



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

ÉRICA ALVES DA SILVA

**SERVIÇO SOCIAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE: REFLEXÃO ACERCA DO
PROCESSO DE TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS JUNTO AS PESSOAS
QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

Brasília

2018

ÉRICA ALVES DA SILVA

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE E SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÃO ACERCA DO
PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO AS PESSOAS QUE
VIVEM COM HIV/AIDS**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade
de Brasília (UnB) como requisito parcial à
obtenção do título de bacharel em Serviço Social.
Orientador: Prof. Dr. Cristiano Guedes.**

Brasília

2018

BANCA EXAMINADORA

.

Prof. Dr. Cristiano Guedes – Orientador
Departamento de Serviço Social da UnB.

Prof. Dr. Mário Ângelo Silva- Membro Interno

Assistente Social Ms. Danielle Galdino – Membro Externo

Dedico este trabalho à todas as profissionais de Serviço Social que atuam na Política de Saúde e que lutam cotidianamente para o fortalecimento e maior visibilidade à profissão.

Às pessoas que vivem com HIV e necessitam lutar diariamente para a viabilização de seus direitos sociais garantidos constitucionalmente.

“Refletir sobre as possibilidades de desenvolvimento do Serviço Social, no Brasil e nos próximos anos, parece-me um exercício intelectual e profissional legítimo e necessário”.

José Paulo Netto.

AGRADECIMENTOS

Ao prof. Dr. Cristiano Guedes pela disponibilidade, dedicação, paciência e contribuições no decorrer do processo de Estágio Supervisionado em Serviço Social e Trabalho de Conclusão de Curso. Suas orientações e incentivo contribuíram significativamente para o meu aprimoramento enquanto pessoa e profissional em formação.

Ao Prof. Dr. Mário Ângelo Silva, seu conhecimento e trajetória no estudo de HIV/Aids possibilitou importantes reflexões para que eu pudesse desenvolver este trabalho; suas contribuições avaliativas serão primordiais para o aprimoramento do mesmo.

A Assistente Social Ms. Danielle Galdino por sua disposição para participar dessa avaliação. A sua contribuição enquanto profissional será de grande importância para a finalização desta etapa acadêmica.

As profissionais participantes da pesquisa, pela disponibilidade e interesse para participar de uma etapa imprescindível do proposto trabalho.

Aos colegas e amigos da Universidade de Brasília, que apesar da intensa jornada acadêmica, estiveram presentes durante o processo de produção dessa monografia. Suas contribuições, sugestões e críticas foram de grande importância para a construção e finalização deste trabalho.

A equipe do Projeto Com-Vivência do Hospital Universitário de Brasília. O período de estágio junto a esta maravilhosa equipe, foram fundamentais para conhecer o trabalho desenvolvido junto as pessoas com HIV. Todas as discussões de casos, atendimentos e convivência com a equipe foram fundamentais para a escolha do tema de pesquisa.

RESUMO

Educação em saúde é parte do trabalho realizado pelos assistentes sociais inseridos no campo da saúde, por meio de atividades desenvolvidas com os usuários da política de saúde, partindo-se de um olhar crítico e reflexivo acerca das demandas apresentadas. O estudo teve como objetivo entender o processo de trabalho do assistente social que atua em educação em saúde sobre HIV/Aids, segundo as assistentes sociais que atuam na área da saúde. Portanto, para chegar a esse entendimento, verificou-se o trabalho realizado por assistentes sociais que atuam em saúde; buscou identificar as possibilidades de atuação profissional em educação em saúde e; descrever como os movimentos sociais e as políticas sociais influenciam no trabalho profissional junto aos usuários com HIV. Esta investigação foi constituída por meio de pesquisa bibliográfica e documental, com assuntos referentes ao HIV e ao Serviço Social. Posteriormente foi realizada a coleta de dados junto aos profissionais com experiência no atendimento às pessoas que vivem com HIV por meio de uma enquete, além de reflexões obtidas no diário de campo elaborado no período de realização de Estágio Supervisionado em Serviço Social, e no decorrer da pesquisa acerca do tema. Constatou-se, que as assistentes sociais têm a concepção do processo de educação em saúde e têm realizado aprimoramento teórico e intelectual ao realizar pós-graduação e, ao participar de atividades e eventos com temáticas na saúde, também se dispõem a organizar palestras e rodas de conversas com temáticas previamente pensados juntos aos usuários. Notou-se que as principais dificuldades para a concretização do trabalho destes profissionais são os embates institucionais, recursos humanos e materiais para a viabilização das atividades programadas para atendimento individual e coletivo. Considera-se, portanto, que para entender o processo de trabalho do assistente social junto às pessoas que vivem com HIV/Aids, é preciso refletir acerca das questões conjunturais postas na sociedade.

Palavras-Chave: educação em saúde; serviço social; questão social; movimentos sociais; processos de trabalho; HIV/Aids.

ABSTRACT

Health education is part of the work carried out by social workers inserted in the health area, through activities developed with the users of health policy, starting with a critical and reflective look at the demands presented. The objective of this study is to understand the process of the social worker who works in health education about HIV / Aids in the health area. Therefore, to reach this understanding, we verified the work performed by social workers in this field; sought to identify the possibilities of professional action in health education and; describe how social movements and social policies influence professional work with HIV positive patients. This research was constituted through bibliographical and documentary research about subjects related to HIV and Social Work. Subsequently, the data collection was carried out with professionals with experience in the care of people living with HIV through a survey, in addition to reflections obtained in the field diary elaborated during the period of Supervised Internship in Social Work and in the course of the research about the topic. It was observed that social workers have the conception of the health education process and have achieved theoretical and intellectual improvement by performing post-graduation and participating in activities and events with health issues, are also willing to organize lectures and conversations with themes previously thought together with users of the health system. It was noticed that the main difficulties for the accomplishment of the work of these professionals are the institutional clashes, human and material resources for the feasibility of the activities programmed for individual and collective attendance. It is therefore considered that in order to understand the working process of the social worker with people living with HIV / Aids, it is necessary to consider the social issues.

Keywords: health education; social service; social issues; social movements; work processes; HIV / Aids.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Gênero	63
Gráfico 2: Ano de formação das assistentes sociais	64
Gráfico 3: Formação em Pós-Graduação	66
Gráfico 4: Participação dos profissionais em eventos na saúde.....	67
Gráfico 5: Atendimento realizado em unidades de saúde.....	69
Gráfico 6: Atividades desenvolvidas com os usuários.....	70
Gráfico 7: Instrumentos utilizado nos atendimentos	71
Gráfico 8: Trabalhos realizado em parceria com a rede de atendimento local.....	72
Gráfico 9: Retorno dos usuários acerca dos trabalhos educativos realizados pelas assistentes sociais	73
Gráfico 10: Espaço institucional em que são realizadas as atividades	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AZT – Zidovudina

BM – Banco Mundial

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CF – Constituição Federal

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CFM – Conselho Federal de Medicina

COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico

CRAS – Centro de Referência em Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializada em Assistência Social

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento

DIP – Doenças Infecciosas e Parasitárias

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC – Emenda Constitucional

FGTS – Fundo de Garantia Por Tempo de Serviço

FHC – Fernando Henrique Cardoso

HD – Hospital Dia

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HUB – Hospital universitário de Brasília

IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões

IN – Instrução normativa

IR – Imposto de Renda

IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MS – Ministério da Saúde

NRF – Novo Regime Fiscal

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONG – Organização Não Governamental

OSS – Orçamento da Seguridade Social

PEP – Profilaxia Pós Exposição

PN DST/AIDS – Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS

PREP – Profilaxia Pré Exposição

PVHA – Pessoas que vivem com HIV/AIDS

SIPAC – Sistema de Procedimento de Alta Complexidade

SUS – Sistema Único de Saúde

SVE – Sistema de Vigilância Epidemiológica

TARV – Tratamento Antirretroviral

UNAIDS – Programa das Nações Unidas Sobre Aids

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO 1- SERVIÇO SOCIAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	18
1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	18
1.1.1. Ações em saúde até os anos 30	18
1.1.2. Trabalho educativo em saúde dos anos 40 aos anos 70	20
1.1.3. Concepção de educação em saúde a partir dos anos 80 a atualidade.	21
1.2 INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE	26
1.2.1. Política de Saúde no Brasil	26
1.2.2. Serviço Social na Política de Saúde	28
1.3 COMPETÊNCIAS DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E PROCESSOS DE TRABALHO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE	31
1.3.1 Competências do Assistente Social na Saúde.	31
1.3.4. Processo de trabalho Profissional em Educação em Saúde	33
CAPITULO 2 – HIV/AIDS E DIMENSÕES POLÍTICAS E SOCIAIS	38
2.1 ASPECTOS SOCIAIS AO SURGIMENTO DO HIV/AIDS	38
2.1.1 HIV como expressão da Questão Social	39
2.1.2 Vulnerabilidade	41
2.2. DIREITOS SOCIAIS DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV	44
2.2.1. O papel dos movimentos sociais na conquista de direitos.	44
2.2.2. Direitos sociais adquiridos.	45
3. POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS FRENTE AO PROJETO DE CONTRARREFORMA	50
3.1. Implementações de políticas voltada para pessoas com HIV	50
CAPÍTULO 3- CONTEXTUALIZAÇÃO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	60

3.1. ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO ENFRENTAMENTO AO HIV/Aids...	60
3.2. PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE JUNTO AS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV.....	61
3.2.1. Perfil de Assistentes Sociais que atuam na Política de Saúde	63
3.2.2. Reflexão acerca da pesquisa realizada.	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERENCIAS.....	81
APÊNDICE	92
APÊNDICE I- CARTA DE APRESENTAÇÃO	92
APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO	93

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Aids – e o Vírus da Imunodeficiência Humana – HIV– começaram a ter visibilidade no Brasil a partir da década de 1980 por meio do registro dos primeiros casos. O conhecimento destes, provocou mudanças na atuação dos profissionais de saúde, por estarem diante de uma nova demanda de trabalho e preocupações que se apresentavam no meio social a respeito de um diagnóstico pouco conhecido pela comunidade de saúde, acadêmica e público em geral.

Temáticas acerca de educação em saúde e sobre HIV vêm sendo bastante abordadas por pesquisadores ao longo das últimas décadas desde que o vírus se tornou conhecido no Brasil, tanto pelos casos registrados do vírus em brasileiros, quanto pela divulgação na mídia nacional. Essas mudanças ocorridas na sociedade, o avanço no acompanhamento clínico, a disponibilização do Tratamento Antirretroviral- TARV e também a superação do estigma de contaminação ligada à morte, tornaram-se objeto de inquietação e estudos de pesquisadores de diversas áreas do conhecimento.

Abordar a temática de educação em saúde sobre HIV/Aids expande o olhar investigativo a respeito da atuação profissional no processo de trabalho do assistente social junto às pessoas que realizam acompanhamento em unidades de saúde. As ações de educação em saúde não são instrumentos de trabalho exclusivo do profissional do Serviço Social. Logo, desde a sua inserção na área da saúde, tem sido trabalhadas por diversos profissionais a partir de suas especificidades. Seu processo não tem um método padronizado para o desenvolvimento das atividades, portanto, parte-se da forma de abordagem realizada no decorrer do trabalho do assistente social, seja em um atendimento em ambulatórios, rodas de conversas e trabalhos com famílias.

O assistente social, no seu ambiente de trabalho, desenvolve ações como orientações individuais e coletivas, entrevistas, estudos e também laudos sociais, acompanhamento no que se refere à situação de saúde e questões socioassistenciais dos usuários e seus familiares, promoção a saúde em serviços especializados dentre outros (AZEVEDO, 2015); possibilitando o conhecimento de demandas e ações a serem trabalhadas junto à família e equipes de saúde e outras unidades de atendimento.

No trabalho desenvolvido pelo assistente social junto às pessoas que vivem com HIV/AIDS- PVHA, tem dentre as suas principais demandas apresentadas a busca por

orientações previdenciárias, trabalhistas e também assistenciais. São realizados também, processos de articulação em rede e trabalho educativo (LOPES; CASTRO, 2017); tinha-se estas principais orientações em decorrência do pouco conhecimento acerca do diagnóstico, e também pelo contexto de vulnerabilidade social apresentado pelos usuários.

A iniciativa para a elaboração do proposto trabalho deu-se por meio da experiência no campo de estágio, durante o período de Estágio Supervisionado em Serviço Social¹ no Hospital Universitário de Brasília- HUB. A partir da vivência nos processos de educação em saúde realizada pelo projeto Com-Vivencia², situado no Ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias- DIP, especializado em atendimento às pessoas com HIV; gerou a inquietação de aprofundamento do estudo acerca da temática. Tornou explícito que, realizar um estudo voltado para o trabalho profissional do assistente social no processo de educação em saúde às pessoas com HIV/Aids, se torna primordial para conhecer quais os diversos limites e possibilidades do trabalho desses profissionais no âmbito das especificidades e a capacidade estrutural disponibilizada em cada unidade, que se dá desde a gestão até a sua estrutura física.

Diante do exposto, o presente estudo tem por objetivo entender o processo de trabalho do assistente social que atua em educação em saúde sobre HIV/Aids, profissionais estes que atuam na área da saúde. Para tanto, buscou-se analisar o trabalho realizado por estes profissionais identificando as possibilidades de atuação profissional em educação em saúde e; escrevendo como os movimentos sociais e as políticas sociais influenciam no trabalho profissional junto aos usuários com HIV.

O estudo utiliza o método de abordagem dialética que segundo Maria de Andrade Marconi e Eva Maria Lakatos (2017, p.108) “penetra o mundo dos fenômenos através de sua ação recíproca da contradição inerente ao fenômeno e da mudança dialética que ocorre na natureza e na sociedade”. Partindo-se, portanto, de pesquisa qualitativa dividida em três etapas: foi iniciada uma pesquisa bibliográfica, identificando artigos, livros, monografias e teses a respeito do HIV e do Serviço Social - disponibilizados de forma física ou em meios eletrônicos: base Scielo, Serviço Social & Sociedade, Saúde & Serviço Social, Saúde & Sociedade, Ciência e Saúde Coletiva, dentre outros. Também foi realizada uma pesquisa

¹ Este estágio curricular é uma atividade obrigatória configurada pela inserção do aluno no espaço institucional objetivando a capacitação para o exercício profissional. (ABEPSS, 1996).

² O Projeto Com-Vivência visa ações integradas de estudo e atendimento a pessoas vivendo com HIV/AIDS e seus familiares, foi iniciada por professores do departamento de Serviço Social e Psicologia da UnB em 1996.

documental, no qual se assemelha a pesquisa bibliográfica; no entanto, foram exploradas fontes documentais produzidas a respeito do que sugere a pesquisa.

A partir da produção realizada no decorrer da pesquisa exploratória, foi iniciada a coleta de dados. Diante disso, foi elaborada uma enquete para assistentes sociais que atuam na área da saúde. A pesquisa não foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP por se tratar de uma pesquisa de opinião pública sem a identificação dos participantes da pesquisa. No entanto, foram seguidas as diretrizes éticas da Resolução 510/2016 - CEP para o resguardo do sigilo impossibilitando a identificação dos sujeitos participantes.

A última etapa se deu por meio da análise dos dados da enquete disponibilizada. Esta visou interpretar e analisar as informações coletadas e articulá-las com os materiais analisados no período da pesquisa documental e com as reflexões obtidas no diário de campo elaborado durante a realização de Estágio Supervisionado em Serviço Social.

A inserção de assistentes sociais para atuação profissional junto às pessoas que vivem com HIV-PVHA, possibilitou o desenvolvimento teórico acerca desta temática. Estes materiais desenvolvidos têm contribuído para diversos estudos de âmbito acadêmico e apresentados em Congressos Nacionais e locais do Serviço Social, expondo as experiências de trabalho do assistente social no acompanhamento aos usuários em unidades de saúde.

A elaboração deste trabalho contribuirá para o aprimoramento intelectual dos profissionais acerca da reflexão sobre o exercício profissional, contribuirá ainda como referencial teórico para o desenvolvimento de novas pesquisas acerca da educação em saúde e, por fim, este debate se faz necessário tendo em vista que o país passa por constantes retrocessos na sociedade. Portanto, a contribuição deste estudo irá contemplar dúvidas e anseios dos profissionais que atuam na área da saúde no atendimento às PVHA.

Considerando o proposto tema, esta discussão foi dividida em três capítulos: Capítulo 1- Serviço Social e educação em saúde; este capítulo traz a abordagem acerca dos antecedentes históricos do processo de educação em saúde, da inserção do Serviço Social na política de saúde e as competências do assistente social e o processo de trabalho profissional em educação em saúde. Capítulo 2- HIV e dimensões políticas e sociais; o capítulo discorre acerca do surgimento do vírus, direitos sociais voltados para as pessoas que vivem com HIV/Aids e a Política de enfrentamento ao HIV/Aids frente ao projeto de contrarreforma. Capítulo 3- Contextualização, apresentação e análise dos dados; o último capítulo aborda a

atuação do Serviço Social no enfrentamento ao HIV/Aids, o trabalho profissional no processo de educação em saúde e análise dos dados coletados a partir de pesquisa realizada com assistentes sociais que têm experiência junto as pessoas com HIV/Aids na política de saúde.

