melhora clínica. Segundo Guerra (2015), quando a intervenção social não consegue assegurar todas as condições sociais, a nível de recursos e suporte, para que a pessoa possa sair do hospital, simultaneamente, quando já não reúne motivos clínicos para continuar internada, a alta hospitalar é protelada e, deste modo, a situação pode constituir-se um caso social, que seria a “alta social”.

Em algumas equipes de saúde do HCPA, essas demandas só são levadas em consideração próximo à alta, solicitando ao Serviço Social a tarefa de propor soluções rápidas, geralmente em dois dias ou, até mesmo, no dia do retorno do paciente para casa.

A partir dessa análise, constituiu-se um projeto de intervenção cujo nome foi: “Acompanhamento da Internação Hospitalar e Plano de Alta para Mulheres com HIV/AIDS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS”, com o objetivo de realizar um acompanhamento e plano de alta juntamente com o paciente. O projeto de intervenção executado na época obedeceu diferentes níveis dos processos de trabalho na área, e foi desenvolvido e executado através da seguinte metodologia:

Figura 1 - Fluxo de Encaminhamento e Acompanhamento



Fonte: Realizado pela autora (2019).

A partir da realização deste projeto, foi possível traçar um perfil das mulheres com HIV e AIDS que foram atendidas durante o período proposto (novembro de 2018 a maio de 2019). Nota-se que os dados demonstrados na Tabela 3 representam significativamente a discussão apontada no capítulo anterior, a partir da categoria “relações sociais de sexo”.

Tabela 3 - Faixa Etária das mulheres com HIV/AIDS

Idade	Sujeitos/Mulheres
21 – 41	6
42 – 59	5
Idosas	3
Total	14

Fonte: Tabela criada pela autora em 2019.

Embora seja um número pequeno de mulheres e durante um curto período de tempo, a equipe de saúde passou a notar o aumento de idosas e mulheres com mais de 30, anos que passaram a internar mais frequentemente com AIDS ou que descobriram, na internação, o HIV. Segundo o Boletim Epidemiológico de 2018, entre as mulheres, verifica-se que, nos últimos dez anos, a taxa de detecção apresentou queda em quase todas as faixas etárias, exceto na de 60 anos e mais: nesta, foi observado aumento de 21,2% quando comparados os anos de 2007 e 2017. Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que, se o ritmo de infecções nessa faixa etária prosseguir como está, em 2030, 70% da população mundial com mais de 60 anos terá o vírus causador da AIDS. A invisibilidade sexual na velhice e o machismo enraizado na sociedade influenciam também as políticas públicas e os programas, pois a possibilidade de uma pessoa idosa ser infectada pelo HIV não é considerada se só for analisada pelo senso comum.

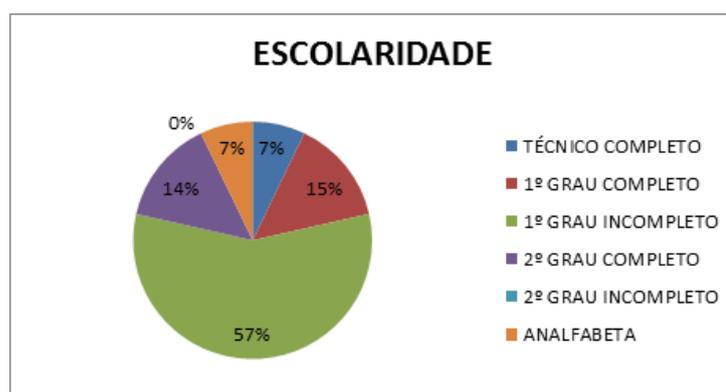
Por muito tempo, os idosos não se enquadraram em nenhum grupo de risco para infecção pelo HIV, pois era restrita apenas aos grupos como: homossexuais, transsexuais e usuários de drogas injetáveis. Por isso, ao descobrir o HIV, acabaram vivenciando de forma mais complexa, demorando para aceitar e enfrentar, pois não

se viam como vulneráveis à infecção (GARCIA, 2012). O fato da sociedade e dos próprios profissionais considerarem os idosos como sexualmente inativos faz com que deixem de detectar precocemente a contaminação e, por isso, não é abordado nada relacionado com sexualidade. Sendo assim, não há fornecimento de qualquer informação aos idosos sobre isso, portanto, é importante que os serviços de saúde acolham e desenvolvam ações voltadas para o HIV/AIDS e orientações sobre o uso de preservativos.

Diversos estudos mostraram que a predominância de infecção pelo HIV nesta faixa etária se dá pela transmissão heterossexual. Isso pode ser atribuído à dificuldade de negociação entre os parceiros para a adoção de medidas preventivas, prejudicando principalmente as mulheres, pois com medo de perder o parceiro provedor ou despertar dúvidas sobre sua fidelidade, acabam cedendo à imposição masculina de não utilizar o preservativo (GARCIA, 2012).

Além da idade, outro ponto importante é a escolaridade dessas mulheres, conforme Figura 2 a seguir:

Figura 2 - Escolaridade das mulheres atendidas



Fonte: Gráfico criado pela autora em 2019.

A maioria das mulheres não completaram o 1º grau, demonstrando pouco grau de instrução, dificultando também a negociação do uso de preservativo, o entendimento dos métodos contraceptivos, a importância do tratamento e da continuação desse tratamento. Além disso, demonstra que as mulheres com HIV e AIDS estão mais vulneráveis, pois podem depender mais dos companheiros, financeira e afetivamente, não conseguindo sair de ciclos de violência e estigmas, colocando-se frequentemente em risco.