CAPÍTULO 1- SERVIÇO SOCIAL E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

1.1.ANTECEDENTES HISTÓRICOS NO PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

1.1.1.Ações em saúde até os anos 30

No decorrer do século XIX, o trabalho de educação em saúde tinha ações direcionadas para a elite brasileira. Com isso, durante este período, a parcela mais vulnerável da população que demandava atendimento em saúde era excluída destas ações; restando a repressão que era imposta pelo Estado a partir da prática policial junto à população, desconsiderando, portanto, a relação de saúde e doença desta população. Com o passar dos anos, foi decidido que caberia ao Estado assegurar segurança em saúde da população, por meio da polícia sanitária, mesmo que estas ações pudessem contrariar os interesses individuais.

O pensamento sanitário-higienista introduzido no século XIX encontrou, assim, os canais práticos para ser amplamente executado. Iniciou-se um verdadeiro “saneamento” urbano, com a retirada de pobres, mendigos e andrajosos concentrados nas ruas. Muitos desses elementos, vistos como nocivos à ordem social, eram patologizados – num evidente processo de naturalização da pobreza – e lançados nas instituições de “correção”. Incluem-se aí crianças e adolescentes pobres, que, desde o início da colonização, foram e continuam sendo sistematicamente desrespeitados em seus direitos fundamentais (BEM, 2006 p. 1144-1145).

A partir do século XX, o Estado viu necessidade de promover ações em saúde para o público geral, ou seja, as atividades em saúde seriam ampliadas, atenderia a elite brasileira e também as classes populares. Portanto, o trabalho proposto a ser desenvolvido para a população era por meio de um discurso higienista e sem considerar os determinantes do processo de saúde e doença. Estas ações foram iniciadas a partir do receio de prejuízo nas áreas de exportações em decorrências de epidemias que surgiram no decorrer deste século. Epidemias estas que afetavam os trabalhadores que atuavam com as exportações de café; com isso, essa parcela da população devia ser imunizada para que não houvesse a contaminação da mercadoria que seria exportada. Ou seja, era uma ação desenvolvida para que não pudesse colocar em risco os interesses da elite que exportava mercadorias. Sendo assim, deixa explícito que esta ação do Estado não visava a saúde da sociedade, mas os interesses econômicos.

Percebe-se portanto, que a atuação do Estado junto a população não era visando o sujeito que demandava atendimento em saúde, mas um mecanismo de atenção, de prevenção a futuros prejuízos econômicos por parte da elite que tinha acordos comerciais internacionais.

Segundo Silva et al (2010), esse modelo “campanhista” era realizado para combater as epidemias, no qual trabalhava-se a partir de abordagem repressiva, pois a população era obrigada por meio de ações desenvolvidas pelo exército, a participarem de campanhas de vacinação e de visitas domiciliares que os agentes de saúde do Estado realizavam em casas consideradas de risco.

Este modelo de campanha realizada pelo Estado notoriamente tinha como alvo as pessoas com vulnerabilidade social³, que residiam em regiões consideradas insalubres onde não tinha acesso a saúde ou saneamento básico; assim, essas pessoas eram culpabilizadas pela pouca higiene em suas residências em decorrência da ausência de saneamento. Com isso, estavam mais expostas a doenças tropicais e infecciosas, que poderiam se alastrar pela sociedade. Portanto, era realizado pelo exército ações pontuais para combater a possíveis epidemias, e esta parcela da população era obrigada a participar para não sofrer repressão por parte do exército.

Este tipo de prática tornou-se recorrente a partir de 1903, quando Oswaldo Cruz passou a combater, na cidade do Rio de Janeiro, epidemias com operações de brigadas sanitárias e de limpeza pública, que por sua vez, tinha a população pobre como alvo destas práticas. De acordo com Silva et al (2010), este trabalho era realizado em decorrência de quadros calamitosos de epidemias que foram se transformando em demandas políticas. Estas demandas pressionavam o Estado, mas não era considerada a ideia de atuações com o pensamento no direito a saúde. Portanto, continuava a culpabilização da população pelo desconhecimento acerca das doenças existentes, e em decorrência disto, as ações de práticas em saúde se davam por abordagens simples, com a entrega de folhetos que constavam orientações de como evitar doenças. Era ação de convencimento antes de ser obrigado a usar a força coercitiva.

Em 1923, tem-se a primeira Reforma Sanitária brasileira, em que se criou o Departamento Nacional de Saúde ligada ao Ministério da Justiça. Com ações que inovavam o modelo campanhista de Oswaldo Cruz, por meio da educação sanitária e das práticas rotineiras. “A educação sanitária surge com um papel de substituir os métodos repressivos das campanhas sanitárias de persuasão e conscientização dos métodos educativos e preventivos juntos aos indivíduos e a coletividade” (SILVA et al., 2010, p. 2542).

³ Apresentada também como vulnerabilidade extrínseca pelos autores Rogers e Ballantyne (2008), como decorrência do contexto socioeconômico em que vive a população. Decorrendo assim, da negação de direitos sociais a grupos sociais que demandam direitos sociais e políticos.

Contudo, estas ações vinham como maneira de intervir tanto nas condições de vida, quanto de trabalho da população. Mesmo ao tentar substituir as ações interventivas por parte do Estado, nota-se que a atuação por meio de convencimento partia-se da forma de controle da sociedade em ações de cunho restritivos. As ações por meio do convencimento à práticas de higiene por entrega de folheto, desconsiderava outra demanda que não era vista pelo Estado: o analfabetismo de grande parcela da população, que as impediam de ter conhecimento do que estava explicitado no material.

1.1.2. Trabalho educativo em saúde dos anos 40 aos anos 70

A partir dos anos 30, tem-se grande mudança no cenário político, social e econômico no Brasil. Com a criação de um sistema previdenciário destinado as categorias de trabalhadores, as ações desenvolvidas de caráter coletivo eram esvaziadas e focalizadas em assistência médica de caráter individual. Porém, as ações coletivas continuaram priorizando o combate às doenças Infecciosas e Parasitárias- DIP.

Com o convênio firmado entre o governo brasileiro e governo americano na década de 40, pôde estruturar um serviço especial para a saúde pública, no qual foram elaboradas mediante a educação em grupos, utilizando recursos visuais e organização comunitária. Para Machado et al (2007 p. 336), “[...] importância de articular as ações de educação em saúde como elemento produtor de um saber coletivo que traduz no indivíduo sua autonomia e emancipação para o cuidar de si, da família e do seu entorno”. Estas atividades desencadearam práticas de mobilização das pessoas nas ações em saúde, o que contrariava o modelo de educação em saúde proposto pelo Estado diante da abordagem do educador como transmissor de informações e o indivíduo como receptor destas ações. Isto possibilitou, na década de 50, a educação para a saúde, que tinha como proposta a participação da população, por meio da mobilização popular, para atuar em áreas sociais restritas (SILVA et al., 2010).

Em decorrência do regime ditatorial imposto ao Brasil na década de 1960, ocorreu uma decadência na saúde pública, principalmente para a parcela mais carente da população. A repressão desse modelo ditatorial fez com que o trabalho construído até a década de 60 – mesmo que por iniciativa da elite política e econômica – fosse retrocedida trazendo novas nomenclaturas a atividades já existentes e mudando a formas de ação, e os movimentos populares que estavam sendo construídos foram reprimidos nos primeiros governos militares.

A partir de 1967, as práticas de educação para a saúde, receberam a denominação de educação em saúde. Em decorrência desta nova nomenclatura, as equipes que desenvolveram estas práticas passaram a serem constituídas por diversos profissionais da área da saúde; não

só os educadores treinados, como ocorriam anteriormente. Implanta-se também um modelo alternativo de assistência médica; a medicina comunitária, modelo que já havia sido implantado em outros países devido à necessidade de políticas voltadas para atendimento à saúde, pois a ausência desse atendimento tornou uma parcela da população marginalizada, portanto, este trabalho era voltado para dar assistência a este público.

No que se refere as práticas em saúde na década de 70, ressalta-se a implantação obrigatória de educação em saúde no âmbito escolar por intermédio da Lei 5692/71⁴ que tinha a pretensão de estimular o conhecimento e a prática de saúde básica e higiênica dos estudantes. Durante este mesmo período, destaca-se o modelo educacional de educação popular em saúde, modelo criado por Paulo Freire que trazia referências para a relação dada entre os profissionais de saúde e as classes populares. Pois, refletir esta relação, a partir do compartilhamento de saberes, é compreender e ressaltar o conhecimento popular e não somente o científico (FALKENBERG et al., 2014). Portanto, se configura em educação popular em saúde como prática realizada por profissionais, pertencendo-se a uma perspectiva que ultrapassa a atuação simplesmente técnica.

Educação em saúde numa relação dialógica entre o conhecimento técnico-científico e a sabedoria popular, caracterizada pela livre participação das classes populares como direito e o poder de pensarem, produzirem e dirigirem o uso de seus saberes a respeito de si próprias e de sua saúde, permitiu novos olhares estes que possibilitaram abordagens mais eficientes em defesa da saúde e da vida da população (SILVA et al., 2010).

Portanto esta concepção de educação em saúde, a partir da participação popular no envolvimento de troca de saberes entre os profissionais de saúde e a comunidade, rompe com o ideário proposto pelo Estado de atuação em educação preventiva de âmbito focalizado com segmentos da população vulnerável ou em âmbito escolar com educação em saúde básica visando à higiene de estudantes. Apesar dos avanços e retrocessos advindos do Regime Militar, interligar o conhecimento científico com o saber popular por meio de diálogos foi um avanço da concepção de diversas abordagens no processo de educar. Para entender a respeito do trabalho de educação em saúde, deve-se conhecer o movimento que contribuiu para a sua concepção, a partir de prática pedagógica mediante a troca de saberes; este movimento recebeu visibilidade a partir da década de 1980.

1.1.3. Concepção de educação em saúde a partir dos anos 80 á atualidade.

⁴Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus.

Para adentrar no debate acerca da educação em saúde a partir da década de 80, faz-se necessário entender o contexto histórico deste período. Foi um momento marcado pela ampliação dos movimentos sociais que lutavam pela mudança do governo repressivo que vigorava; este governo reprimia a população contrária às suas ações, estes movimentos sociais foram de extrema importância no processo de redemocratização brasileiro. Maria da Glória Gohn (2000), traz a concepção de movimentos sociais como ações coletivas a partir de um caráter sociopolítico. Partindo desta reflexão, Bem (2006), explica que pode-se identificar os movimentos sociais no Brasil como tradutores do desenvolvimento da sociedade brasileira, em que os efeitos das ações extrapolam o limite das demandas localizadas ampliando o campo formal do direito para toda a sociedade.

Contudo, além dos movimentos que lutavam ativamente para a redemocratização do país tinha-se também o movimento de reforma sanitária, que era um movimento organizado, iniciado na década de 70. Neste movimento havia integrantes de outros movimentos sociais, profissionais da saúde, pesquisadores, estudantes, dentre outros (OLIVEIRA, 2016). Além da luta pela universalização do atendimento em saúde, este movimento também tinha como bandeira de luta a concepção de que a saúde não era restrita ao corpo e ao indivíduo (SOARES, 2013). Tendo, portanto, a concepção de fatores sociais como determinantes da reflexão acerca do processo de saúde e doença.

Diante a luta ativa deste movimento consolidou-se, portanto em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei 8080/1990⁵. Este sistema traz a saúde como direito fundamental devendo ser, portanto, um direito da sociedade e obrigação do Estado de prover condições para o acesso da população. Também é o dever do Estado a formulação de políticas que assegure o acesso universal e igualitário em ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde. Além de integralidade na assistência aos usuários no que diz respeito à articulação de ações preventivas e curativas, individuais e coletivas (BRASIL, 1990). Portanto, integra novas ações de atendimento à população, dentre elas a educação em saúde que não é dada por meio de práticas higienistas, mas como atividade reflexiva entre os participantes das atividades.

⁵Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe a respeito das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

A prática da educação em saúde como um caminho integrador do cuidar constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, interferindo no controle e na implementação de políticas públicas, contribuindo para a transformação social (MACHADO et al., 2007 p. 340).

Diante disso, tornou-se perceptível que o processo de educação em saúde com o passar dos anos, se redefiniu de uma forma em que, a atuação do profissional em saúde não era mais desenvolvida a partir de práticas que se limitava em informar acerca da situação clínica dos pacientes, ou indicando ações que propunha mudanças no comportamento do indivíduo de forma a culpabilizá-lo pela sua situação clínica. Com essa perspectiva Sevalho (2017), explana que a educação não se dá apenas a partir de transmissão de informações, mas construções de conhecimentos por meio democrático entre o educador e o educado, no qual se obtém mútuos aprendizados. Desconsiderando assim, a concepção de uma atuação em saúde de forma vertical, limitando-a ao repasse de informações para o público alvo dessa intervenção junto aos usuários demandantes do serviço, e sim uma perspectiva de de integralidade.

Concepção de integralidade, destacam-se as ações de educação em saúde como estratégia articulada entre a concepção da realidade do contexto de saúde e a busca de possibilidades de atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional de saúde, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que buscam uma transformação no quadro da saúde da população (MACHADO et al., 2007 p. 339).

Esta reflexão da prática educativa em saúde desconsidera o usuário do serviço como um expectador das informações prestadas pelo educador em saúde. Esta abordagem traz uma perspectiva participativa dos sujeitos, a partir de reflexão e diálogo mútuo acerca da abordagem inicialmente realizada pelo profissional, mas que se torna um trabalho de troca de aprendizagem e mudanças de paradigmas acerca do atendimento e práticas educativas realizadas pelos profissionais no processo de educação em saúde.

Pensando a partir disso, nota-se que “a educação em saúde como processo político pedagógico requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social” (FALKENBERG et al. 2013 p. 848). A partir dessa perspectiva, tem-se um trabalho desenvolvido a partir de ações que possibilite o sujeito a compreender a sua situação clínica, e também, o de reconhecimento do paciente como

sujeito social e histórico inserido em uma realidade social que demanda políticas sociais do Estado. Trabalhar junto ao paciente a sua concepção como sujeito histórico, possibilita um trabalho dinâmico, descartando assim uma abordagem que parte de concepção meramente técnica de transmissão de conhecimento por parte do profissional em saúde.

A concepção de saúde como um direito da população deu-se a partir da promulgação na CF/88 e no Sistema Único de Saúde- SUS no início da década de 90. No entanto, destacava-se também o avanço neoliberal qual colocava em risco a implementação do SUS como estava explanado na lei. Sendo assim, não bastava apenas ter uma nova concepção acerca do desenvolvimento do trabalho no processo de educação em saúde, necessitava também recursos para o seu desenvolvimento; pois para viabilização deste trabalho profissional e a viabilização das diretrizes do SUS, era necessário investimento do Estado.

Neste mesmo período, há uma redução do papel do Estado em decorrência do avanço da política neoliberal, que ocasionava o desmonte dos direitos sociais garantidos na CF/88, impactando diretamente no SUS (OLIVEIRA, 2016). Este processo de contrarreforma, segundo Soares (2013), tem como a finalidade a expansão do Capital. Com isso, a precarização do SUS é fundamental para a viabilização do projeto Neoliberal.

Apesar das propostas de reforma que prejudicava o trabalho de educação em saúde pelos profissionais junto aos usuário, tinha-se a concepção do processo de Educação em saúde. Porém, para maior entendimento das equipes de saúde que trabalham diariamente com abordagem com os usuários e realizam ações educativas, foi lançado em 2007 as Diretrizes de Educação em Saúde, que visava o processo de educação em saúde também como uma perspectiva de promoção da saúde, expondo o conceito de que:

Educação em Saúde – é um processo sistemático, contínuo e permanente que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua “participação real” no exercício do controle social” (BRASIL, 2007).

O trabalho desenvolvido por profissionais de diversas áreas da saúde, em consonância com o SUS, deve exercer as ações de forma continuada e permanente. Essas ações promovidas de maneira permanente, nas instituições ou comunidades onde esse público está inserido, possibilitará a constante participação do usuário em ações sistemáticas e com diversos processos e aplicabilidades; tem a possibilidade de proporcionar maior conhecimento

acerca das ações desenvolvidas com esses usuários e as suas formas de apreensão dos temas abordados.

Em concordância com essa exposição Machado et al (2007) acrescenta que esse sujeito histórico e social, também é capaz de opinar a respeito das decisões de saúde, tanto para o cuidar de si, quanto da família e coletividade. Sendo passado conhecimento tanto pelo profissional, quanto pelo usuário, reduzindo aos poucos uma concepção de hospital a partir de ações institucionais de atendimento. Com isso, poderá gerar uma modificação de pensamento por ambas as partes.

A concepção crítica da educação que pretende ser uma educação para a conscientização, para a mudança, para a libertação solicita uma relação de proximidade entre os profissionais e a população. Nessa relação educativa, a produção do conhecimento passa a ser coletiva, gerando uma modificação mútua, porque ambos são portadores de conhecimentos distintos (MACHADO, 2007, p. 339).

A concepção de trabalho em educação em saúde, educação permanente em saúde e educação popular em saúde, mostra que houve uma significativa evolução no trabalho a ser desenvolvido por profissionais em saúde. Este trabalho parte de uma perspectiva que não se pauta em atendimentos pontuais, abordagens restritas em unidades de saúde, ações e campanhas promovidas pelo Estado; parte-se para um trabalho realizado com a comunidade onde está inserido as unidades de atendimento. Esta abordagem, partindo de uma atuação dinâmica e dialogada, fortalece a atuação dos profissionais junto à comunidade e a perspectiva da comunidade por meio da concepção política.