Além do crescimento persistente da doença em mulheres, o perfil aponta ainda outras tendências, a exemplo da pauperização, com o aumento de casos em pessoas com baixa escolaridade; a interiorização, onde municípios menores e mais distantes já apresentam pelo menos um caso notificado de AIDS, bem como o enegrecimento, com o predomínio da doença em pessoas da raça negra (GOMES, 2008, p.1).

Outro dado importante é que todas as mulheres atendidas tinham filhos, demonstrando que, além dos cuidados que elas precisam ter com elas mesmas, também precisam cuidar dos filhos, do lar, da saúde delas e tudo que envolve a vida dessas mulheres. Por isso, a compreensão dos determinantes sociais em saúde, envolvendo uma relação indissociável entre os aspectos biológicos e sociais (culturais, políticos, econômicos, étnicos/raciais, psicológicos), necessita ser apreendida pelo trabalho dos assistentes sociais, para que realizem uma intervenção condizente com a proposta daquilo que é saúde e também o projeto ético-político.

Conforme o projeto ia sendo executado, um instrumento muito importante utilizado foi uma planilha de “Levantamento de Dados” que foi sendo alimentada com informações das pacientes para traçar um perfil (APÊNDICE A). Essa planilha foi muito importante para ter todos os dados e poder construir este relatório final, visto que foram muitos atendimentos, telefonemas, evoluções e discussões. Além dessa planilha, um “Diário do Projeto de Intervenção” foi construído e totalizado em 30 páginas, em que constam todas as evoluções, impressões e reflexões após os acolhimentos e entrevistas com as pacientes mulheres. Esse instrumento também foi fundamental para organizar o planejamento da alta e refletir sobre cada atendimento realizado.

Além desses dois novos instrumentos, criados a partir da execução do projeto, o instrumento de “Avaliação Sociofamiliar das pacientes mulheres da equipe da infectologia” (APÊNDICE B) foi utilizado. Este é um instrumento já antigo na instituição, porém foram acrescentados os itens: “Nome Social”, “Raça/etnia/cor”, “Percepções e sentimentos sobre a doença” e algumas políticas específicas das mulheres, pois são informações muito importantes para garantir o respeito à diversidade, com o nome social e o respeito com a identificação de raça, etnia e cor de cada mulher atendida.

O item “Percepções e sentimentos sobre a doença” surgiu após uma aula da disciplina de Estratégias de Intervenção do Serviço Social II, que trata, em um de seus módulos, a documentação do trabalho do assistente social, onde foi possível enxergar a importância de dar voz às mulheres que têm esse diagnóstico, superando o processo burocrático da intervenção profissional. Todas as vezes em que essa pergunta foi

realizada surgiram as mais variadas respostas, sentimentos, tristezas, preconceitos enraizados, violências vivenciadas e muitas dúvidas sobre o futuro.

No que diz respeito aos encaminhamentos para a rede socioassistencial, o projeto propôs-se a considerar as políticas de acesso às mulheres com HIV/AIDS, para que fosse possível visualizar a importância do projeto de intervenção e da articulação com a rede como uma forma de dar um acompanhamento social continuado.

Segue abaixo a tabela:

Tabela 4 - Encaminhamentos para a Rede Socioassistencial

PACIENTE	ENCAMINHAMENTOS	REALIZOU ENCAMINHAMENTOS PÓS-ALTA	JÁ ERA ACOMPANHADA NO SERVIÇO	NÃO QUIS SER ACOMPANHADA NO SERVIÇO
1	INSS, Isenção do TRI e UBS RESTINGA	SIM		
2	Isenção do TRI, CRAS CRUZEIRO e UBS VILA CRUZEIRO	SIM		
3	UBS NAVEGANTES e CRAS VILA FARRAPOS	NÃO		
4	Isenção do TRI, UBS PEQUENA CASA DA CRIANÇAS	SIM		
5	Isenção do TRI	REINTERNOU MESES DEPOIS	3 UBS PEQUENA CASA DA CRIANÇA	
6	Isenção do TRI		CRAS GLÓRIA/CRUZEIRO/C RISTAL, INSS E UBS JARDIM CASCATA	
7	Isenção do TRI			UBS
8	Isenção do TRI e UBS MORRO SANTANA		CRAS CENTRO UBS MORRO SANTANA	
9	CAPS AD VILA NOVA, Isenção do TRI e CRAS HÍPICA			UBS
10	Isenção do TRI			UBS

11	UBS CENTRO, CRAS CENTRO e INSS (CAMAQUÃ)	SIM		
12	UBS PANORAMA	REINTERNOU 1 MÊS DEPOIS		
13	ÓBITO			
14	CRAS CENTRO	SIM		

Fonte: Tabela criada pela autora em 2019.