Desse modo, após um processo de educação em saúde direcionado por muito tempo para um público específico, passou a ser trabalhado em unidades de saúde por diversos profissionais. Seu caráter político e pedagógico busca um trabalho não apenas com o usuário, mas com a sociedade. Este trabalho em conjunto irá agregar conhecimento a todos os sujeitos envolvidos, trazendo um caráter emancipatório desse sujeito e o aprimoramento do profissional.

Portanto, passar da concepção individual para o coletivo, e do clínico ambulatorial para o pedagógico e comunitário, representou conquistas para aqueles que buscavam uma perspectiva de saúde participativa e dialogada; por meio de compartilhamento de saberes, trazendo assim, a concepção de saúde integral posto no SUS. No entanto, desde o período em

que foi implantado, na década de 1990, vêm sendo ameaçado por avanços de projetos neoliberais.

Com a concepção de Estado Mínimo trazido pelo projeto neoliberal, o SUS e as demais políticas da Seguridade Social, encontram-se cada vez mais ameaçadas; tendo em vista que políticas sociais desagradam empresários de setores da saúde que, deixam de obter lucros quando o serviço é oferecido pelo Estado. Portanto, essas políticas tornam-se alvo constantes de empresários de planos de saúde.

Esse ataque as políticas sociais ganhou um novo capítulo em 2016 com a aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC/95). Esta EC é o marco central para a elite que desde a década de 1990 demonstrava insatisfação com as políticas oferecidas pelo Estado à sociedade. Limitar repasses do fundo público, voltados para políticas sociais, por 20 anos é retroceder todas as conquistas adquiridas no século XX e debatidas constantemente para serem mantidas, apesar dos ataques da elite brasileira. Mesmo que estas políticas necessitassem de aprimoramento, a redução de repasses federais para o atendimento a população que demanda atenção do Estado é, portanto, deslegitimar anos de lutas e conquistas em prol de interesses da Elite que busca intervenção mínima do Estado, para que haja a expansão do mercado privado e livre concorrência dos empresários no atendimento à população.

1.2 INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

1.2.1. Política de Saúde no Brasil

Segundo Maria Inês Bravo (2009), no século XVIII, a assistência médica em saúde pautava-se em ações filantrópicas. Já no século XIX, devido as transformações econômicas, sociais e políticas, ocasionou o surgimento de iniciativas no campo da saúde pública. Diante disso, na década de 20, a assistência médica adquire maior atenção na saúde pública, a fim de estender os serviços de atenção em saúde. Contudo, é salientado por Bravo (2009, p. 90) que, “a reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder Nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes a partir de 1922”. Tem-se também em 1923, a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAPs, conhecidas também como Lei Eloy Chaves. Estas caixas eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelo empregado. Tinha como o embrião para a organização da previdência no Brasil, posteriormente modificada durante o governo de Getúlio Vargas.

A intervenção, de fato, por parte do Estado na saúde ocorreu a partir da década de 30 devido aos processos visíveis de industrialização, do papel do Estado em políticas sociais e de outras respostas às demais reivindicações da classe trabalhadora. Tendo assim, uma política de saúde de caráter nacional e organizada em dois subsetores: a saúde pública e a medicina previdenciária. A saúde pública foi predominante até década de 60, pois se caracterizava nas condições sanitárias, mesmo que mínimas, e a criação de serviços que tinham o objetivo de combater as endemias. Já a previdenciária, com o surgimento na década de 30, por meio dos Institutos de Aposentadorias e Pensões- IAPs; segundo Bravo e Matos (2012) elas surgiram para substituir as CAP's criadas em 1923. Pretendia atender um número maior de assalariados e também os seus beneficiários a fim atender as reivindicações da categoria (BRAVO, 2009).

Durante a Ditadura Militar (1964-1985), teve-se a expansão da medicina previdenciária, enquanto a saúde pública perdia cada vez mais espaço. Segundo Bravo (2009), o setor da saúde precisava assumir as características capitalistas e com modificações tecnológicas que já ocorriam no exterior. Estas propostas de modificações estruturais durante a ditadura mostrava a perspectiva de desenvolvimentismo tanto econômico, quanto social e político. No entanto, os referidos problemas estruturais não foram resolvidos de fato, e os problemas estruturais foram aprofundados, tornando-se ainda mais complexos.

Neste período de intervenção, a política assistencial foi ampliada, porém burocratizada e modernizada pela máquina estatal. Segundo Bravo (2011), as principais medidas das políticas assistenciais foram:

[...] o processo de unificação das instituições previdenciárias, coma criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS); o Sistema Financeiro de Habitação (SFH), para a aquisição de casa própria, que serviu para estimular o mercado imobiliário e incentivar a especulação; os novos mecanismos de poupanças compulsória, como o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e posteriormente o PIS/ Pasep (BRAVO, 2011 p. 58).

A década de 80, foi marcada pela ascensão dos movimentos sociais, luta pelo processo de democratização. De acordo com o mesmo autor, a saúde durante este período conta com a participação popular para discutir a respeito das condições de vida da população e das propostas apresentadas pelo governo para o setor de saúde. Assim, a saúde deixa de ser apenas de interesse dos técnicos e passa a assumir uma dimensão política.

O fato marcante e fundamental para a discussão da questão de saúde no Brasil ocorreu na preparação e realização da **8º Conferencia Nacional em Saúde, realizada em 1986, em Brasília no Distrito Federal**. O temário central versou sobre :I- A saúde como direito inerente a personalidade e a cidadania; II- Reformulação do Sistema Nacional em Saúde, III- Financiamento setorial (BRAVO, 2009 p. 96, grifos nossos).

Nesta Conferência, foram aprovadas as reivindicações do movimento de reforma sanitária, que culminou em propostas legítimas e significativas para as representações sociais. Posteriormente a este significativo evento, foi promulgada a Constituição Federal de 1988, com um modelo de proteção social descrito no âmbito da seguridade social; sendo os artigos 196 e 200 referentes à Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Nota-se que todos estes espaços sociocupacionais requisitarão atuação do Serviço Social para atuar junto aos usuários.

Após a promulgação da CF/88, pode-se ser implementado no âmbito do SUS a saúde como “Dever do Estado”. Em que em seu artigo 2º aborda a temática como um direito fundamental do ser humano, devendo assim, o Estado prover as condições indispensáveis para a saúde da população, e também da garantida na formulação e execução de políticas econômicas e sociais, no que visa a redução tanto de doenças quanto outros agravos de saúde.

Essas ações propostas no SUS estabelecem um trabalho tanto de promoção em saúde, partindo da perspectiva de que esta resguarda os aspectos de educação em saúde, quanto no que está baseada na tecnologia que produz conhecimento no momento do encontro. Portanto, trata-se no acesso ao serviço de saúde para conhecimento conjunto das ações vinculadas e também interpretações sobre o modo de se produzir saúde (SODRÉ, 2014).

Sendo assim, a política de saúde brasileira passa por várias mudanças históricas, desde práticas intervencionistas paltadas na filantropia, atênimento voltado para assalariados, e após diversos debates de âmbito institucional, tem-se a promulgação da CF em que explicita a saúde como um direito universal. Assim, a abrangência no atendimento a população, irá requisitar diversos profissionais, dentre eles os profissionais do Serviço Social.

1.2.2. Serviço Social na Política de Saúde

Para conhecer o trabalho do Serviço Social na Política de Saúde é preciso primeiramente entender acerca dos antecedentes históricos da profissão. Para Bravo e Matos (2012), a partir de uma análise da profissão do período das décadas de 30 a 45, marcadas pelo surgimento da profissão no Brasil, mediante influência europeia. Porém, o campo da saúde não foi o que concentrou maior quantitativo de vagas para atuação profissional, apesar de algumas escolas de Serviço Social terem surgido em decorrência de demandas para o setor. Com isso, a partir de 1945, o Serviço Social começa a se expandir pelo país para atender as necessidades do Capital e as mudanças que ocorreram no cenário internacional no pós-

Segunda Guerra. Incorporou-se á profissão a influência norte americana e substituiu a europeia tanto na formação profissional quanto na alteração curricular.

A inserção do Serviço Social nos serviços de saúde foi dada por meio da busca da construção do exercício profissional, sob uma concepção que partia do modelo médico clínico; modelo este, que era soberano na política de saúde. O assistente social inserido nesta política trabalharia no sentido de contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho do médico, em decorrência da perspectiva de saúde sendo vista apenas por uma visão biomédica, onde o médico era o gestor (MATOS, 2017).

A partir do novo conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948⁶, enfocou os aspectos Biopsicossociais, desconsiderando assim, a supremacia biomédica. Em decorrência disto, requisitaram mais profissionais para atuação no âmbito da saúde, dentre eles, os assistentes sociais. Transformando o campo da saúde em um dos setores que mais absorvem os profissionais do Serviço Social, dando ênfase no trabalho em equipe multiprofissional. Superando assim, a ausência de profissionais da saúde com a ajuda de profissionais trabalhando em diversos níveis de atuação. Na atuação do Serviço Social, “o assistente social enfatizou a prática educativa com a intervenção normativa no modo de vida da clientela, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecido pelas normatizações da política de saúde” (BRAVO; MATOS, 2012 p. 29).

Com a consolidação da Política Nacional de Saúde teve-se a ampliação dos gastos com a assistência médica a partir da Previdência Social. Pelo fato dessa assistência não ser universal, mas sim contributiva, acaba gerando uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente. Assim, os assistentes sociais vão trabalhar nos hospitais, no qual é colocado entre a instituição e a população, esta atuação terá a finalidade de viabilizar o acesso de usuários e beneficiários na política de saúde (BRAVO;MATOS, 2012).

Matos e Bravo (2009), enfatizam que o Serviço Social até os anos 60, constestou o modelo hegemônico e conservador. Alguns assistentes sociais com posições progressistas até questionaram a direção do Serviço Social, mas não tiveram condições de realizar alterações no âmbito da profissão. Matos (2017) salienta que, somente a partir dos anos 60 que no Brasil e na América Latina emerge o movimento interno à profissão, conhecido como “Movimento Latino-Americano de reconceituação do Serviço Social”. Este foi um movimento que foi desenvolvido de maneira diversificada em cada país, em decorrência do contexto conjuntural,

⁶ “O conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz que ‘Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade’”. (SCLIAR, 2007 p. 36-37).

devido aos golpes militares vivenciados nas décadas de 60 e 70. Contudo, no debate ocorrido no Brasil, iniciou-se a modificação do pensamento a respeito do Serviço Social, começando um debate na profissão que questionava o conservadorismo.

A modernização conservadora implantada no país exigiu a modernização do Serviço Social, face as novas estratégias de controle e repressão das classes trabalhadoras efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento de novas demandas submetidas a racionalidade burocrática (BRAVO; MATOS, 2012 p. 31).

Cabe ressaltar que este processo de renovação do Serviço Social no Brasil foi articulado com as questões que estavam pautadas pela realidade daquele período histórico, mas também, foi uma articulação em paralelo ao movimento de reforma sanitária e do movimento que buscava a construção de práticas democráticas. Por ser um movimento de revisão interna, não teve uma mobilização significativa como as ocorridas com os outros movimentos (MATOS, 2017; BRAVO; MATOS, 2012).

O principal marco de mobilização da categoria, que ainda não se encontrava totalmente articulada, foi o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais em 1979, em São Paulo; o tema central deste congresso foi “Serviço Social e Política Social”. Este evento contou com a participação de representantes de diversas categorias de movimentos sociais, tendo como reivindicação para a modificação da programação do evento. Tendo em vista que, depois da mobilização de um número significativo de assistentes sociais conseguiram alterar a programação do evento, substituindo os homenageados e representantes do poder, por trabalhadores que lutaram por liberdades democráticas. Já havia acontecido outra mobilização significativa para a categoria profissional um ano antes, no entanto não com esta repercussão. Este evento significativo ocorreu na cidade de Florianópolis, em 1978, o 1º Congresso de Serviço Social da Saúde. Conforme Bravo (2011), este evento foi uma tentativa que envolvia os profissionais adeptos da vertente modernizadora a garantirem alguns aspectos na profissão. Apresentaram uma proposta de criação da Associação Brasileira de Assistentes Sociais da Saúde, tendo em vista que tanto os sindicatos quanto as associações estavam sendo assumidos para os profissionais que se apresentavam sensíveis a perspectiva de ruptura com o conservadorismo.

Como já mencionado, a década de 80 foi um período de movimentação política e social. Isto aconteceu desde o movimento de reconceituação do Serviço Social, com a intenção de ruptura com o conservadorismo. O lançamento do Currículo mínimo em 1982, e

também o quarto Código De Ética Profissional em 1986, dentre outros, trazendo visibilidade para a profissão e novas perspectivas de luta e da atuação profissional. Diante deste processo, Faleiros (2011 p. 75), ressalta que a “redefinição do Serviço Social se articula a um processo histórico de autocracia constituído na interlocução a profissão com os movimentos sociais e luta para mudar as condições particulares de vida das classes trabalhadoras e das condições gerais de reprodução da força de trabalho e do mundo de produção capitalista”. Portanto, o Serviço Social brasileiro contemporâneo é, segundo Yamamoto (2017 p. 26) a “expressão de amplo movimento de lutas pela democratização da sociedade e do Estado no país, com forte presença das lutas operárias que impulsionaram a crise da ditadura militar”. Lutas estas, que contaram com a participação dos profissionais do Serviço Social nos debates críticos.

Desse modo, o Serviço Social como categoria profissional, esteve presente nos debates e espaços de luta para refletir acerca da profissão e a atuação junto aos usuários. Nota-se que, inicialmente, o profissional foi inserido na política de saúde para atuação, a partir de um modelo clínico. Este trabalho partia-se de um modelo previdenciário, ou seja, uma atenção em saúde contributiva. Contudo, o debate acerca da profissão dentro de um contexto socio-histórico, com propostas que vão além de práticas propostas pelo Estado, possibilitou ao Serviço Social refletir acerca das competências cerca do trabalho profissional e objetivou conquistas significativas para a categoria. Dentre elas, o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais na política de saúde e parâmetros para a atuação profissional.

1.3 COMPETÊNCIAS DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE E PROCESSOS DE TRABALHO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO EM SAÚDE

1.3.1 Competências do Assistente Social na Saúde.

Em junho de 1993 foi homologada a Lei 8662/93⁷, é por meio dela, que o Serviço Social é regulamentado como profissão. Tem-se no decorrer deste documento as orientações acerca do exercício profissional em todo território nacional, sendo um grande marco para a categoria profissional. Nesta Lei, são especificadas ações privativas do assistente social e também as competências profissionais, especificadas em seu artigo 4º, dentre todos apresentados na lei, vale destacar:

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e

⁷Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe a respeito da profissão de Assistente Social.

organizações populares. Tendo em vista o olhar crítico do profissional para a implementação destas políticas; II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil. Seja dentro de uma instituição ou trabalhos com comunidades; III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população. Estas práticas educativas são constantemente aprimorada pelo profissional no âmbito da intervenção; V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais(BRASIL, 1993).

Em consonância com esta perspectiva acerca das competências profissionais, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) divulga a resolução 383/99⁸; esta resolução materializa a luta dos profissionais junto à saúde. Foi através do novo conceito ampliado de saúde com relação a compreensão acerca de saúde e doença, e também a necessidade de consolidar o SUS, exposto na 8ª e na 10ª Conferência Nacional em Saúde. A saúde deve ser dada a partir de perspectiva interdisciplinar para garantir a atenção às necessidades da população usuária e, partindo da consideração que é atribuído ao profissional em Serviço Social, a intervenção junto as fenômenos tanto socioculturais quanto econômicos que reduzam a eficácia de programas e prestação dos serviços em níveis de promoção e também de recuperação da saúde (CFESS, 1999).

Em torno da Lei de Regulamentação da Profissão, tem-se a resolução do trabalho profissional em saúde, que explana sobre a necessidade do trabalho profissional em diversos espaços sociocupacionais, dentre eles a saúde. No entanto, com o movimento sanitário e a consolidação do SUS, há a necessidade de apresentar a atuação do assistente social no âmbito da saúde, para que não seja confundido com um trabalho de apoio ao modelo médico clínico e tampouco, seja absorvida por profissionais competências que não estão de acordo com as normativas vigentes no que se refere a profissão.

É apresentado pelo CFESS em 2010, os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Este documento discorre acerca das competências do profissional, sendo norteados pelo Código de Ética Profissional de 1993, também a reafirmação da Questão Social⁹ como objeto de trabalho profissional sob uma perspectiva que

⁸ RESOLUÇÃO CFESS n.º 383/99 de 29/03/1999. Disposição que caracteriza o assistente social como profissional da saúde.

⁹ A Questão Social, segundo Iamamoto (2009), é apreendida como um conjunto de expressões das desigualdades na sociedade capitalista.

se baseia em intervenções dos determinantes sociais, culturais, econômicos e das desigualdades sociais.

Estas regulamentações legais no âmbito profissional foram resultado de lutas constantes por parte da categoria que almejavam um trabalho a partir da perspectiva de um projeto societário¹⁰ para atuação e espaços ocupacionais onde está inserido o profissional. Na saúde, os assistentes sociais apresentam a sua intervenção atuando a partir de quatro grandes eixos: “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010 p.41). Para assim, especificar dentro da atuação na saúde, as diversas práticas do assistente social, dentre elas, a Educação em Saúde ou ações socioeducativas.

As ações socioeducativas e/ou educação em saúde não devem pautar-se pelo fornecimento de informações e/ou esclarecimentos que levem a simples adesão do usuário, reforçando a perspectiva de subalternização e controle dos mesmos. Devem ter como intencionalidade a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas (CFESS, 2010 p. 55).

As práticas de educação em saúde, abordada pelo CFESS, devem trazer ações planejadas que partam-se de um trabalho político e pedagógico, para não partir de intervenções limitadas a reprodução de informações técnicas, trazendo para o usuário a concepção subalterna acerca do trabalho realizado por este profissional. Portanto, possibilitar para este usuário a concepção crítica do contexto inserido, trará a possibilidade de ações conjuntas que potencialize a construção de estratégias e viabilização de políticas sociais.

1.3.4. Processo de trabalho Profissional em Educação em Saúde

O trabalho profissional desenvolvido, abrange diversas especialidades da área da saúde, inclusive o assistente social como profissional, pois, como salienta Faleiros (2011 p. 757) o “[...] Serviço Social se articula a uma visão política da sociedade e aos valores no enfrentamento da desigualdade”; no qual realizam ações que atuam diretamente na realidade desses sujeitos, a partir de uma análise da sociedade e as particularidades presentes no cotidiano das pessoas. Desta forma, o profissional se depara diariamente com diversas demandas inseridas na sociedade, em especial das pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade frente as desigualdades presentes na sociedade. Partindo-se, portanto, de

¹⁰ “Projetos Societários são projetos coletivos; mas seu traço peculiar reside no fato de se constituírem como projetos macroscópicos, como propostas para um conjunto de sociedade” (NETTO, 2011 p. 142).

pressupostos da análise histórica da sociedade, como um terreno privilegiado para apreender as particularidades no âmbito do Serviço Social, dentre eles estão: o modo de atuar, e pensar que estão incorporados ao longo do desenvolvimento profissional, tendo em vista um produto sócio-histórico, a profissão adquire assim, sentido e inteligibilidade na dinâmica societária (IAMAMOTO, 2017).

Isso faz com que a profissão esteja em constante movimento no âmbito de sua atuação, assim, a partir de um trabalho no qual é empreendido respostas a que lhes foram demandadas e, trabalhando a partir das particularidades a que lhes são atribuídas, de um olhar que não esteja focado apenas no sujeito ou em sua situação clínica, pois como afirma Matos (2015 p. 696), “[...] temos o desafio coletivo de empreendermos respostas às demandas que nos são solicitadas e que consideramos pertinentes, bem como também precisamos sempre apurar nosso discernimento sobre as requisições enviesadas que são dirigidas à profissão”.

Tendo em vista o Serviço Social como uma profissão na qual participa do cotidiano da divisão social do trabalho colocando-se como um desafio não só na abrangência do seu trabalho, como nas questões que afetam a sua área de ação (MARTINELLI, 2003). Atingindo assim, diversos campos de atuação profissional, dentre eles o campo da saúde. O trabalho do assistente social junto a Educação em Saúde que para Santos e Senna (2017, p. 444):

Educação em Saúde como um dos instrumentos centrais do trabalho profissional do assistente social no âmbito da saúde, torna-se necessário reconhecer que a mesma é constituída pelas dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas que modelam o trabalho profissional. Nessa direção, mais do que uma questão de ordem exclusivamente técnica, a Educação em Saúde está diretamente relacionada aos projetos societários presentes e em disputa em determinado momento histórico.

Como processo de trabalho profissional no âmbito da saúde, o uso de todo o marco social trabalha o processo de educação em saúde ou ações socioeducativas, ações essas que não podem ser pautadas em apenas fornecer informações para a adesão do usuário, pois partindo dessa perspectiva irá reforçar a condição de subalternização desse usuário (CFESS, 2010). Para além disso, os profissionais desenvolvem ações a partir de suas atribuições profissionais, sabendo-se que nesses espaços sociocupacionais os assistentes sociais desenvolvem seu trabalho a partir de suas atribuições e competências, sendo estes resguardados em lei. Dentre eles destacam-se os estudos socioeconômicos; orientação social a indivíduos, grupos e famílias; assessorias, consultorias e supervisão técnica; mobilização

social e práticas educativas; formulação do projeto de trabalho profissional e pesquisa; magistério, direção e supervisão acadêmica” (IAMAMOTO, 2017).

O trabalho do profissional sendo mais amplo, com atividades desenvolvidas a partir de seu referencial teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo em ações a partir de instrumentais desenvolvidos pelos profissionais e trabalhados com o público alvo, pode possibilitar a esse usuário maior entendimento acerca do trabalho desenvolvido; já que, o instrumental técnico-operativo elaborado pelo profissional é o mecanismo que faz com que o trabalho seja realizado. Segundo Silva (2007), é essencial que seja um instrumental coerente para possibilitar aos indivíduos o acesso as informações e que proporcionem também acesso aos seus direitos. Esse trabalho de educação em saúde não é utilizado apenas pelos assistentes sociais, mas também por outros profissionais no âmbito da saúde. Contudo, na atuação do assistente social, esse instrumento se faz de grande relevância no momento de sua intervenção junto ao usuário nas unidades de saúde; visto que, é por meio do processo de educação em saúde, no momento em que se dá trabalho interventivo, que poderá possibilitar ao profissional de Serviço Social diversas abordagens, dentre elas, articular as diversas mediações e contradições que surge no cotidiano da atuação nos espaços sociocupacionais. Assim, potencializando outras formas de conduções das dimensões políticas (SANTOS; SENNA, 2017).

Torres e Guedes (2015), explicitam a importância do trabalho interventivo do assistente social no campo da saúde, a fim de superar a perspectiva de atendimento biologizante e restrito aos médicos. A abordagem do assistente social é ampla e democrática, com uma atuação que não se desvincula com a questão social e as políticas sociais. Dando continuidade a esta concepção, Bem (2006), complementa afirmando que a educação em saúde “[...] permanece como um dos mais importantes instrumentos para a garantia da passagem de um modelo de democracia representativa para aquele centrado no exercício ativo da cidadania”. Portanto, o desenvolvimento deste trabalho é fundamental para a sociedade para expandir a concepção de direito social e trabalhar as demandas apresentadas pela população.

Na realização deste trabalho, o profissional encontra ferramentas para a realização da sua intervenção, visando alternativas que pode potencializar o trabalho e a dinâmica no meio social que estes usuários estão inseridos. Visto que, segundo Martinelli (2011, p. 500), “como área de conhecimento e de intervenção na realidade humano social, o Serviço Social deve

mobilizar-se, cada vez mais intensamente, na perspectiva da assistência integral à saúde da população atendida”. Com isso, a ação interventiva realizada a partir de todas as concepções teóricas e metodológicas profissional, a partir de sua atuação no âmbito institucional e com um aprimoramento do trabalho em determinadas áreas de conhecimento, poderá trazer para este usuário uma visão crítica da pessoa como sujeito de direito. Assim, Martinelli (2003, p. 12) ainda afirma que “um processo de trabalho bem realizado, uma prática profissional crítica completa é capaz de produzir comportamentos políticos novos, para tanto, é preciso que o próprio assistente social tenha investido em sua formação continuada tratando de ver um sujeito político novo”. Trazendo-se portanto, a concepção de empoderamento deste sujeito.¹¹

O profissional em constante aprimoramento, poderá intervir diretamente com os sujeitos no processo de educar em saúde. Essa intervenção realizada pelo profissional parte-se de determinadas abordagens, e uma delas é a investigativa, pois Moraes (2015 p. 303), salienta que “essa abordagem contribui significativamente para pensarmos que a dimensão investigativa não se constitui apenas por uma postura profissional, mas integra grande parte das competências e atribuições profissionais”. Logo, a dimensão investigativa trabalhada por Silva (2007 p. 43), é “intrínseca ao processo de trabalho, não só para conhecer o seu objeto, mas também para refletir sobre as ações que incidem sobre ele”. Para assim, trabalhar com estes sujeitos mediante uma perspectiva de enfrentar conjuntamente os desafios postos pela profissão, a partir das condições sociais desses sujeitos com ações inseridas na política de saúde e as condições de saúde dessa população (AZEVEDO, 2015).

Contudo, este capítulo trouxe uma abordagem acerca dos antecessores históricos acerca da educação em saúde. Trazer esta discussão corroborou para a análise do trabalho do assistente social na política de saúde. Pois, entendeu-se que o processo de educação em saúde realizado no Brasil no final do século XIX até a implementação do SUS, deu-se por meio de ações primeiramente voltadas somente para a elite brasileira. Posteriormente trouxe uma perspectiva de atuação a partir de expansão de atividades envolvendo material ilustrativo entregue a população, mas sem considerar o entendimento da população acerca do material

¹¹“empowerment ou empoderamento como tem sido traduzida no Brasil, não tem um caráter universal. Tanto poderá estar referindo-se ao processo de mobilizações e práticas destinadas a promover e impulsionar grupos e comunidades - no sentido de seu crescimento, autonomia, melhora gradual e progressiva de suas vidas (material e como seres humanos dotados de uma visão crítica da realidade social); como poderá referir-se a ações destinadas a promover simplesmente a pura integração dos excluídos, carentes e demandatários de bens elementares à sobrevivência, serviços públicos, atenção pessoal etc., em sistemas precários, que não contribuem para organizá-los – porque os atendem individualmente, numa ciranda interminável de projetos de ações sociais assistenciais” (GOHN, 2004 p. 23).

disponibilizado. A partir da década de 1930, emergiu-se a medicina previdenciária e contributiva, ao qual o assistente social, inserido no campo da saúde realizava atuações de acordo com o modelo clínico de atenção a saúde vigente durante este período. Após mobilizações do movimento de reforma sanitária, de servidores da saúde e da sociedade civil, pode-se materializar no SUS pós constituinte um modelo integral e universal de atenção à saúde, modelo este constantemente ameaçado em decorrência de projetos privatistas propostos para beneficiar o avanço da saúde privada.

A inserção do Serviço Social na política de saúde, demandou atendimento voltado para ações focalizadas e de caráter excludente, principalmente no período que vigorou a medicina previdenciária, tendo em vista que as ações era individualizadas e não universais, por se tratar de atendimento voltados para trabalhadores assalariados. A partir da década de 70 é discutido no âmbito da categoria, a concepção de atuação profissional que rompia com o conservadorismo, conhecido portanto, como movimento de intenção de ruptura. Esse debate trouxe para os profissionais a reflexão acerca do objeto de intervenção profissional e também legislações voltadas para o trabalho profissional, dentre elas a atuação do assistente social na política de saúde e o trabalho de educação em saúde realizado com os usuário.

No próximo capítulo, serão trabalhados concepções acerca do HIV/Aids. Portanto, será analisado o impacto social do surgimento do vírus, pois o surgimento de um diagnóstico ainda desconhecido pelas pessoas acarretou grande preocupação tanto para a sociedade civil, quanto para o Estado. Serão apresentados também políticas voltadas para as pessoas que vivem com HIV e, para as pessoas que não possuem o vírus debates acerca da prevenção ao vírus. Serão apontados alguns direitos no âmbito da Seguridade Social e como todas estas conquistas dadas diante lutas de ativistas, podem sofrer ameaças em decorrência dos cortes realizados pelo Estado; colocando em risco tanto as ações de promoção em saúde e prevenção do vírus, quanto do tratamento realizado pelas pessoas diagnosticadas.

CAPITULO 2 – HIV/AIDS E DIMENSÕES POLÍTICAS E SOCIAIS

2.1 ASPECTOS SOCIAIS AO SURGIMENTO DO HIV/Aids

O surgimento de uma nova doença de âmbito mundial traz para o Estado a necessidade de intervenção tanto social, quanto biomédica e científica com o propósito de conhecer, acompanhar as manifestações e evoluções clínicas e, até mesmo a cura. Ao descobrir uma nova doença, há um impacto social na vida das pessoas principalmente as que estão diagnosticadas, pois isso interfere diretamente em seu cotidiano.

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – Aids, representa um estágio avançado de uma síndrome que ataca o sistema imunológico do organismo (AZEVEDO, 2015), conhecida como Vírus da Imunodeficiência Humana- HIV. Diante disto, esta síndrome começou a ter visibilidade no Brasil na década de 80, devido ao seu primeiro caso registrado em São Paulo em 1982 pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica –SVE¹², representando uma mudança na atuação dos profissionais de saúde, pois tem-se uma nova demanda de atendimento para estes profissionais, ou seja, trabalhar com essas novas expressões que se apresentavam no meio social a respeito de um diagnóstico pouco conhecido pela comunidade médica e público em geral.

Os primeiros anos da epidemia de HIV no Brasil culminou em pânico tanto para os profissionais de saúde, quanto para a própria população, principalmente as pessoas com o vírus em decorrência da ausência de informações a respeito do diagnóstico, contágio e tratamento. Em contrapartida a respeito da população sobre esse novo vírus, tinha-se o papel da mídia que trabalhava com informações que não condiziam com os fatos, isso contribuía para interpretações distorcidas a respeito do vírus, criando uma imagem deturpada a respeito do HIV/ Aids(SANTOS, 2005).

Por se tratar de uma nova doença de grande proporção social, definida como “5H” por representar em seu período inicial um grupo específico de pessoas acometidas pela doença, que significava, portanto, “Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroínanos (termo usado neste período para denominar usuários de Heroína) e Hookers, no qual se refere um nome em inglês dado para profissionais do sexo”(CEZAR; DRAGANOV, 2014). Segundo Santos

¹² Este sistema tinha o objetivo de prevenir, controlar, eliminar ou erradicar doenças (BRASIL, 2002). Com a implementação do SUS, houve uma reorganização e a atual Vigilância epidemiologia entende-se como um conjunto de ações em que proporciona tanto o conhecimento como a detecção e/ou prevenção de mudanças de determinantes da saúde individual ou coletiva. (BRASIL, 1990).

(2005), atribuir esta nova doença a um grupo específico ocasionou na ideia de existência de um “grupo de risco” ou “peste gay”; acreditando assim, que apenas estas pessoas estariam expostas a contaminação. Diante disto, a população começa a discriminar estes grupos a qual era “direcionado a doença”, pois a falta de informações oficiais do Estado acarretava em insegurança para a sociedade civil. Em decorrência, uma doença que era considerada um “desastre coletivo” desencadearia tanto o medo quanto a rejeição; também a exclusão na sociedade e preconceito junto as pessoas que viviam com a doença. O resultado disto foi a discriminação e culpabilização das pessoas diagnosticadas (MATOS, 2005).

A Aids em sua trajetória histórica tem se mostrado como um fenômeno que se construiu socialmente e para desvendá-lo é preciso primeiro compreendê-lo, remontando o processo da vida nas suas mais diferentes expressões para elabora-se por fim a sua compreensão. As pessoas que possuem experiência com essa doença bem sabem que não se trata simplesmente de uma doença física. A questão é mais profunda, ou seja, na profundidade da representação social, a doença tem se constituído como um dos aspectos mais radicais de impacto na vida das pessoas (KERN, 2003, p. 51).

Nos anos iniciais ao surgimento do HIV/Aids, manteve-se restrito nas regiões Sudeste e Sul do Brasil. Conforme é apontado no texto introdutório do Boletim Epidemiológico da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, durante este período, as formas de transmissão eram: sexual; sanguínea dada por meio de transfusão de sangue ou em decorrência do compartilhamento de agulhas ou seringas; vertical ou perinatal, dada pela transmissão do vírus da mãe para o filho durante a gestação, no momento do parto ou na amamentação. No decorrer dos anos, o que predominou foi a transmissão sexual, tendo em vista que, medidas de biossegurança foram adotadas em transfusões de sangue e as medidas de profilaxia junto gestantes com HIV, reduzindo a transmissão tanto sanguínea quanto vertical. (BRASIL, 2017).

2.1.1 HIV como expressão da Questão Social

Para entender a questão social e as suas expressões, deve-se partir de uma análise de visão coletiva, no qual é emergido no processo de divisão de classes dentro da produção e reprodução das desigualdades na sociedade (SILVA, 2007). Segundo Yazbek (2014 p. 683), a “questão social permeia a sociabilidade da sociedade de classes e seus antagonismos constituintes. Envolve disputa social, política e cultural. Em confronto com as desigualdades socialmente produzidas” . Pois estas questões sociais mesclam diversos aspectos, dentre eles as questões raciais e também culturais, juntamente com aspectos econômicos e políticos (IANNI, 1989).

A partir da apreensão de Yamamoto (2009), a “questão social” advém de um conjunto de expressões das desigualdades da sociedade capitalista. E em sua atualidade esta questão social apresenta-se multifacetadas expressões das desigualdades sociais que estão engendradas nesta mesma sociedade. Diante disto, entende-se a partir da afirmação de Yamamoto, (2009 p. 177), que essa questão social “expressa desigualdade econômica, políticas, culturais das classes sociais mediadas por disparidades nas relações de gênero características étnico-raciais, formações regionais, colocando em causa, amplos seguimentos da sociedade civil no processo de bens da civilização”. Portanto, está constantemente presente na sociedade.

Esse processo de entendimento da questão social em suas diversas expressões , contribui para que ocorra uma mobilização social de reivindicações entorno das demandas apresentadas. Tem-se em vista que estas novas manifestações e também expressões da questão social presente na sociedade são resultados das transformações capitalistas, deparadas cotidianamente (YAZBEK, 2014).