Conforme a Tabela 4, foi possível realizar uma vinculação das mulheres com HIV e AIDS com a rede de serviços de saúde, mesmo reconhecendo os rebatimentos impostos pela precarização⁸ da política de saúde atualmente. Essa precarização vem a partir da reestruturação produtiva em curso que atinge o mercado de trabalho do assistente social, em que cresce o trabalho parcial, precário, temporário e com flexibilização de direitos, além do trabalho voluntário e de novos modos de gestão e exploração do trabalho, que também atinge o trabalho deste profissional, com a insegurança das ações no emprego, precárias formas de contratação, maiores demandas, baixos salários e etc. (RAICHELIS, 2010). Conforme aponta, ainda, Raichelis (2010), a terceirização dos profissionais tem alterado o significado do trabalho técnico e modificado as relações sociais com a população atendida, causando, muitas vezes, descontinuidade e quebra do vínculo com os usuários. Com a população com HIV e AIDS, o vínculo, a confiança e o atendimento frequente são importantes para a continuidade com o tratamento e o rompimento de preconceitos e desconhecimento com a doença/vírus em si.

Além disso, com a violência advinda das relações étnico-raciais e de uma situação socioeconômica, na maioria das vezes, menos privilegiada, as mulheres negras sofrem dupla discriminação, pois vivem em condições desiguais de sexo (são

⁸ Precarização são os termos mais usados nos estudos que abordam a desregulamentação do emprego, a intensificação e a deterioração das condições do trabalho, a extensão da jornada, a redução dos salários, a crescente desproteção social, a difusão do sofrimento físico e/ou mental relacionados ao trabalho e o desemprego estrutural (MOROSINI, 2016).

estigmatizadas por serem mulheres) em uma sociedade que perpetua as desigualdades étnico/raciais (estigmatizadas por serem negras) (DINIZ, 2007).

É interessante observar nos dados do Sistema de Informação Ambulatorial e Hospitalar do SUS, no ano de 2012, que as proporções de internação por doenças infecciosas, entre as quais se inclui a AIDS, são muito maiores para a população negra (39,3% para homens e 40,3% para mulheres) do que para a população branca (23,5% para homens e 23% para mulheres). Então, os programas de saúde e educação voltados ao enfrentamento das DST/AIDS deveriam abandonar as estratégias de caráter eminentemente informativo e focar as possibilidades concretas de intervenção, levando em conta a vulnerabilidade conferida pelas desigualdades sociais, pelo pertencimento étnico-racial e gênero (PINHO et al., 2002). Mesmo os serviços voltados a pessoas com HIV/AIDS ainda não modificaram a sua forma de intervir em relação à violência.

Em uma pesquisa realizada com usuárias de serviços de saúde em São Paulo, as mulheres que buscaram a testagem para HIV e/ou aquelas que são soropositivas relataram mais violência por parceiro íntimo em relação às mulheres que não passam/passaram por esta experiência (BARROS et al., 2011). Entretanto, isso não causou mudança nas intervenções pelos serviços de saúde e nem em abordagens que incluam a questão da violência.

Pautar a violência contra a mulher nos serviços de saúde é intervir em situações de vulnerabilidade e desigualdades entre homens e mulheres, trabalhar isso é estar pensando na saúde da mulher como um direito. Não há orientações específicas nos documentos norteadores de como abordar a prevenção às DST/HIV/AIDS junto das mulheres em situação de violência que, muitas vezes, são causadas pelos parceiros íntimos. Então, isso se constitui numa falha importante dos documentos normativos, porque esta é uma das maiores vulnerabilidades das mulheres (LIMA e SCHRAIBER, 2013).

O(a) assistente social precisa estar atento a esta questão e trabalhar com as usuárias e com a equipe nas formas de intervir. É necessário reconhecer que abordar a temática sobre violência é bastante difícil e precisa haver cuidados éticos, construindo vínculos, garantindo o sigilo e o acolhimento do relato da usuária, acatando a decisão dela de compartilhar ou não com a rede socioassistencial, não realizando juízo de valor, respeitando essa decisão, com base numa intervenção ética.

Desta forma, é essencial um olhar mais atento para a violência contra as mulheres que vivem com HIV/AIDS, identificando de que forma esta sorologia agrava as vulnerabilidades e desigualdades entre homens e mulheres.

Durante o período do projeto, uma mulher veio a óbito e apenas duas reinternaram, mesmo sendo acompanhadas no território; as outras se vincularam aos espaços da rede. Em relação ao território, entende-se que é neste local que é possível compreender os hábitos e as dinâmicas da realidade, fazendo com que o trabalho se articule de forma a garantir o acesso às redes socioassistenciais⁹ de forma articulada e sigilosa.

A partir das atividades desenvolvidas no estágio obrigatório em Serviço Social III e da execução e monitoramento do projeto de intervenção, foi possível perceber que o processo de aprendizagem esteve de maneira articulada ao projeto éticopolítico¹⁰ profissional do serviço social. Não é possível dissociar o processo de estágio do projeto ético político profissional do serviço social, pois:

Não há dúvidas de que o projeto ético-político do Serviço Social brasileiro está vinculado a um projeto de transformação da sociedade. Essa vinculação se dá pela própria exigência que a dimensão política da intervenção profissional põe. Ao atuarmos no movimento contraditório das classes, acabamos por imprimir uma direção social às nossas ações profissionais que favorecem a um ou a outro projeto societário. Nas diversas e variadas ações que efetuamos, como plantões de atendimento, salas de espera, processos de supervisão e/ou planejamento de serviços sociais, das ações mais simples às intervenções mais complexas do cotidiano profissional, nelas mesmas, embutimos determinada direção social entrelaçada por uma valoração ética específica (TEIXEIRA E BRAZ, 2009, p. 05).