Portanto, com o surgimento de uma nova doença que alterava tanto o contexto clínico quanto o social das pessoas diagnosticadas, surge uma nova face da questão social que necessita de respostas Estado. Clementino e Souza (2017), explanam que discutir o HIV como uma expressão da questão social é atentar-se a necessidade de trazer para esta discussão respostas que envolvam além do contexto clínico, o contexto social, econômico e também político para estas pessoas. Pois o processo de inclusão e exclusão vivenciado pelas pessoas vivendo com HIV¹³, é uma expressão nítida da Questão Social no campo da saúde. Demandando assim, estratégias no atendimento por meio de políticas públicas viabilizadas pelo Estado.

Ao considerar a problemática do HIV/Aids como uma das expressões da Questão Social, passamos a ponderar que as mudanças e contradições e as dificuldades de conter o argumento dos casos de doença no contexto Brasileiro e no mundo, perpassamos pelas condições do processo de saúde-doença da população que engloba condições de moradia, acesso a informações, oferta de serviços públicos de saúde que atuem não apenas na doença, mas na prevenção como mecanismo de controle da disseminação do vírus” (CLEMENTINO & SOUZA, 2017, p. 2).

¹³Este termo traz a reflexão de que as pessoas com o HIV podem continuar vivendo bem. Reflexão feita por um guia de terminologias lançado pela UNAIDS. Disponível eletronicamente em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2017/09/WEB_2017_07_12_GuiaTerminologia_UNAIDS_HD.pdf.

Diante disso, tem-se em vista que a questão social, é um tema permanente na sociedade, ao qual influencia o pensamento e a prática de muitas pessoas. Esta questão social torna-se mais evidente nos períodos de crise (IANNI, 1989), em decorrência da visibilidade trazida à população que começaram a vivenciar estas expressões postas em seu meio social. No surgimento dos primeiros diagnósticos, as pessoas começaram a ter contato com as informações sobre a Aids por meio de noticiários, ou até mesmo ao receber o diagnóstico em decorrência das manifestações clínicas da doença. Sendo assim, muitos tiveram que lidar com ações que podem configurar preconceito, discriminação, dentre outras formas de expressão da questão social; ao qual se torna bandeira de luta para os movimentos que atuam na área de HIV/Aids e outros movimentos para a viabilização do Estado em questões específicas, ações protetivas, visibilidades, acesso a medicamentos, dentre outras reivindicações que surgem devido à ausência do Estado na implementação de políticas públicas voltadas para esse seguimento.

A visibilidade das diversas expressões da questão social sobre HIV, faz com que se torne necessária a intervenção do Estado por meio de ações que contemplem o arcabouço teórico de diversos profissionais. Atuar junto as pessoas que vivem com HIV, é acima de tudo, reconhece-los como sujeitos que demandam a inserção em políticas sociais. Pois dentre estas relações entre estado e sociedade, há sujeitos que acessam os mesmos direitos, ou tem seus direitos inviabilizados em decorrência de ações conservadoras de uma sociedade intolerante.

No momento em que essas questões sociais se tornam bandeira de luta na sociedade, as mesmas começam a passar por um processo de criminalização. Rodrigues et al (2014), afirma que atualmente a questão social passa por um processo de criminalização, isso traz a público discursos conservadores criando assim, um processo de naturalização da questão social. Esta criminalização ocorre em decorrência do avanço do conservadorismo que há muitos anos esteve presente na sociedade, mas expressa-se de maneira mais punitiva e restritiva em determinados sujeitos sociais. Com os movimentos sociais das pessoas com menor renda, corrobora para o aumento da violência de gênero e propicia a população um avanço na vulnerabilidade social.

2.1.2 Vulnerabilidade

A vulnerabilidade pode ser considerada uma das expressões da questão social ao se descrever a desigualdade e opressão vivenciada por pessoas com HIV/Aids. Contudo, em 1999, foi disponibilizado o documento do Ministério da Saúde denominado Política Nacional de DST/Aids que apresenta os princípios, diretrizes e estratégias para o enfrentamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis- IST¹⁴ e Aids. Neste documento é exposto o conceito de vulnerabilidade, que é entendido como pouca ou nenhuma capacidade do indivíduo ou de grupos sociais de decidir a respeito de sua exposição a riscos. Em relação a pessoa HIV positiva, refere-se à restrição de acesso aos serviços terapêuticos. Ressalta também que a vulnerabilidade também está associada a fatores culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos (BRASIL, 1999).

Para entender o contexto de HIV/Aids e das pessoas que estão vulneráveis ao contágio, deve-se partir também do contexto saúde-doença. Clementino & Souza (2017), relata que, trabalhar acerca do novo conceito de saúde-doença é entender que seus fatores determinados não estão somente ligados a situação clínica, mas com as condições físicas, emocionais, econômica, políticas e também sociais em que os sujeitos sociais estão inseridos.

A Aids tida atualmente como doença crônica¹⁵, em decorrência de seu longo período de tratamento e ainda sem a possibilidade de cura, traz em sua construção social grandes desafios, no qual suas ações políticas não conseguiram minimizar, mas evidenciar diversas temáticas como: sexo, vulnerabilidade, práticas sexuais, valores morais, gênero, preconceito, dentre outros (ROCHA, 2005). Desafios estes que podem influenciar no tratamento e acompanhamento das pessoas que vivem com o vírus.

Desde a descoberta do vírus, as pessoas se deparam com diversos desafios, dentre eles está o preconceito, em decorrência da moralidade posta no meio social, principalmente depois da divulgação de um grupo de risco, tendo assim, uma população vulnerável devido uma nova doença. Vale destacar que o conceito de vulnerabilidade obteve destaque apenas na década de 1990, onde seus eixos e definições foram criados em torno de debates no âmbito das políticas públicas tendo como foco, a epidemia de Aids (GARCIA; SOUZA, 2010; MONTEIRO, 2011). Portanto, observa-se dois tipos de vulnerabilidade: extrínseco e intrínseco (ROGERS;

¹⁴Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passou a ser adotada em substituição a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Em diversos momento do trabalho, será apresentada a expressão DST em decorrência da bibliografia utilizada, pois foi publicada antes da mudança ocorrida em 2016.

¹⁵ Segundo Gomes; Silva; Oliveira, 2011. A Aids foi assimilada a doenças crônicas como diabetes, isso evidência a tendência para a transformação das representações sociais da Aids.

BALLANTYNE, 2008) ou externo e interno (MONTEIRO, 2011). Essas duas formas de abordagem são totalmente relevantes para esta análise, em que o primeiro é a partir do contexto socioeconômico como a pobreza, a falta de escolaridade, desemprego, entre outros; já o segundo traz aspectos individuais das pessoas, como doença grave, doença intelectual e assim por diante.

Nestes dois aspectos de análise, é perceptível como o HIV e as pessoas que vivem com o vírus podem ser identificadas: no primeiro caso, como fator extrínseco ou externo, em que não se tinha acesso ao tratamento adequado, devido a poucos estudos produzidos no surgimento da doença na década de 1980. Mesmo com a agilidades e presteza no âmbito da pesquisa científica a resposta não surgia de maneira imediata, tanto na questão de tratamento, quanto no trabalho do Estado para desenvolver ações preventivas; tampouco com as pessoas diagnosticadas. Já no segundo caso, o intrínseco ou interno, que pode ser considerado a transmissão vertical, no qual a criança já nasce com o vírus, pois a ausência de fatores que decorrem de fatores externos, contribuem para o aumento dos fatores internos.

Estes dois aspectos, são diferentes expressões de vulnerabilidade social, que faz parte de uma combinação tanto de aspectos sociopolíticos quanto culturais, acesso a informações podendo influenciar em decisões políticas (BRASIL, 2012). Estas decisões podem ser fundamentais para no enfrentamento de barreiras, ações e articulações junto a movimentos de luta, para a diminuição do quadro de vulnerabilidade e fortalecimento dos sujeitos para viabilizar o acesso de bens e serviços; ampliando tanto o acesso material e condições de mobilidade social. Portanto, as políticas públicas são fundamentalmente importantes para a sociedade (MONTEIRO, 2011).

Portanto, essa condição de vulnerabilidade dos sujeitos diagnosticados com HIV positivo, interfere diretamente no acompanhamento clínico e social dos usuários da política de saúde. Pois o enfrentamento diário para deslocar-se a uma unidade de saúde para realizar um exame, uma consulta ambulatorial ou até mesmo para um atendimento junto ao Serviço Social; bem como o acesso a medicamento e a direitos sociais, podem interferir no acompanhamento clínico.

Estes sujeitos demandam a viabilização de políticas sociais do Estado, pois o acesso a serviços da Seguridade Social, pode possibilitar melhor qualidade de vida e diminuir o risco de evasão no acompanhamento destas pessoas. Diante disso, há diversas conquistas e direitos

específicos às pessoas que vivem com HIV, expostas a diversas formas de vulnerabilidades presentes na sociedade, na qual necessitam de intervenção do Estado por meio de uma rede de atendimento através do tripé da Seguridade Social.

2.2. DIREITOS SOCIAIS DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV

2.2.1. O papel dos movimentos sociais na conquista de direitos.

O desenvolvimento do trabalho em saúde por parte dos profissionais com atuações direcionadas as pessoas com HIV, assim como todo o processo de educação em saúde, se deu a partir de movimentos sociais, para que as pessoas diagnosticadas tivessem acesso a medicamentos e outros direitos. Diante disso, nota-se que:

Os movimentos sociais são os indicadores mais expressivos para a análise do funcionamento das sociedades. Traduzem o permanente movimento das forças sociais, permitindo identificar as tensões entre os diferentes grupos de interesses e expondo as veias abertas dos complexos mecanismos de desenvolvimento das sociedades (BEM, 2006, p. 1138).

O trabalho dos movimentos sociais estavam se tornando cada vez mais visíveis em decorrência do processo de redemocratização do Brasil, depois de passar por um período em que os movimentos sociais não podiam agir efetivamente nas ruas em decorrência do Regime Militar que vigorou entre 1964-1985, devido as ações punitivas as pessoas que participavam de atos públicos. No entanto, mesmo com a vigência do Regime Militar, torna-se visível a partir da década de 1970 as ações de vários grupos como movimento negro, feminista e também movimentos no âmbito da saúde, se tornaram expressivos na sociedade e abriam mais espaços para outros grupos de luta em que apresentavam à comunidade as suas inquietações e necessidade de mudanças de âmbito sociopolítico.

Assim, os anos de 1970, são caracterizados pelos movimentos de resistência e também de enfrentamento ao Regime Militar posto nesse período. No decorrer da década de 1980, esses movimentos de massa caracterizados pela resistência se tornam movimento de luta pela democratização. Foi também, nesse mesmo contexto de lutas políticas que ocorreram os primeiros casos de Aids no território brasileiro (COSTA, 2011).

Contudo, as reivindicações sociais apresentadas cotidianamente se tornavam pautas para debates dos movimentos sociais em diversos espaços da sociedade. Dessa forma, a presença dos movimentos que debatiam temáticas acerca do HIV junto às pessoas diagnosticadas com o vírus, definiam e articulavam diversas pautas para o debate coletivo.

Uma das principais demandas trabalhadas, visava a mudança do termo biomédico usado por profissionais de saúde. Essas articulações e debates permitiam, que essas pessoas que participam dos movimentos sociais, pudessem influenciar na formulação de políticas públicas voltadas às pessoas com Aids. Portanto,

Movimento social passou a reivindicar a não negação da doença e do doente, questionando a Aids como elemento de exclusão e de morte civil. Passou a ser construída uma identidade social do doente tomando como base a ideia de cidadania e de direito à vida. Pela primeira vez, o nome utilizado para designar as pessoas atingidas diretamente pela doença não guardava correspondência com termos biomédicos, como *aidético* e *soropositivo*, restringindo-se simplesmente ao fato e à especificidade do “viver com HIV e Aids (COSTA, 2011, p. 29).

Para tanto, os movimentos que buscavam o retorno da democracia no país como os movimentos de luta feminista, negro, dentre outros mostraram que a articulação entre as pessoas por meio de suas inquietações podem trazer tanto uma visibilidade para estes movimentos de luta, quanto a conquista e viabilização de direitos a grupos que demandam atenção por parte do Estado; dentre eles grupos que representam as lutas em todos de direitos as pessoas que vivem com HIV. Estes grupos expressivos mediante um movimento político, que “marca a era da Aids como um período de reconfiguração das relações sociais, bem como a intensa participação e adesão de pessoas soropositivas a movimentos sociais que lutam por acesso a direitos e a igualdade social” (KERN, 2003, p. 51).

Os movimentos representativos das pessoas com HIV que apresentavam as pautas de reivindicações das pessoas que estavam infectadas com o vírus, eram apresentadas em diálogo juntamente com os representantes do Estado. Em vista deste trabalho, puderam contribuir para a elaboração de legislações específicas para pessoas vivem com HIV/Aids e também acesso a outros direitos de caráter geral, também aplicáveis as pessoas com HIV em decorrência de sua demanda dentro da sociedade capitalista (BASILIO, 2016).

2.2.2. Direitos sociais adquiridos.

A partir da Constituição Federal Brasileira de 1988, expressa em seu art. 5º que todas as pessoas são iguais perante a lei, sem a distinção de qualquer natureza, garantindo-lhes o direito a vida, a liberdade, a igualdade, a segurança e também a propriedade. Em seu art. 6º constitui-se os direitos sociais a saúde, a alimentação, ao trabalho, transporte, segurança, Previdência Social, dentre outros. Diante disso, torna se claro a importância da criação de legislações específicas para a viabilização de direitos as pessoas com HIV/Aids.

Assim sendo, profissionais da saúde juntamente com membros da sociedade e com o apoio do Departamento de IST, HIV/Aids e Hepatites virais elaboraram a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids¹⁶. Consta neste documento que todas as pessoas têm direito a informação sobre a Aids, além dessas informações, o documento explana que as pessoas com o vírus devem ter assistência e tratamento para a garantia da qualidade de vida.

Este documento ressalta ainda, que as pessoas que possuem o vírus não devem ter seu direito à cidadania restringido ou ser vítima de preconceito em decorrência de seu diagnóstico, raça, religião, sexo ou orientação sexual. Cabendo ressaltar que, as pessoas vivendo com HIV têm direito a participação aos aspectos da vida social. Portanto, qualquer ação que impeça as pessoas a qualquer tipo de atendimento, emprego, participação em atividades coletivas, serão consideradas ações discriminatórias e puníveis mediante lei.

Apesar do extenso diálogo acerca de ações discriminatórias, a Lei 12.984 de 2014¹⁷ que define como crime a discriminação as pessoas com HIV positivo, foi promulgada apenas em 2014. Está posto nesta lei que, o responsável por ações discriminatórias está suscetível a reclusão de um a quatro anos e multa as pessoas tiverem condutas discriminatórias como a negativa em vaga de emprego, a recusa ou permanência como aluno em creche ou instituição de ensino público ou privado, dentre outras ações também previstas nesta lei. A promulgação dessa Lei foi um marco importante para os sujeitos que temem a repressão e/ou represália por parte de uma sociedade conservadora que compartilha o preconceito em decorrência da pouca ou nenhuma informação sobre o diagnóstico.

Segundo Santos (2005), a exclusão das pessoas que vivem com HIV na rede de sociabilidade se dá pelo preconceito, estigma, e a discriminação que acompanha a doença desde o seu surgimento e que mesmo após este marco temporal desde o descobrimento até os dias atuais, estas ações discriminatórias e excludentes continuam perceptível na sociedade. Por isso, faz-se necessário constantes investimentos em ações educativas para a informação e comunicação da população de forma continuada, ao invés de realizar ações educativas apenas em datas específicas (GARCIA; SOUZA, 2010).

¹⁶ Documento aprovado em 1989 no Encontro Nacional de ONG que trabalham com Aids (ENONG) em Porto Alegre (RS). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/direitos-das-pvha>.

¹⁷ Lei 12.984 de 2 de junho de 2014, em que define o crime de discriminação as pessoas com HIV/Aids.

Diversas demandas solicitadas pelos movimentos de lutas foram atendidas, dentre elas a Lei 9.313 de 1996¹⁸. De acordo com esta Lei, as pessoas receberão toda a medicação necessária para o tratamento de maneira gratuita pelo SUS. Essa promulgação atende as primeiras reivindicações de movimentos sociais, além disso, trabalha a partir das diretrizes de universalidade proposta pelo SUS na década de 90. Tendo em vista que tanto o desenvolvimento da medicação e a garantia de acesso por parte da população diagnosticada a um tratamento de alta eficácia contribuíram para a redução da mortalidade. (GARCIA; SOUZA, 2010). Portanto,

Em 1987 já se dá o início da utilização do AZT, medicamento destinado originalmente para pacientes com câncer e o primeiro que reduz a multiplicação do HIV. Em 1988, foi iniciada no Brasil, na rede pública de saúde a distribuição de medicamentos para infecções oportunistas em pacientes com AIDS e, em 1991, começou a ser oferecida a terapia anti-retroviral, mas só em 1996 – após a XI Conferência Internacional de AIDS, realizada em Vancouver, Canadá, em que foi apresentada a terapia tripla, popularmente conhecida como “coquetel”, que o Brasil tornou obrigatória a distribuição de medicamentos anti-HIV pelo SUS” (AZEVEDO, 2015, p. 50).

Nota-se que a Lei que discorre acerca da medicação é homologada apenas em 1996, no entanto, o acesso à medicação inicia-se alguns anos antes para atender as pessoas já diagnosticadas. A viabilização de acesso a esses medicamentos para o tratamento, mostra avanços em pesquisas acerca da medicação, quanto a sua distribuição obrigatória por parte do Estado. Dentre todos os direitos adquirido pelas pessoas que vivem com HIV, o acesso ao medicamento é um dos mais significativos, pois estes medicamentos podem possibilitar qualidade de vida aos usuários. Portanto, o avanço da medicação, associado a informação extensiva pelos profissionais da saúde, serviços preparados e acessíveis têm determinado o fim da associação de “infecção = morte” marcado no início da epidemia na década de 80 (AYRES, 2002). Tendo em vista que, devido a adoção de medidas contra a epidemia, o Brasil foi um dos primeiros, dentre os países em desenvolvimento, na garantia do acesso aos medicamentos para as pessoas diagnosticadas (MONTEIRO; VILLELA, 2009).

Dois importantes benefícios para as pessoas que vivem com HIV/Aids são o Auxílio Doença e a Aposentadoria por invalidez. Eles são regidos pelo art. 146 da Instrução Normativa- IN 45¹⁹ e Portaria Interministerial 2.998²⁰, ambos os benefícios são da

¹⁸ Lei 9.313 de 13 de novembro de 1996, dispõe da distribuição gratuita de medicamentos as pessoas com HIV/Aids.

¹⁹ Instrução Normativa INSS/PRES nº 45 de 06 de agosto de 2010. Normativa que dispõe sobre a administração dos segurados, o reconhecimento da manutenção e a revisão de direitos dos benefícios da Previdência Social e

Previdência Social. O acesso ao Auxílio doença, é concedido a qualquer pessoa assegurada, ou seja, que contribui regularmente para a Previdência Social. Ele é voltado para as pessoas que não podem retornar ao trabalho em um período superior a 15 dias. Já a Aposentadoria por invalidez é aplicada quando não se tem condições para o retorno ao trabalho. Ambos os benefícios têm um período de carência contributiva de 12 meses, no entanto, pessoas que vivem com o HIV não necessitam desse período de carência para iniciar o recebimento do benefício. Tanto o Auxílio Doença quanto a Aposentadoria por invalidez necessita de perícia tanto para a concessão do benefício como também para a continuidade do recebimento, passando por avaliação a cada dois anos. Ambos os benefícios são suspensos quando comprovado a capacidade para o retorno ao trabalho.

A ausência da carência contributiva para ambos os benefícios, possibilita que a pessoa com HIV possa acessar este direito assim que se fizer necessário. Pois, apesar de o HIV ter um tratamento moderno, tratamento medicamentoso e acompanhamento com equipe multiprofissional (assistentes sociais, psicólogos, médicos, dentre outros), existe a possibilidade de manifestação clínica em decorrência de diversos fatores, ao qual impossibilita este usuário de permanecer em atividades laborais durante o tempo mínimo contributivo estipulado pela Previdência Social.

Há outro benefício aplicável em decorrência do afastamento de atividades laborais, o Benefício de Prestação Continuada- BPC, é regulamentado pela Lei 8.742 de 1993²¹o qual é destinado a uma pessoa que comprove incapacidade para o desenvolvimento de atividades laborais, com a concessão de um salário mínimo mensal, este benefício independe da contribuição previdenciária. Também é destinado à pessoa com 65 anos ou mais que comprove não ter meios para suprir a sua manutenção e tampouco ser suprida por seus familiares. Este benefício não tem especificações voltadas às pessoas com HIV positiva, mas poderá ser acessado em casos de restrições devido ao avanço da Aids que impossibilitam de realização de atividades diárias.

também disciplina o processo administrativo previdenciário no âmbito do INSS. Disponível em: http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/38/inss-pres/2010/45_1.htm.

²⁰ Portaria Interministerial MPAS/MS nº2.998, de 23 de agosto de 2001 em que trata da carência para a concessão de auxílio doença ou aposentadoria por invalidez. Disponível em: <http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/65/MPAS-MS/2001/2998.htm>.

²¹ Lei nº8.742, de 7 de dezembro de 1993 em que dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

Todos os direitos assegurados as pessoas que vivem com HIV, traz sensação de segurança para o processo de sociabilidade a fim de minimizar a exclusão e indiferença devido a sorologia; a pessoa com HIV positivo, em seu ambiente de trabalho tem o direito de manter o sigilo. Os exames realizados no momento da admissão, em avaliações de periódicos e na demissão não deverão ser expostos ao empregador, o diagnóstico de sorologia do empregado deverá ser mantido em sigilo pelo médico. Este sigilo está descrito na Lei 7.855 de 1989²² e na resolução 1.359 de 1992²³ do Conselho Federal de Medicina- CFM. Ao ser rompido este sigilo, o médico será submetido às medidas cabíveis perante o CFM.

A respeito dos direitos de âmbito federal, ainda há o saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço- FGTS, e a Isenção do Imposto de Renda- IR. O saque integral do FGTS, se torna possível as pessoas em razão de doenças graves, dentre elas a Aids, estão explicitadas na Lei 8.036/1990²⁴. As pessoas que tem o diagnóstico também têm a isenção no Imposto de Renda de acordo com a Lei 11.052/2004²⁵. Esses direitos, não tem uma dimensão tão expressiva como os já citados anteriormente, mas para as pessoas que vivem com HIV, faz parte de grandes conquistas adquiridas mediante reivindicações das pessoas que estão ativamente em espaços coletivos de mobilização social; que conjuntamente possibilitou acessos a direitos sociais de âmbito federal, estadual e municipal, tornando notório que os sujeitos sociais têm o direito de acessar políticas sociais específicas ou gerais, pois se constitucionalmente é exposto que o cidadão é um sujeito de direito, ele deve ser reconhecido como tal.

Portanto, os processos de lutas organizados por ativistas que lutaram por direitos, puderam propiciar a estas pessoas garantias no âmbito da lei. Estas legislações e programas implementados pelo Estado possibilitou maior visibilidade às pessoas com HIV, além de acesso a direitos no âmbito da Seguridade Social. No entanto, o ajuste fiscal presente no Brasil coloca em risco todos estes direitos conquistados, o que pode interferir significativamente no acompanhamento das pessoas que vivem com HIV.

²² Lei nº 7.855, de 24 de outubro de 1989, em que altera a Consolidação das Leis do Trabalho- CLT.

²³ Resolução CFM nº 1.359/92 em que resolve acerca do atendimento profissional as pessoas com HIV. Disponível em: http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/1992/1359_1992.htm.

²⁴ Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990 que traz disposição acerca do FGTS.

²⁵ Lei nº 11.052, de 29 de dezembro de 2004. Lei que altera o inciso XIV da Lei nº 7.713 de 22 de dezembro de 1988 para incluir dentre os rendimentos isentos do Imposto de Renda- IR os proventos percebidos pelos portadores de hepatopatia grave.

Os direitos no âmbito da Seguridade Social conquistados pelas pessoas que vivem com HIV são de extrema importância para a continuidade do acompanhamento em unidades de saúde e enfrentamento ao HIV/Aids. O Ministério da saúde dispõe de programas, projetos e ações para o enfrentamento à epidemia. Anualmente são lançados boletins epidemiológicos para conhecer os avanços acerca do atendimento realizado nos estados, bem como, números anuais de pessoas que são infectadas. No boletim do ano de 2017, mostra que entre 2007 e 2017 foram notificados pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação- SINAN, 194.217 casos de HIV no Brasil. Nota-se que a divulgação destes boletins torna-se imprescindível para conhecimento do número de pessoas que são infectadas anualmente com o vírus. Também vem lançando e aprimorando protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas voltados para crianças, adolescentes e adultos. Estes documentos auxiliam os profissionais para atendimentos junto aos usuários²⁶.

Portanto, entende-se que o Estado, por meio do Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, desenvolve papel fundamental para ações de prevenção e monitoramento do HIV em parceria com ONGs e demais ativistas da sociedade civil. Porém, como todos o trabalho voltados para a população, este também podem sofrer cortes, ou pode ter dificuldades para realizar trabalhos voltados para o enfrentamento ao HIV/Aids.

3. POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS FRENTE AO PROJETO DE CONTRARREFORMA

3.1. Implementações de políticas voltada para pessoas com HIV

As respostas do Estado às demandas que lhes são apresentadas, são dadas por meio de políticas públicas. Anteriormente foram explanados os direitos adquiridos pelas pessoas que vivem com HIV, após grande representatividade advinda dos movimentos sociais de luta por busca de direitos, havendo a implementação dessas políticas para viabilizar acesso a bens e serviços do Estado. O fato é que uma política pública “expressa um conjunto de diretrizes e referências ético legais adotada pelo Estado para fazer frente a um problema e/ou uma demanda que a sociedade lhe apresenta” (BRASIL, 1999 p. 7). Monteiro e Villela (2009) explanam que as políticas públicas são resultado de demandas para atender as reivindicações de diversos setores da sociedade ou de alguns grupos específicos que apresentam necessidades que requer a atenção do Estado. Assim sendo, estas políticas “tem sua origem

²⁶ Todos estes documentos estão disponíveis em: <<http://www.aids.gov.br/>>.

nas relações de força de uma sociedade que em embates constantes formará um conjunto de decisões tomadas no interior do Estado” (OLIVEIRA, 2008, p. 105).

Cabe destacar algumas políticas e ações realizadas pelo Estado para atender as pessoas com HIV no Brasil. Dentre elas, uma política que representou um passo inicial para a realização de ações voltadas para a prevenção do vírus e também o acompanhamento das pessoas diagnosticadas: a portaria nº 236 de 1985²⁷ do Ministério da Saúde, em que estabelece diretrizes para o controle do HIV. Para melhor atender estas demandas, foi lançado em 1999 um documento do Ministério da Saúde contendo os princípios e diretrizes das ações voltadas as pessoas HIV positiva. Programa este que foi considerado referência mundial em ações de prevenção ao HIV/Aids por agentes internacionais (VILLARINHO et al. 2013, p. 273). Assim, este documento:

Orienta as ações do Programa Nacional de DST/Aids no âmbito da promoção à saúde; da proteção dos direitos fundamentais das pessoas com HIV/Aids; da prevenção da transmissão das DST, do HIV/Aids e do uso indevido de drogas; do diagnóstico, do tratamento e da assistência às pessoas portadoras de DST/HIV/ Aids; e do desenvolvimento e fortalecimento institucional dos gestores locais de programas e projetos na área (BRASÍLIA, 1999, p. 7).

No que diz respeito à notificação compulsória da doença, em 1996 tem-se a criação da Portaria cuja estabelece que a Aids é uma doença de notificação compulsória em todo território nacional. Essa portaria se faz importante para clareza e conhecimento do quantitativo de pessoas infectadas, além de realizar ações preventivas com maior intensidade em regiões onde há maiores números de pessoas diagnosticadas.

Outro grande marco para o atendimento as pessoas com HIV foi o fornecimento gratuito do *Zidovudina*, popularmente conhecido como AZT e também medicamentos que eram utilizados na quimioprofilaxia dos pacientes que eram cadastrados nos serviços de referência (VILLARINHO et al., 2013). E não muito distante disso, tem-se a lei que dispôs sobre a medicação gratuita, como já citado, para atender ao público que necessita da medicação para o controle do vírus. Para a aquisição e distribuição da medicação, o Estado vai contar com recursos do Orçamento da Seguridade Social (BRASIL, 1996).

Segundo informações obtidas pelo Sistema de Acesso a Informação, sob protocolo nº 25820.008087/2018-78, foi fornecida informações sobre o orçamento do Ministério da Saúde

²⁷ Portaria que resolve sobre a aprovação de diretrizes para o programa de controle de AIDS <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-236-de-2-de-maio-de-1985>.

- MS autorizado para a aquisição de medicamentos antirretrovirais: Em 2014, 863.937.200,00; 2015, 1.101.000.000,00; 2016, 1.100.000.000,00 e; 2017, 1.100.000.000,00. Esses valores demonstra o quanto é importante e necessário o repasse para aquisição de medicamentos para as pessoas que vivem com o vírus.

Na década de 90 foi criada a Portaria 291²⁸ em que incluem a assistência as pessoas com Aids em nível hospitalar no Sistema de Procedimento de Alta Complexidade (SIPAC). Para viabilizar o atendimento às pessoas com HIV positivo, tem-se também a criação do Hospital Dia (HD), no modelo de assistências as pessoas com HIV iniciadas no Brasil mediante políticas decorrentes do final da década de 80 (VILLARINHO et al., 2013).

Estruturar uma rede de assistência que permita o tratamento dos indivíduos portadores de HIV/Aids de acordo com os diferentes graus de complexidade, estimulando a deshospitalização, por meio da implantação/implementação e credenciamento de serviços de alternativas assistenciais para indivíduos com HIV/aids na rede pública de saúde (Serviço de Assistência Especializada - SAE, Hospital Dia - HD e Assistência Domiciliar Terapêutica - ADT), tendo em vista que esses serviços apresentam uma melhor relação custo-benefício quando comparados com os serviços convencionais e permitem uma melhor qualidade de vida, particularmente após o advento da terapia anti-retroviral combinada (BRASÍLIA, 1999, p. 37).

É imprescindível citar a criação do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), que antes de ser estruturado neste modelo, era conhecido como Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS). Este serviço é de fundamental importância para a realização de ações de promoção à saúde, além de constituir espaços que garantem o acesso das pessoas para a realização do exame (BRASIL, 1999). Nos anos 1990, os CTA's se tornam referência para o acesso universal à Testagem e Aconselhamento de DST/Aids indicando a expansão da oferta do teste e de orientações de prevenção tanto do HIV, quanto de outras DST's (BRASIL, 2010).

Estas estratégias de atendimento e implementação de políticas voltadas para pessoas com HIV foram possíveis por meio de negociações e empréstimos realizados pelo Banco Mundial (BM) ao governo brasileiro. Estas negociações para a captação de recursos resultaram em três empréstimos para a implementação dos seguintes projetos: AIDS I: vigorou entre 1994 a 1998, voltado para a implementação e estruturação de serviços assistenciais; AIDS II: vigorou entre 1998 a 2003, para a redução de incidência de casos de

²⁸ Portaria que trata sobre a inclusão no sistema de Informações hospitalares do SUS para tratamento de AIDS, no entanto, são realizados em hospitais que devem ser previamente autorizados pelo INAMPS. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/aids/>

HIV e DST; AIDS III: que vigorou entre 2003 a 2006, para aprimoramento de processos de gestão nas três esferas do governo e também na sociedade civil (VILLARINHO et al., 2013).

Atualmente no Brasil, houve a implantação de duas profilaxias para a prevenção das pessoas que tem a possibilidade de contato com o vírus: da Profilaxia Pós Exposição (PEP)²⁹, em que se trata de uma medida protetiva emergencial; portanto ressalta a necessidade do uso do preservativo como importante método contraceptivo. Consiste em uma medicação em um período de até 72 horas em que houve qualquer situação de risco de contato ao vírus; já a Profilaxia Pré- Exposição (PrEP)³⁰, se dá mediante o consumo diário de medicamento que irá impedir o HIV infecte o organismo antes mesmo do contato direto da pessoa com o vírus. No entanto, este método é voltado para um público específico: gay e homens que fazem sexo com outros homens, pessoas trans e trabalhadores(as) do sexo. O Brasil foi o primeiro país da América Latina a ofertar a PrEP (VIEIRA, 2018).

Há também um Programa das Nações Unidas sobre Aids criado em 1996, quem lançou uma estratégia conhecida como 90-90-90. Segundo Vieira (2018), este programa tem uma meta de ter o fim da epidemia até o ano de 2030. Para isso, pretende-se que 90% das pessoas conheçam o seu diagnóstico, 90% das pessoas diagnosticadas estejam em tratamento e 90% dessas pessoas em tratamento esteja com a carga viral indetectável. Esta proposta da UNAIDS, apresenta uma tentativa de maior conhecimento e acompanhamento das medidas, cujo longo prazo pode proporcionar a erradicação da Aids. Mas para isso, faz-se necessário maior investimento em políticas públicas e ações preventivas para as pessoas soronegativas e também ações sobre a importância do acompanhamento junto às pessoas que convivem com HIV.

Pôde-se perceber significativos avanços entre políticas no Brasil voltadas para as pessoas com HIV, bem como direitos assistenciais viabilizados pelo Estado. No entanto, ainda há um difícil caminho a ser percorrido em busca de qualidade no tratamento as pessoas que vivem com o vírus (VILLARINHO et al., 2013). Para tanto, a continuidade de implementações de novas políticas e aprimoramento de políticas já existentes se faz primordial para a qualidade de vida e do acompanhamento às pessoas que vivem e convivem com HIV.

²⁹ Profilaxia Pós Exposição (PEP) disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/pep-profilaxia-pos-exposicao-ao-hiv>

³⁰ Profilaxia Pré Exposição (PrEP) disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/profilaxia-pre-exposicao-prep>

Portanto, ao implementar ações necessárias para a prevenção e assistência, além de mecanismos de apoio as pessoas com HIV positivo, contribuiu também para a redução da vulnerabilidade da população ao vírus, assim como o direito a todas as pessoas infectadas (BRASIL, 1999). No caso do programa implementado no Brasil, a discussão ganha repercussão quando foi dada uma visibilidade internacional, expondo aspectos positivos resultantes da mobilização social no contexto de formulação de políticas (MONTEIRO; VILLELA, 2009). Programa este que foi considerado referência mundial em ações de prevenção ao HIV/Aids (VILLARINHO et al. 2013, p. 273), mas que pode ser ameaçado em decorrência da possível redução de repasses para a viabilização de políticas voltada para as pessoas que vivem com HIV.