A partir do momento que os estudantes necessitam entrar no processo de estágio, a profissão já se expõe com seu caráter político e transformador, tentando romper com o imediatismo. Isso permite que os futuros assistentes sociais estejam

⁹ O conceito de rede socioassistencial deve ser ampliado para além do conjunto de serviços, programas e benefícios que são geridos de formas articuladas e integradas, aproximando essas mulheres enquanto participantes na constituição da rede, sendo assim, as usuárias seriam parte ativa na modificação, tornando-se a própria rede, compondo-a juntamente com o conjunto de outros usuários e também trabalhadores destes locais, organizações da sociedade civil, governos e outros (REIS, 2016).

¹⁰ O projeto ético-político sempre deu a direção social da profissão, desde a década de 1970, onde o Serviço Social refez e revisou os instrumentos que configuram o projeto: Código de Ética Profissional (1993), a Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e da Resolução 533/2008 do CFESS, bem como, ancorado nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS (1996), como uma atividade que se configura a partir da inserção do estudante em um espaço sócio-ocupacional.

preparados e capacitados para lidar com o seu objeto de trabalho: as expressões da questão social e suas resistências. O projeto ético-político apresenta os valores

centrais para a profissão, sob a defesa intransigente dos direitos sociais, resultantes da luta da classe trabalhadora.

Como a alienação do trabalho está presente no cotidiano profissional, é preciso sempre retomar o nosso objeto de trabalho, as trajetórias percorridas e os motivos pelos quais o assistente social se faz presente nesse espaço. Nossa intervenção profissional deve estar em constante movimento de análise e reflexão, à luz do projeto ético-político, para não que não se perca nas armadilhas da alienação, burocratização e trefismo.

O assistente social e os estagiários, na sua inserção na área da saúde, podem articular com outras profissões, criando uma interlocução entre o projeto profissional, a reforma sanitária e as conquistas feitas para construir o SUS. Todas as articulações com a rede socioassistencial, como encaminhamentos e contatos telefônicos possibilitam o acesso a direitos, garantido pelas políticas públicas já existentes, e essa busca faz parte do projeto ético-político do Serviço Social.

Entretanto, mesmo que o projeto ético-político seja hegemônico, o conservadorismo ainda se faz presente no cotidiano, pois há uma conjuntura que propicia isso. Como bem destaca Guerra (2000, p. 5), “[...] só o estágio permite a análise concreta de situações concretas”. Ainda, considera-se importante destacar que é no espaço da supervisão acadêmica e de campo, a partir de uma reflexão conjunta sobre a realidade profissional dos campos de estágios, que se constroem estratégias e reflexões frente aos limites e possibilidades das organizações no enfrentamento das expressões da questão social, à luz da teoria social crítica. Isso quer dizer que não basta considerar a existência de uma política social, faz-se necessário utilizá-la como instrumento para a efetivação desses direitos, visando à emancipação dos portadores de HIV/AIDS como sujeitos de direitos, como todo e qualquer cidadão. Deve-se considerar a realidade como processo, isto é, nada é estático; tudo é passível de transformações.

O cuidado em saúde, a partir de um viés crítico, permite que os sujeitos sejam percebidos em sua totalidade, considerando a concepção ampliada da saúde em detrimento de uma postura mecanicista e higienista. Na verdade, basta analisar os

princípios do SUS para perceber como eles estão associados à perspectiva políticopedagógica da Educação em Saúde. Guedes & Stephen-Souza (2009, p. 390) apresentam o papel da Educação em Saúde e de que forma esse processo é abordada dentro do Programa DST-AIDS:

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 incontestada do direito à Saúde.

Neste sentido, o cotidiano demonstra as contradições existentes nos espaços institucionais e, através da análise fundamentada pelos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na saúde e ainda pelos princípios do Projeto Ético Político Profissional, é possível superar as leituras imediatas e conservadoras que se colocam sobre as usuárias mulheres com HIV. A educação em saúde pode ser um caminho valioso de construção de ética, cuidado e assistência em saúde, propiciando espaços legítimos de problematização acerca do trabalho do assistente social na sociedade contemporânea, no sentido de compreender seus limites, desafios e possibilidades.

Por fim, o trabalho do assistente social está amparado com os documentos oficiais do Ministério da Saúde e do Programa de DST/HIV e AIDS; de uma clareza da direção social que a profissão se revela e, portanto, possui uma grande responsabilidade na relação com os usuários, superando o juízo de valor imposto socialmente. O trabalho se mostra numa constante busca das competências profissionais, na materialização dos princípios do Código de Ética da Profissão, baseado na liberdade, na justiça, na democracia e na igualdade social para as mulheres com HIV/AIDS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de conclusão de curso (TCC) possibilitou compreender a importância de desvendar a realidade, entender as dinâmicas do cotidiano e apreender as expressões da questão social em cada relato trazido pelas mulheres com HIV/AIDS nos três estágios e nas aprendizagens ocorridas durante a graduação em Serviço Social, principalmente através das disciplinas finais, que auxiliaram na construção desse trabalho final, e a partir disso, suscitou reflexões e formas de pensar a intervenção nas demandas postas.

Além disso, a participação por dois anos na Iniciação Científica (IC) e no Programa de Educação Tutorial (PET), embora não sejam relatados nesta produção, foram experiências que contribuíram com o processo de formação e com a apreensão da relação dialética de ensino, pesquisa e extensão. O objetivo principal do trabalho foi entender de qual maneira o Serviço Social vem contribuindo com a produção de conhecimento sobre a situação das mulheres com HIV/AIDS e as relações sociais de sexo.

O primeiro capítulo resgatou a história do HIV/AIDS, com o seu surgimento na década de 1980, mais especificamente em 1981, nos Estados Unidos, no Haiti e na África Central, em homens homossexuais. No Brasil, o primeiro caso foi no ano de 1982, em São Paulo. Atualmente, Porto Alegre ocupa o primeiro lugar da lista entre as 27 capitais com mais alta concentração de casos de AIDS. Destaca-se, assim, a importância de se discutir essa temática na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tendo em vista que os profissionais da saúde, os movimentos sociais e as organizações da sociedade civil (OSC), como o Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA) - primeira OSC criada - tiveram muita importância na conquista e garantia de direitos ao longo da história do HIV e AIDS.

Com o processo de construção política para o atendimento das pessoas com HIV/AIDS, esses diversos segmentos, principalmente os médicos sanitários e profissionais da saúde, uniram-se para formular novas Políticas Públicas de Saúde (Reforma Sanitária) e, mais tarde, para criar diversas Leis e Portarias para proibir a

discriminação, garantir a distribuição gratuita e universal de antirretrovirais e entre outros direitos já garantidos atualmente.

Ainda dentro do primeiro capítulo, foi trabalhado sobre a relação da Política Nacional de DST/AIDS com a Política de Saúde da Mulher, tendo em vista que a diminuição da feminização do HIV/AIDS depende das políticas relacionadas, sendo necessário criar estratégias para agir nessa realidade imposta às mulheres, analisando, articulando e pautando respostas institucionais. Foi abordado durante o TCC que as políticas que são direcionadas para atenção à saúde das mulheres estiveram, até pouco tempo, apenas voltadas para o viés materno-infantil, mas, na década de 1990, a incidência do HIV/AIDS na população feminina passou a aumentar e iniciaram-se as discussões para o enfrentamento. Foi apenas com a pressão das entidades da sociedade e pelo Movimento Feminista que o Ministério da Saúde através do Programa Nacional de DST e HIV/AIDS elaborou ações de resposta. Logo, consideramos aqui a importância dos movimentos sociais na conquista dos diversos direitos conquistados.

No que diz respeito às relações sociais de sexo das mulheres com HIV/AIDS, foi utilizada essa categoria pois as mudanças individuais são insuficientes, mesmo que necessárias, e a organização política coletiva é indispensável para que se alterem as relações estruturantes (CISNE; SANTOS, 2018). A partir dessa escolha, foi realizada uma pesquisa bibliográfica dentro da disciplina de Pesquisa em Serviço Social II, encontrando dificuldade em localizar teses e dissertações na plataforma CAPES e pouca produção de artigos nas revistas do Serviço Social sobre essa temática, o que demonstra a importância de estar pesquisando e produzindo materiais sobre isso.

O capítulo sobre o “Trabalho do Assistente Social na Política de Saúde: a particularidade da intervenção na Política do HIV/AIDS” foi fundamental para compreender a atuação do profissional nessa política, visto que é necessário ampliar o olhar para além das demandas aparentes e planejar suas ações futuras. Na especificidade do trabalho com as mulheres, não se pode desconsiderar as desigualdades existentes entre os sexos, a submissão e inferiorização da mulher, pois ainda permanecem excluídas na sociedade e na vida privada, com salários desiguais, sujeitas a diversas violências, além de menor liberdade na sua vida sexual e menor poder de decisão com o parceiro. Com a articulação dos Parâmetros de Atuação dos

Assistentes Sociais na área da Saúde, é possível associar as dimensões da competência profissional para uma intervenção melhor e mais qualificada.

Para finalizar, foi destacada, no último capítulo, a importância da discussão do estágio obrigatório na alta complexidade, realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na área de infectologia de internação adulta, com pacientes com HIV e AIDS, entre 2018 e 2019. Foi possível, desde o estágio obrigatório I, verificar as expressões da questão social presentes na vida das pacientes mulheres e, a partir da análise dialético-crítica, surgiu a necessidade de constituir um projeto de intervenção que acompanhasse e planejasse a internação hospitalar dessas mulheres, articulando com os demais profissionais da saúde. O projeto foi realizado com as mulheres, com os familiares e com a rede socioassistencial do território, sendo fundamental entender que o trabalho do assistente social está amparado nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, seu Código de Ética da Profissão, sua Lei de Regulamentação e nos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na saúde, tendo uma clareza na sua direção social.

São muitas as questões que se colocam no cotidiano de trabalho dos assistentes sociais vinculados à política de saúde, e também com usuárias com HIV/AIDS. Em alguns momentos, percebe-se que há uma tendência a uma simplificação dos atendimentos direto aos usuários, sugerindo para os profissionais uma leitura imediata da realidade, sem análise da totalidade, onde os processos de trabalho se realizam de forma acrítica, num processo de alienação. Sem a leitura da realidade concreta a partir da perspectiva de totalidade, pode ocorrer um esvaziamento da crítica, dando espaço para leituras que individualizam os sujeitos e supervalorizam a subjetividade.