3.2. Política em risco: enfrentamento ao HIV/Aids em tempo de contrarreforma.

Como já apontado, as pessoas que vivem com HIV, têm acesso a diversas políticas sociais que vão desde o acesso a medicamentos a benefícios da assistência social. Todas essas conquistas partiram da mobilização de vários grupos, seja movimentos sociais e até mesmo pesquisadores da referida temática por respostas do Estado frente a uma epidemia. De fato, essas grandes conquistas puderam ser mais viabilizadas após a implementação do SUS, tendo em vista o seu caráter universal no atendimento as pessoas que demandam os serviços de saúde. No entanto, a proposta de uma saúde universal e gratuita incomodam empresas que visam privatizar estes serviços, em que lucro não está relacionado com direitos.

A política de saúde proposta no SUS, tem caráter universal, público e também gratuito. No que tange a cobertura do atendimento à população, esta política pode ser considerada uma das mais amplas do mundo, por isso, exige um alto nível de intervenção, e também, investimento por parte do Estado para que possa funcionar de maneira satisfatória (FERRAZ; FRIZERA, 2018). Este investimento advém do Orçamento da Seguridade Social (OSS) para que possa ser viabilizada as políticas sociais; no entanto, o desmonte que ocorrendo, há algum tempo no OSS, em decorrência do contexto de ajuste fiscal e também de contrarreforma do Estado (SALVADOR, 2017), pode inviabilizar o acesso a diversos direitos arduamente conquistados.

Galdino e Guedes (2018), ao analisar o repasse do recurso, um importante programa brasileiro, observou-se uma maior dificuldade no acesso a saúde de pessoas que demandam uma atenção especial, em decorrência do sigilo de sua identidade. Torna-se notório que a precarização do atendimento em saúde e demais programas de âmbito federal, estão passando

por ajustes no que tange o seu financiamento, corroborando para um avanço da desigualdade social; e ocasionando a transferência de responsabilidade do Estado para ONG's e demais entidades da sociedade.

A proposta de contrarreforma do Estado brasileiro se torna cada vez mais notório em tempos atuais de crise econômica e social, no entanto, as suas medidas para a obtenção de Estado mínimo ocorrem há várias décadas. Um momento bastante expressivo dessas ações está configurado na década de 90, visível no governo de Fernando Henrique Cardoso. A contrarreforma do Estado no governo FHC é realizada da maneira mais ofensiva a população, e também bastante estruturada, inclusive com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). A sua aprovação materializa o desejo de desmonte da seguridade social, pois este Ministério, acabava situando a saúde como não exclusiva do Estado, passível de ser seus serviços ofertados e prestados por Organizações Sociais (SOARES, 2013).

Ao mencionar estas Organizações Sociais, cabe também ressaltar a empresa que administra hospitais universitários. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares-EBSERH³¹, criada em 2011, é uma empresa pública vinculada ao Ministério da Educação que tem que gerir os Hospitais Universitários Federais, sob o argumento de reestruturação de gestão. A EBSEH, faz parte de um dos modelos privatistas que está em curso no país, no qual está avançando com grande rapidez desde a sua criação em 2011. Esses modelos de gestão estão sendo inseridos na política de saúde brasileira, isso ocorre tanto com a gestão de Hospitais Universitários Federais, quanto de Hospitais Estaduais. Segundo Silva et al. (2017), esta implementação torna clara a intensificação da precarização do serviço público.

Essa contrarreforma tem como objetivo remodelar os estados nacionais, em que deixam de ser interventores e passam a agir apenas como reguladores, destruindo assim, os direitos sociais e conseqüentemente trazendo uma lógica “transformista” para a sociedade, que irá cada vez mais fragilizar as possibilidades que o Estado venha a ter de respostas para as demandas no campo da saúde da maioria da população (TEIXEIRA, 2013). Diante disso, a saúde passa a ser ofertada por organismos privados. Mas a saúde é, segundo Ferraz e Frizera (2018) um direito social, que deve ser assegurado por políticas sociais com recursos federais, logo, não é um serviço que possa ser mercantilizado por empresas privadas.

³¹História da EBSEH acessada no site oficial da empresa: EBSEH. História. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/historia>>.

Para tornarem as políticas sociais viáveis para o acesso da população, o Estado faz uso do Fundo Público. Segundo Salvador (2017), há diversas maneiras para a realização do Fundo Público, pois ele se dá por meio da extração de recursos como: impostos, contribuições e taxas. Este fundo tem ao menos quatro funções na sociedade, uma delas é, segundo Salvador (2017 p. 428), “a garantia de um conjunto de políticas sociais que asseguram direitos e permitem também a inserção de pessoas no mercado de trabalho e de consumo, independente da inserção ou não no mercado”. Portanto, existindo um fundo destinado para a implementação na sociedade, não há necessidade da inserção do capital privado ofertar serviços da Seguridade Social.

Porém para justificar a reestruturação das políticas sociais, usa-se o repetitivo argumento de crise orçamentária. Isso prejudica significativamente a população que necessita de políticas ofertadas pelo Estado. A redução de direitos, que é usada como argumento para a crise fiscal, transforma as políticas sociais ofertadas em ações de caráter pontual e compensatório (BEHRING, 2003), tornando-as cada vez mais seletiva e ocasionando a busca de serviços privados para o atendimento de demandas cujo é dever do Estado. Assim sendo, a “cultura da crise baseada no pensamento privatista e na conformação do cidadão de direitos em cidadão consumidor, tem o objetivo de assegurar a adesão as transformações do mundo do trabalho, enfatizar a importância do mercado, bem como justificar a diminuição da atuação do Estado” (OLIVEIRA, 2008, p. 111).

Nota-se que, desde a promulgação CF/88, os direitos adquiridos passam por avanços e retrocessos impactando cotidianamente vida das pessoas. Atualmente no Brasil, encontra-se vigente um plano de governo denominado “A Ponte para o Futuro” do atual presidente Michel Temer. Este plano foi lançado no período em que a presidente eleita Dilma Rousseff encontrava-se afastada por 180 dias devido ao processo de impeachment ocorrido em 2016 (PRATES, 2016). Após assumir de fato a presidência da república, diversas medidas foram tomadas visando o “crescimento” econômico do país, mas não foi pensado no impacto social que isto poderia causar à população.

A medida mais alarmante, deixando notório os ajustes neoliberais do atual governo, foi a Ementa Constitucional nº 95, aprovada em 2016. Este Novo Regime Fiscal (NRF) inviabiliza os recursos destinados às políticas sociais como estava estabelecido na CF/88, mas não aplicável as despesas financeiras para o pagamento da dívida (SALVADOR, 2017), reduzirá as despesas primárias do Estado por 20 anos (VIEIRA, 2018). Prates (2016) faz uma

análise que sintetiza os impactos que esta emenda irá acarretar no que diz respeito aos aspectos políticos e sociais.

O chamado Novo Regime Fiscal, instituído pela PEC 55, pauta-se numa concepção de que no enfrentamento da crise fiscal passa necessariamente pelo corte de gastos sociais e consequentemente pela restrição de direitos [...] a partir desses pressupostos, a PEC altera os artigos 112 da CF que estabeleciam a vinculação orçamentária de pelo menos 25% das receitas de impostos para a educação, e no caso da saúde destitui a Emenda Constitucional 86/2015, que previa a vinculação progressiva de 13,2% da Receita Corrente Líquida, em 2016, chegando a 15% em 2020 (PRATES, 2016 p. 228-229).

Nota-se que as políticas sociais conquistadas ao longo das lutas sociais, estão constantemente ameaçadas em decorrência do avanço neoliberal na sociedade, dentre elas a política de saúde. No texto desta EC, percebe-se a perspectiva privatista no que tange à política de saúde. Em seu art. 110, explana que:

na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão: I - no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do **caput** do art. 212, da Constituição Federal; e II - nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias" (BRASIL, 2016, grifos no original).

Neste artigo estão explícitos as práticas voltadas para a saúde por 20 anos, que irá interferir diretamente nos programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Diante disso, o ideário neoliberal influencia negativamente as ações relacionadas a Aids (OLIVEIRA, 2016), trazendo incertezas para aqueles que necessitam de acompanhamento na saúde e acesso a medicamentos essenciais para a melhor qualidade de vida. Portanto, cortes em decorrência desse NRF, atingirá diretamente as pessoas que vivem com HIV, pois irá reduzir o repasse financeiro para os programas da saúde, em especial o programas e projetos para o enfrentamento ao HIV/Aids.

No que se refere a disponibilidade de medicamentos Vieira (2018), afirma que não faltarão medicamentos, pois os mesmos são garantidos por lei, mas com a redução de recursos destinados ao SUS, há uma possibilidade de não chegarem devidamente a todos os cantos do país. Ressalta ainda, que além da necessidade de medicamentos específicos, as pessoas com HIV positivo necessitam também de tratamento para doenças oportunistas, exames e acompanhamento contínuo, pois “quando há o diagnóstico não apenas a medicação é

necessária: quando ocorrem infecções correlacionadas, são necessários outros medicamentos, exames, internação e nem sempre disponível na rede do SUS dos municípios onde residem as pessoas necessitadas” (VIEIRA, 2018 p. 78).

As mobilizações de movimentos sociais foram fundamentais para criação de legislações direcionadas as pessoas que vivem com HIV, seja no acesso a medicamentos, direitos da seguridade social e também leis para punir pessoas que agem de forma preconceituosa para pessoas com HIV positivo. Estas conquistas encontram-se em constantes ameaças em decorrência do enfraquecimento dos movimentos sociais, e também propostas que limita a ação do Estado na sociedade e abrem espaço para empresas privadas atuarem em serviços essenciais.

Essas propostas de retrocesso no que se refere à saúde se tornaram evidente com a Portaria nº 1.482³², criada pouco após o atual presidente assumir o cargo em definitivo, ou seja, após o impeachment da presidente Dilma Rousseff. Esta portaria institui um trabalho para discutir acerca de um plano de saúde acessível para a população. Esta proposta de ação contradiz a perspectiva de saúde universal presente no SUS, visto que beneficiará apenas setores de empresas de plano de saúde, que irão lucrar com a adesão da população a essas modalidades de planos “acessíveis” para atendimento em unidades de saúde.

A proposta de acesso a saúde por meio de planos acessíveis pode ser concretizada em breve, tendo em vista que, ela pode ser discutida e implantada pelo próximo Presidente da República, ao ser analisado o trabalho que será realizado no atendimento à saúde proposta nos Planos de governo dos principais presidenciáveis³³. Ou seja, aqueles que estão avançando significativamente nas pesquisas populares, notou-se que, grande parte deles apresentaram propostas para a efetivação em atendimentos de saúde, com o discurso de melhorar a qualidade de serviço de saúde à população. No entanto, as propostas apresentadas para o aumento da cobertura em saúde se darão a partir de parceria público/privado, para a otimização do sistema de atendimento.

Contudo, tem-se em vista que as propostas apontadas em sua maioria, explanam acerca de mudanças no contexto de saúde, mas de caráter privado. Apesar de trazerem a ideia

³² Portaria que institui um grupo de trabalho para discussão de plano de saúde acessível.

³³ Os planos avaliados acerca do trabalho que será realizado no âmbito da saúde foram: Plano de Metas 19+1 Pela Refundação da República; Brasil Feliz de Novo; O Caminho da Prosperidade; Vamos Sem Medo de Mudar o Brasil; Um Futuro de Prosperidade está aberto a todos; Brasil Justo, Ético, prospero e Sustentável; Pacto Pela Confiança e; Diretrizes para uma estratégia nacional de desenvolvimento para o Brasil.

de mudança em saúde, nenhuma das propostas de caráter privatista apresentadas, mostraram a maneira que serão dadas estas mudanças; mas é fato que atingirá substancialmente as pessoas sem renda para adesão a estas novas forças de acesso à saúde.

Foi a partir do debate conjuntural apresentado a cerca da história e impactos sociais dados a partir da visibilidade do HIV/Aids, que trouxe preocupação para a sociedade civil, demanda para os trabalhadores da saúde e inquietações para pesquisadores para entender acerca do vírus e seus impactos, e também, dos movimentos sociais que lutaram pela implantação de políticas e direitos voltados para as pessoas diagnosticadas. Faz-se necessário, portanto, discorrer acerca do trabalho do assistente social junto as pessoas que vivem com HIV/Aids, a partir do trabalho desenvolvido no processo de educação em saúde frente a atual conjuntura social e econômica. Fazendo assim, essas mudanças societárias em contexto de avanços e retrocessos em políticas sociais se tonar objeto de intervenção das assistentes sociais junto aos usuários que demanda a políticas sociais, em especial a política de saúde.

CAPÍTULO 3 - CONTEXTUALIZAÇÃO, APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

3.1. Atuação Do Serviço Social no Enfrentamento ao HIV/Aids

A atuação profissional no âmbito da saúde, requer o desenvolvimento de trabalho em diversas especialidades em que demandam dos assistentes sociais atuar junto a usuários inseridos na política de saúde, com intervenções voltadas para as especificidades clínicas e demandas sociais, além de outras demandas apresentadas durante este processo de trabalho. Com isso, profissionais do Serviço Social que atuam em diversas unidades de saúde são designados para trabalhar em diversos setores, dentre eles, o setor de Doenças Infecciosas e Parasitárias - DIP, realizando ações de promoção e prevenção a saúde, acompanhamento às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis - IST, Pessoas que vivem com HIV/Aids-PVHA e familiares.

Para o desenvolvimento do trabalho junto ao usuário, o Serviço Social parte de seu arcabouço teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político para apresentar propostas de trabalho a serem desenvolvidas em abordagens socioeducativas, partindo de dimensões assistenciais e de prevenção que irá corroborar na melhoria do acesso aos serviços de saúde e também na luta pela garantia dos direitos dos usuários da política (AZEVEDO, 2015).

No atendimento realizado com os usuários, o profissional do Serviço Social deve partir de um caráter investigativo e interventivo, utilizando-se de instrumentos de trabalhos elaborados para os atendimentos; tendo em vista que, o campo da saúde é um importante espaço para a realização de práticas mediante estratégias frente aos desafios inerentes ao espaço sociocupacional. Contudo, o Assistente social deve realizar o acompanhamento das pessoas que vivem com HIV e por meio da realidade apresentada por estes usuários e as questões referentes ao contexto do diagnóstico (SOUZA; MANGINI, 2017).

As propostas de trabalhos que o profissional irá trazer para abordagem com os usuários ocorrerá a partir das demandas que lhes são apresentadas. No que se refere a essas demandas profissionais, Azevedo (2015) salienta que as necessidades sociais apresentadas pelos usuários cotidianamente são transformadas em demandas para o assistente social, que exigirá de sua competência crítica profissional para decifrá-las, levando estas demandas da esfera privada e individualizada para uma dimensão de trabalho coletivo. Com a realização deste trabalho em que é trazido a demanda para o âmbito da coletividade, poderão ser elaboradas propostas conjuntamente com os usuários da política de saúde, que proporcionará

a formação e fortalecimento de vínculo, adesão ao acompanhamento ambulatorial junto à equipe multiprofissional. Logo,

As ações a serem desenvolvidas pelos assistentes sociais devem transpor o caráter emergencial e burocrático, bem como ter uma direção socioeducativa por meio da reflexão com relação às condições sócio-históricas a que são submetidos os usuários e mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde (CFESS, 2010, p. 43).

Portanto, o assistente social deve, no decorrer de seu trabalho, realizar acompanhamento social dos usuários que estão em tratamento de HIV/Aids e também orientar e auxiliar os familiares com ações que irão intervir na realidade apresentada pelos usuários e seus familiares, bem como, nas fragilizações no contexto de saúde – doença e o fortalecimento de vínculos destes familiares, e de suas redes de relações sociais (SOUZA, MARGINI, 2017).

3.2. Processo de Trabalho do Assistente Social sobre Educação Em Saúde junto as Pessoas que Vivem com HIV

No âmbito de cada especialidade, são desenvolvidas diversas formas de trabalhos voltadas para as pessoas que demandam a política de saúde. O trabalho de educar em saúde junto as pessoas com HIV ultrapassa o atendimento inicial, realizado junto ao usuário em que é dado início ao acompanhamento social, além de orientações acerca do diagnóstico e estratégias de trabalho para possibilitar o acesso dos usuários a direitos específicos em decorrência do diagnóstico e demais direitos previstos no âmbito da Seguridade Social.

Para desenvolver esses trabalhos, os profissionais que atuam na área de saúde realizando intervenções as pessoas com HIV, acompanham demandas gerais, específicas e desenvolvendo estratégias de educação em saúde. Para o desenvolvimento deste trabalho, se faz necessário o conhecimento da temática, ter uma especialização continuada na área de atuação, além de participar de processos de educação permanente em saúde e promoção da mesma. Para atuar no processo de promoção da saúde, Sodré (2014) salienta que, as assistentes sociais se referem à educação em saúde como atividades dialógicas citando exemplos como: reuniões com a comunidade e palestras, como uma forma de transmissão de conhecimentos. Trabalhando as demandas apresentadas referentes a ações educativas no que diz respeito a doença e ao acompanhamento social, para garantir a estes usuários a

viabilização de acesso a políticas públicas de saúde com qualidade e dignidade (SOUZA; MANGINI, 2017).