Por fim, sabe-se que é um desafio a ser enfrentado de forma coletiva pela categoria profissional e pelos profissionais da saúde, pois a responsabilidade por um mundo com mais equidade para as mulheres com HIV/AIDS é do Estado e de todos, pois elas devem ter seus direitos garantidos e acesso aos mesmos, vinculando o HIV/AIDS não mais como sinônimo de morte (física ou social), mas de vida, com uma nova construção societária, sem qualquer tipo de discriminação e desigualdade. Dessa forma, como disse a feminista Audre Lorde, “não serei livre enquanto alguma mulher for prisioneira, mesmo que as correntes dela sejam diferentes das minhas”.

Portanto, a liberdade e emancipação humana das mulheres com HIV/AIDS são centrais na busca pela garantia dos seus direitos sociais.

APÊNDICE A - Levantamento de dados

SEXO	COR/RAÇA/ETNIA	DATA DO	CIDADE	BAIRRO	CONDIÇÕES	TRATAMENTO	DADOS CLÍNICOS	ACESSO A REDE	ACOMPANHANTE	PROFISSÃO
FEMININO	BRANCA	2018	PORTO ALEGRE	RESTINGA	REGULAR	Iniciou em 06/12	Neurotoxoplasmose	NENHUM	MÃE E PAI	TÉCNICO EM
FEMININO	BRANCA	2015	PORTO ALEGRE	TERESÓPOLIS	REGULAR		Perda da função	CRAS (BF) - Cruzeiro	MÃE (NADIA)	GAROTA DE
FEMININO	PRETA	2005	PORTO ALEGRE	FARRAPOS	REGULAR	Irregular	AVC	NENHUM	NENHUM FAMILIAR	NENHUMA
FEMININO	PRETA	"RECENTE"	PORTO ALEGRE	VILA SÃO JOSÉ	IRREGULAR	Irregular	Provável	UBS MURIALDO	MÃE	AUXILIAR DE LIMPEZA
FEMININO	PRETA	2007	PORTO ALEGRE	PARTENON	REGULAR	Regular	Imunodepressão	UBS Pequena Casa da	NENHUM FAMILIAR	MANICURE
FEMININO	PRETA	2010	PORTO ALEGRE	CASCATA	REGULAR	Irregular	Doença Renal, AIDS.	HCPA Ambulatório	NENHUM FAMILIAR	MÃE E IRMÃS
FEMININO	BRANCA	2007	PORTO ALEGRE	PROTÁSIO	REGULAR	Irregular	Imunodepressão	HCPA Ambulatório	FILHA	SECRETÁRIA
FEMININO	PRETA	2015	PORTO ALEGRE	MORRO	REGULAR	Regular	Disfagia e	UBS Morro Santana	MARIDO	NENHUMA
FEMININO	BRANCA	2009	PORTO ALEGRE	HÍPICA	REGULAR	Regular	Picos febris	Postão da Cruzeiro	MARIDO E MÃE	NENHUMA
FEMININO	BRANCA	1998	PORTO ALEGRE	HÍPICA	REGULAR	Irregular	Dispneia	Sanatório Partenon	FILHA	APOSENTADA
FEMININO	BRANCA	1990	CAMAQUÃ	OLARIA	REGULAR	Irregular	Necessidade de O2	Assistência Social de	FILHOS	TRABALHADORA RURAL
FEMININO	PRETA	1995	PORTO ALEGRE	PINHEIRO	REGULAR	Irregular	Neurotoxoplasmose	HCPA Ambulatório	FILHA	APOSENTADA POR
FEMININO	BRANCA	2019	PAROBÉ	CENTRO	REGULAR	Não quer fazer	Neoplasia na	UBS Central Parobé	FILHA	EMPREGADA
FEMININO	BRANCA	2014	PORTO ALEGRE	SANTANA	IRREGULAR	Regular	Anemia e avc	UBS Modelo, UBS Santa	FILHOS	NENHUMA
FEMININO	PRETA	2007	PORTO ALEGRE	PARTENON	REGULAR	Regular	Imunodepressão	UBS Pequena Casa da	NENHUM FAMILIAR	MANICURE

USUÁRIO DE	ESCOLARIDADE	FILHOS/FAMILIARES	BENEFÍCIO/PROGRAMA	DATA ATENDIMENTO	DATA DA ALTA
NÃO	TÉCNICO COMPLETO	1 FILHO (06 ANOS)	AUXÍLIO-DOENÇA	20/11	07/12/2018
"PROVÁVEL"	1º GRAU INCOMPLETO	1 FILHO (3 ANOS)	NÃO	02/01/2019	15/01/2019
SIM (CRACK)	1º GRAU INCOMPLETO	1 FILHO (13 ANOS)	NÃO	05/12/2018	27/12/2018
NÃO	1º GRAU COMPLETO	1 FILHO (21 ANOS)	AUXÍLIO DOENÇA	25/12/2018	10/01/2019
NÃO	2º GRAU COMPLETO	4 FILHOS (MENORES)	BPC	26/02/2019	28/02/2019
NÃO	1º GRAU INCOMPLETO	1 FILHA (4 ANOS)	AUXÍLIO DOENÇA E TRI	14/03/2019	28/03/2019
NÃO	2º GRAU COMPLETO	1 FILHA (29 ANOS)	BPC E TRI	19/03/2019	12/04/2019
NÃO	ANALFABETA	1 FILHO	BPC E TRI	21/03/2019	27/03/2019
SIM (CRACK E	1º GRAU COMPLETO	1 FILHA (8 ANOS)	TRI	28/03/2019	11/04/2019
NÃO	1º GRAU INCOMPLETO	4 FILHOS (29, 28, 19)	TRI	22/04/2019	04/05/2019
NÃO	1º GRAU INCOMPLETO	2 FILHOS (42 e 38)	NÃO	23/04/2019	24/04/2019
NÃO	1º GRAU INCOMPLETO	3 FILHAS (27, 25)	NÃO	02/05/2019	15/05/2019
NÃO	1º GRAU INCOMPLETO	8 FILHOS	NÃO	09/05/2019	Óbito dia 25/05/2019
NÃO	1º GRAU INCOMPLETO	6 FILHOS	BPC	14/05/2019	16/05/2019
NÃO	2º GRAU COMPLETO	4 FILHOS (MENORES)	BPC	14/05/2019	16/05/2019

APÊNDICE B - Avaliação Sociofamiliar das pacientes mulheres da equipe da infectologia

AVALIAÇÃO SOCIOFAMILIAR DAS PACIENTES MULHERES DA EQUIPE DA INFECTOLOGIA

Leito:

Data da internação:/...../..... Data da alta:/...../.....

1. Dados de Identificação

Nome do paciente:		Prontuário:	
Nome Social:			
Data de nascimento:	Idade:	Natural de:	
Sexo: () F () M	Estado civil:		
Escolaridade:		Completo () Incompleto ()	
Endereço:			
Bairro:		Cidade	
Fone:	Cell ()	Fone p/ recado ()	
Profissão:	Renda R\$	Local de trabalho	
Situação ocupacional () CLT () Autônomo () Estatutário () Informal			
() aposentadoria invalidez () 25% () auxílio-doença () BPC () desempregado			
Crenças:			
Raça/Cor/Etnia:			

2. Dados de identificação do entrevistado (familiar/acompanhante)

Nome: Parentesco:

Contato: Cuidador de referência:

3. Composição Familiar

Nome	Grau de Parentesco	Idade	Trabalho/Renda	Telefone

Participação da família no tratamento:

.....

.....

.....

.....

Albergues: _____ Fone: _____

Outros: _____

Obs.: _____

Judiciário:

Núcleo de Defesa da Mulher – NUDEM:

Juizado da Violência Doméstica e Familiar Contra A Mulher:

Outros Serviços: _____

6. Necessidades advindas da internação

6.1 Transporte Sim Não. Qual:

Outras necessidades: _____

6.2 Articulação com a rede socioassistencial:

.....

7. Paciente dependente de tecnologia

dieta por SNE

oxigênio

órteses / próteses

8. Condições de Habitação:

Moradia: Própria Alugada Cedida Outros:

Luz: Rede pública "Puxada" Não possui

Água: Rede pública Poço Não possui

Saneamento: Esgoto canalizado Fossa Séptica Não possui

Outras condições de habitação: _____

Intervenções necessárias ou realizadas pelo Serviço Social:

.....

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, Myrian Veras. **Planejamento social**: intencionalidade e instrumentação. 2. ed. São Paulo: Veras, 2007.

BARROS, Sandra Garrido de. **A política nacional de AIDS, os movimentos sociais e o SUS**. Disponível em: <<http://abiAIDS.org.br/a-politica-nacional-de-AIDS-osmovimentos-sociais-e-o-sus/32128>> Acesso em: 21 abr. 2020.

BRASIL. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990(a). Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm em acesso em 24/abr/2020.

BRAVO. Maria Inez Souza. **Saúde e Serviço Social no Capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

CEZAR, Vagner Mendes; DRAGANOV, Patricia Bover. **A História e as Políticas Públicas do HIV no Brasil sob uma Visão Bioética**. Ensaio Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 151-156, jun. 2014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Assistente Social no Brasil: elementos para o estudo do perfil profissional**. Brasília: CFEP-SS 2005.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS/CRESS, 2010.

CLEMENTINO. Milca Oliveira. **Serviço social e HIV/AIDS: Uma análise da prática profissional no serviço de assistência especializada e HIV/AIDS e Hepatites Virais (SAE) do município de Campina Grande-PB**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em serviço social. Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, Campina Grande, PB: 2014. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/123456789/5294/1/PDF%20%20Milca%20Oliveira%20Clementino.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2020.

CUNHA, Ana Paula da; CRUZ, Marly Marques da; TORRES, Raquel Maria Cardoso. **Tendência da mortalidade por AIDS segundo características sociodemográficas no Rio Grande do Sul e em Porto Alegre: 2000-2011***. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 477-486, set. 2016.

CISNE, Mirla; SANTOS, Silvana Mara Morais dos. **Feminismo, diversidade sexual e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2018.

DOWSETT, Gary W. **Algumas considerações sobre sexualidade e gênero no contexto da AIDS**. Revista questões de saúde reprodutiva. I(1): 39-49. 2006.

GUERRA, Inês. (2015), **O que é o caso social?** Estudo sobre a construção do caso social em contexto hospitalar, Tese de Doutoramento em Serviço Social, Lisboa, Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa.

GRANGEIRO, Alexandre; ESCUDER, Maria Mercedes; CASTILHO, Euclides Ayres. **A epidemia de AIDS no Brasil e as desigualdades regionais e de oferta de serviço.** Cad. Saúde Pública 26 (12), 2010.

GRAMSCI, Antônio. **Cadernos do cárcere**, v. 1-6. Civilização Brasileira: Rio de Janeiro, 2004.

HENRICH, Giovana. **AIDS FEMININA: UM OLHAR NO ESPELHO SEM MAQUIAGEM.** 2008. 194 f. Tese (Doutorado) - Curso de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, 2008.

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

IAMAMOTO, Marilda Vilela. As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Methodológicas 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.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social.** In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Unidade IV: O significado do trabalho do Assistente Social nos distintos espaços sócio-ocupacionais. CFESS/ABEPSS: Brasília, 2009. p. 341-375.

MARRA, C. C.; CARMAGNANI, M. I. S.; AFONSO, C.; SALVADOR, M. E.. **Orientação planejada de enfermagem na alta hospitalar.** Acta. Paul. Enferm. P.124-125, 1989.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios contemporâneos.** In.: Rev. Serviço Social e Sociedade. São Paulo. N. 107, jul/set. 2011.

MATOS, Maurílio Castro. **Serviço Social, Saúde e Ética:** reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

MIRANDA, Adriana Andrade. **MOVIMENTOS SOCIAIS, AIDS E CIDADANIA: O direito à saúde no Brasil a partir das lutas sociais.** 2007. 152 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Direito, Universidade de Brasília, Brasília - DF, 2007.

MONTEIRO, Wilza Vieira Villela Simone. **Gênero, estigma e saúde**: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/AIDS entre mulheres. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 24(3):531-540, jul-set 2015.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso. **Precarização do trabalho: particularidades no setor saúde brasileiro**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 5-13, 2016.

MOTTA, Ana Elisabete. **Redução da pobreza e aumento da desigualdade**: Um desafio teórico-político ao serviço social brasileiro. In: MOTTA, A. E (Org). Desenvolvimento e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdade. São Paulo: Cortez, 2012.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2005. OMS, 2015. Organização Mundial da Saúde. Disponível em <<http://www.who.int/es/>>. Acesso em 10 set. 2015.

PACHECO, Antonio G. et al. **AIDS-related tuberculosis in Rio de Janeiro, Brazil**. PloS one 3, e3132 (2008) a.

PACHECO, Antonio G et al. **Increase in non-AIDS related conditions as causes of death among HIV-infected individuals in the HAART era in Brazil**. PloS one 3, e1531 (2008) b.

PAZ, Fernanda Alves Ribeiro. **A PRECARIZAÇÃO NO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**. São Luís, 2015.

PINHO, M. D. et al. **Juventudes, raça e vulnerabilidades**. Revista Brasileira de Estudos de População, v. 19, n. 2, p. 277-294, 2002.

POMPEO, D. A.; Pinto, M. H. A. (2007). **Atuação do Enfermeiro na Alta Hospitalar**: reflexão a partir dos relatos dos pacientes. Acta. Paul. Enferm, v.20 (3): p. 345-50.

RAICHELIS, Raquel. **Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no Suas**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, v. 104, p. 750-772, out. 2010.

RAICHELIS, Raquel. **O assistente social como trabalhador assalariado**: desafios frente às violações de seus direitos. IN: Revista Serviço social e Sociedade. São Paulo, n.107, p.420-437, jul/set 2011.

REIS, Patricia Lane Araújo. **Assistência Social**. In: Dicionário Crítico: Política de Assistência Social no Brasil. Org. FERNANDES, Rosa M. Castilhos, HELLMANN, Aline. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2016.

ROCHA, Maria Solange Guerra. **Silenciosa conveniência entre transgressão e conservadorismo**. Tese de Doutorado. UFPE. 2011.

SANTOS, Naila Janilde Seabra. **Mulher e negra**: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 602-318, jul-set. 2016.
SILVA, André Luis da. A imagem e identidade do assistente social expressas no cotidiano: um estudo a partir da demanda de trabalho na alta complexidade em saúde. 2016.

SILVA, Juliana Kelly Dantas da; DANTAS, Bruna Hávilla Lino; DANTAS, Maria Francisca Máximo. **QUESTÃO SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS DO TRABALHO PROFISSIONAL**. VII Jornada Internacional Política Públicas, Maranhão, p.1-10, ago. 2017.

SILVA, Taciana Maria da. Relações de poder e a feminização da epidemia de HIV/AIDS. Seminário Internacional Fazendo Gênero 10 (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2013. ISSN 2179-510X.

TAQUETTE, Stella Regina. **Vulnerabilidade às DST/AIDS de adolescentes femininas afrodescendentes moradoras de comunidades pobres do município do Rio de Janeiro**. In: CAMPOS, A. C. M.; ALMEIDA, C. R. A.; AOKI, F. H. (Org.). Saúde da população negra, HIV/AIDS: pesquisas e práticas. Campinas: Arte Escrita, 2011. p. 43-54.

TEIXEIRA, Carmen. **A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS**: desatando nós, criando laços. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, set./dez. 2003.

UNAIDS. Estatísticas - UNAIDS. 2019. Disponível em: <https://unAIDS.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 07 maio 2020.

WERNECK, Jurema. **AIDS**: a vulnerabilidade das mulheres negras. Jornal da Rede Saúde, n. 23, p. 53-58, 2001.

ZUCCHETTI, Gabriela Soccol. **Análise Socioinstitucional**: “O Serviço Social na atuação com pacientes da Infectologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – RS” 2015.