Para conhecer e entender o trabalho desenvolvido por assistentes sociais junto as pessoas que vivem com HIV foi realizada uma pesquisa com profissionais que, no decorrer do seu trabalho na área da saúde realizou abordagens junto a este público alvo. Diante disso, foi disponibilizada uma enquete em uma plataforma *online* e enviada por *e-mail* para 4 (quatro) assistentes sociais de Brasília e 1 (uma) do estado do Rio de Janeiro. Todas as profissionais atuam no acompanhamento às PVHA. Estes atendimentos eram realizados em unidades básicas e especializadas de saúde. Quando se trata de unidade especializada, o usuário inicia de imediato o acompanhamento ambulatorial junto a equipe multidisciplinar da referida unidade.

Sendo assim, neste capítulo é apresentado o resultado de uma enquete aplicada a assistentes sociais que atuam na área da saúde. Com essa enquete, o objetivo foi de entender o processo de trabalho do assistente social que atua sobre em saúde sobre HIV/Aids, segundo as assistentes sociais que atuam nesta área a ser pesquisada.

Foi elaborada uma enquete ao qual foi disponibilizada para as assistentes sociais da saúde. As questões elaboradas e apresentadas a estas profissionais continham questões objetivas (sim/não), questões de múltipla escolha e questões subjetivas, para que as profissionais pudessem discorrer acerca de alguns itens. Estes itens discursivos, serão apreciados e apresentados no decorrer do capítulo. Para análise desta enquete, foram utilizados referenciais teóricos coletados no decorrer da pesquisa documental e bibliográfico além de reflexões registradas em diário de campo no período de Estágio Supervisionado em Serviço Social.

Esta metodologia de coleta de dados dispensou a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa- CEP, pois se tratou de uma pesquisa de opinião pública com participantes não identificados, como está explicitado na Resolução 510/2016 que no artigo 1º, parágrafo único que explana acerca de pesquisas que não serão registradas e nem avaliadas pelo CEP/CONEP. Tomando portanto, os devidos cuidados éticos para a não identificação dos sujeitos participantes da pesquisa.

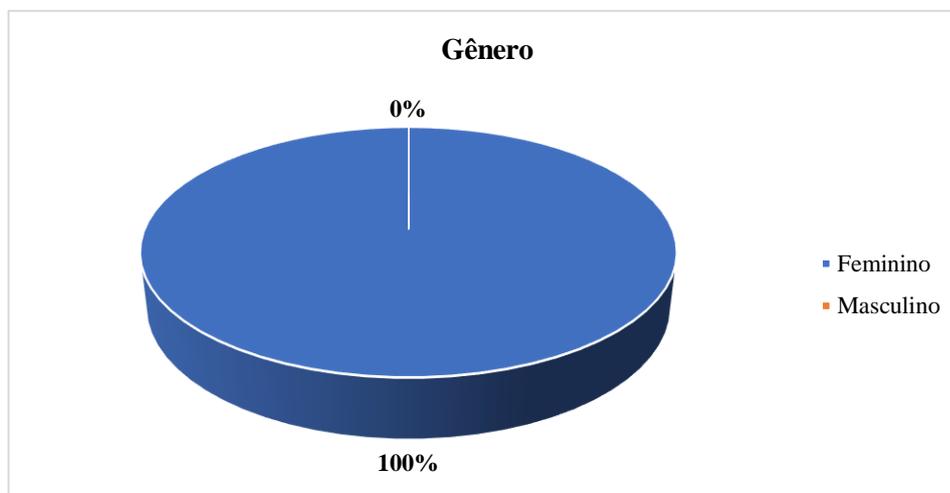
Por meio deste questionário pôde-ser ter entendimento acerca diversas questões, dentre elas: o perfil das profissionais que realizam estes atendimentos; como as demandas são

apresentadas a estes profissionais, o entendimento acerca do processo de educação em saúde e; dificuldades profissionais na realização do acompanhamento aos usuários, tendo em vista as constantes mudanças na sociedade capitalista que, influenciam diretamente no trabalho profissional tanto nos atendimentos em decorrência da precarização do serviço ofertado quanto no risco de evasão em decorrência dos cortes das políticas sociais.

3.2.1. Perfil de Assistentes Sociais que Atuam na Política de Saúde

Esta pesquisa contou com a participação de 5 (cinco) assistentes sociais que têm experiência no atendimento as pessoas com HIV. Durante uma pesquisa acerca de diversas temáticas que envolve opinião pública, se torna primordial o conhecimento do perfil do entrevistado, isso contribui significativamente para o aprimoramento da pesquisa. Esta metodologia de coleta de dados, em que há uma abordagem acerca do perfil do sujeito participante da pesquisa, potencializa o objeto de estudo e contribui significativamente para a análise dos demais dados coletados.

Gráfico 1: Gênero



Fonte: Pesquisa realizada com assistentes sociais que atuam em saúde. Ano: 2018.

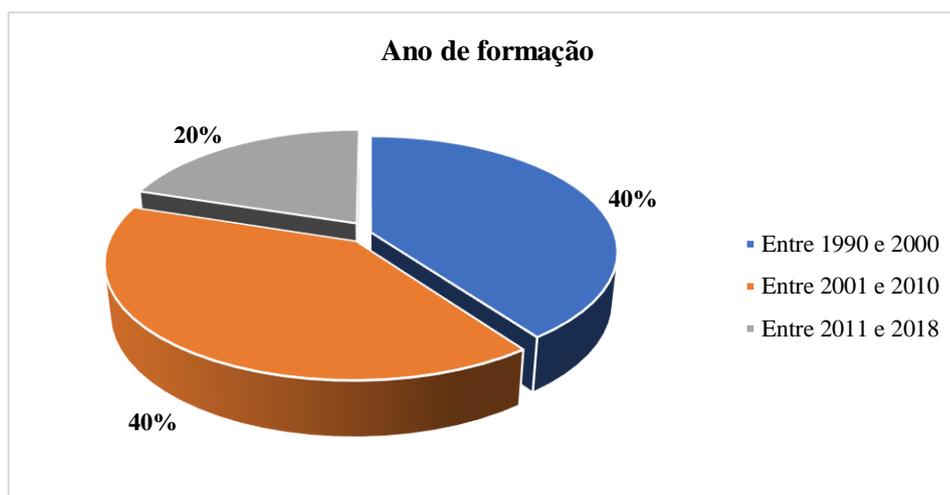
Conforme exposto no gráfico, todas as entrevistadas se identificam pelo gênero feminino. O Serviço Social em sua formação histórica teve o público feminino como majoritário em seus espaços de formação e sociocupacionais da profissão. Com o processo de formação e inserção de mais espaços de trabalho e de lutas, tornou-se evidente a presença do público de diversos gêneros atuando como assistentes sociais em instituições e na academia.

No gráfico consta apenas dois gêneros, como é padronizado em diversos questionários disponibilizados para pesquisa exploratória. No entanto, apesar de este exposto no gráfico

apenas duas escolhas (masculino e feminino), o item para conhecer o gênero das entrevistadas não foi exposto como questão de múltipla escolha, mas como questão aberta, para que as entrevistadas expressassem a sua identidade de gênero.

Após a discussão acerca do gênero das profissionais participantes deste trabalho. Foi apresentada uma questão que buscava identificar a cor autodeclarada por essas participantes.

Gráfico 2: Ano de formação das assistentes sociais



Fonte: Pesquisa realizada com assistentes sociais que atuam em saúde. Ano: 2018.

Conforme o exposto, tem-se que 40% das entrevistadas concluíram sua graduação entre 1990 e 2000; 40% entre 2001 e 2010 e; 20% entre 2011 e 2018. Esta análise reflexiva remete-se ao debate acerca do contexto socio-histórico destes profissionais no momento em que foi dado a finalização da formação acadêmica para dar início a inserção como profissional nos espaços de trabalho.

Entre 1990 a 2000, foi um período em que se teve a Lei de Regulamentação da Profissão, Diretrizes Curriculares a criação do Sistema Único de Saúde e até mesmo a Política de Enfrentamento ao HIV/Aids. No entanto, tratou-se de período de avanço da contrarreforma das políticas sociais, ocasionando em desemprego de diversas categorias profissionais e demandas para a intervenção do assistente social.

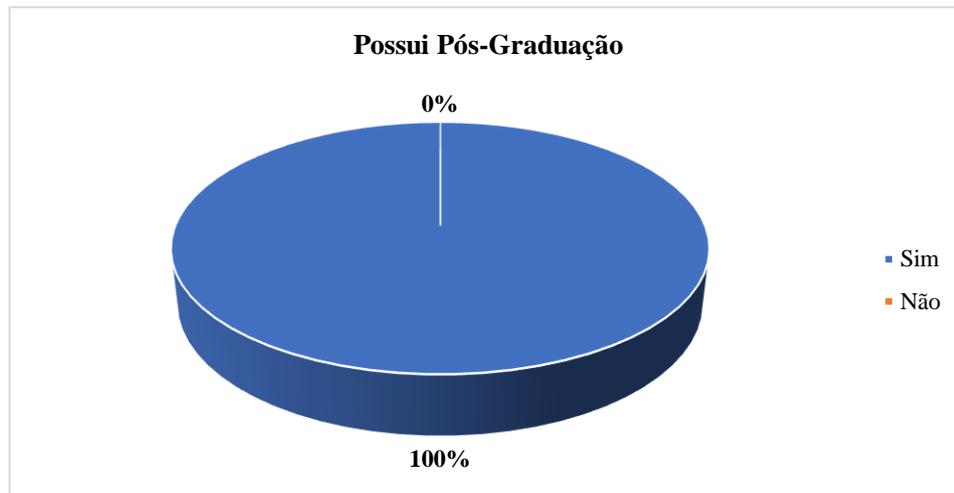
Entre 2001 e 2010, foi um período de avanços no que se refere as políticas de atendimento aos usuários que demandavam acesso a políticas sociais, dentre elas a política de assistência social. Com o surgimento de novos postos de trabalho para o atendimento à população, durante este período, houve demandas de trabalho para a inserção do assistente social em diversos espaços institucionais para a implementação de políticas sociais.

Entre 2011 a 2018, nota-se avanços e retrocessos nas políticas sociais. Os profissionais que concluíram ou estão concluindo seu processo de formação neste período estão se deparando com disparidades no que diz respeito às políticas sociais e econômicas do país. Os assistentes sociais estão se deparando com o constante crescimento das expressões da questão social. Porém, para intervir junto a estes usuários, é necessário que estes profissionais estejam inseridos em espaços sociocupacionais, mas com o avanço das reformas neoliberais, os profissionais podem deixar de ser requisitados para atuarem junto aos usuários ou atuarem apenas com ações pontuais e focalizadas. Formando assim um capital de reserva dos profissionais.

Portanto, entende-se que o projeto privatista que está avançando na sociedade, requisita o assistente social para ao desenvolvimento de seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial focalizadora, atividade assistencialista por meio de ideologia do favor e também predomínio de práticas de caráter individualizantes. Contrapondo-se a esta perspectiva, o projeto de reforma sanitária apresenta para o assistente social demandas que trabalhe com questão acerca da democratização e acesso as unidades de serviços de saúde, trabalho interdisciplinar, ênfase em atividades grupais e estímulo a participação popular (CFESS, 2010).

Diante disto, nota-se que durante o período de formação profissional, os assistentes sociais se deparam com diferentes formas da questão social no capitalismo, onde há períodos de avanços e retrocessos das políticas públicas e avanços das expressões da questão social ao qual demanda a intervenção profissional. Cabendo articulação profissional entre as diversas categorias de trabalho e movimentos sociais para a viabilização de políticas conquistadas, e a articulação entre categorias profissionais contra o retrocesso posto por projetos neoliberais.

Para melhor dimensionar o trabalho intelectual proposto por estes profissionais, tendo em vista a busca por aprendizados continuados após a finalização da graduação, foi questionado a estes profissionais acerca da realização de Pós-Graduação.

Gráfico 3: Formação em Pós-Graduação

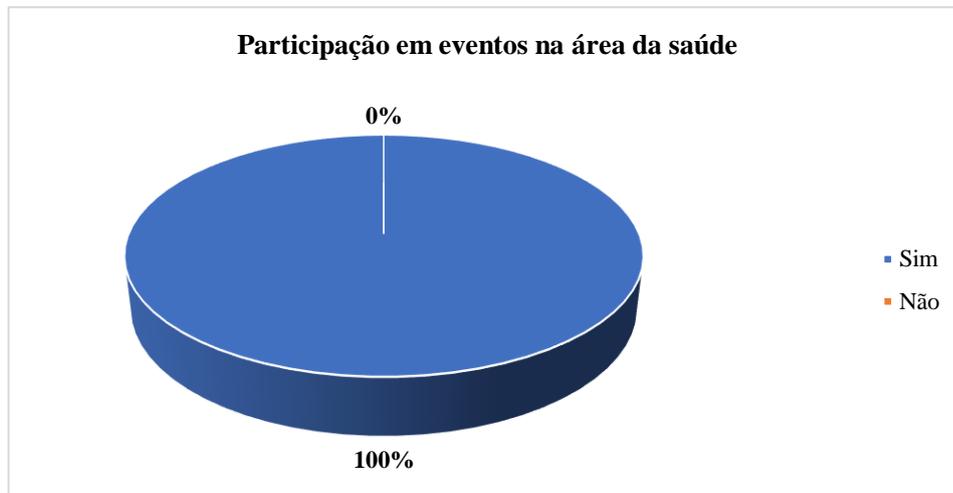
Fonte: Pesquisa realizada com assistentes sociais que atuam em saúde. Ano: 2018.

Todas as profissionais entrevistadas possuem Pós-Graduação na área da saúde. Este dado é viável no intuito de considerar que as profissionais em Serviço Social estão buscando aprimoramento teórico em diversas áreas. Especialização, mestrado e doutorado, proporciona o profissional à ampliação de conhecimento no âmbito do Serviço Social ou a descoberta em demais áreas do conhecimento.

Este conhecimento pode ser notado mediante o interesse em permanecer na academia descobrindo novas formas de aprendizado, e também para os profissionais que já estão inseridos em determinada área de atuação e desejam contribuir com este espaço, no qual este material poderá servir como base para a implantação de projetos que visam a melhoria do serviços e também o atendimento voltado para o público ao qual o serviço é direcionado.

Este processo de capacitação permanente demonstrado por estas profissionais possibilita o rompimento com práticas rotineiras e burocráticas (CFESS, 2010). Pensando nisso, foi perguntado as entrevistadas acerca das participações das mesmas em eventos referentes a área da saúde, tendo em vista que estes são espaços importantes para o debate acerca da atuação profissional.

Gráfico 4: Participação dos profissionais em eventos na saúde



Fonte: Pesquisa realizada com assistentes sociais que atuam em saúde. Ano: 2018.

Todas as entrevistadas declararam participar de eventos na área da saúde. Estes eventos podem ser seminários, palestras, oficinas, rodas de conversas, dentre outros. Constatar que o profissional, mesmo diante de diversas demandas para atendimento dispõe de tempo para participar de eventos, demonstra o interesse em debater acerca da atuação profissional na saúde, bem como, os embates profissionais em seus espaços de atuação.

Nestes espaços são possíveis notar a troca de conhecimentos em diversas áreas, seja em uma roda de conversa, seja na apresentação de uma pesquisa elaborada por um profissional. Essas experiências trazem para as profissionais inquietações em desenvolver trabalhos para serem apresentados, como por exemplo: expor o trabalho que o próprio profissional realiza em seu espaço de trabalho usando como eixo temático de “troca de experiência”.

O espaço de promoção destes eventos propicia diversos debates acerca de temas escolhidos previamente. Podendo assim, desenvolver articulações e mobilizações para a atuação profissional na política de saúde e demais políticas abordadas; fazendo com que, o trabalho profissional não seja restrito ao ambiente institucional, tornando-o executor de políticas, e que possibilite o profissional participar ativamente de mobilização para a construção destas políticas.

3.2.2. Trabalho Desenvolvido com as Pessoas que Vivem com HIV

O trabalho desenvolvido pelos profissionais junto as pessoas que vivem com HIV, dar-se a partir do arcabouço teórico da profissão, a política de enfrentamento ao HIV/Aids, às legislações específicas e gerais para o acesso a políticas no âmbito da Seguridade Social. Isso possibilita ao profissional propor ações juntamente com esses usuários proporcionando ao mesmo a participação em um processo emancipatório e de acesso a direitos.

Para entender o processo de trabalho dos profissionais junto aos usuários e, como é dado o acompanhamento junto as pessoas que vivem com HIV, faz se necessário conhecer o entendimento destas profissionais acerca do processo de educação em saúde. As profissionais, ao qual foi aplicado esta enquete, foram perguntadas acerca deste entendimento.

A partir das interpretações das participantes, notou-se que todas tem concepção da prática pedagógica do processo de educar em saúde que foi concebida nos debates do movimento de reforma sanitária. Na atuação desenvolvida junto as pessoas que vivem com HIV, as profissionais partem do trabalho a partir de ações que visem a socialização de informações, construção do debate acerca das condições determinantes para o adoecimento e o trabalho junto ao sujeito para o empoderamento, visando a participação destes usuários no seu tratamento de saúde.

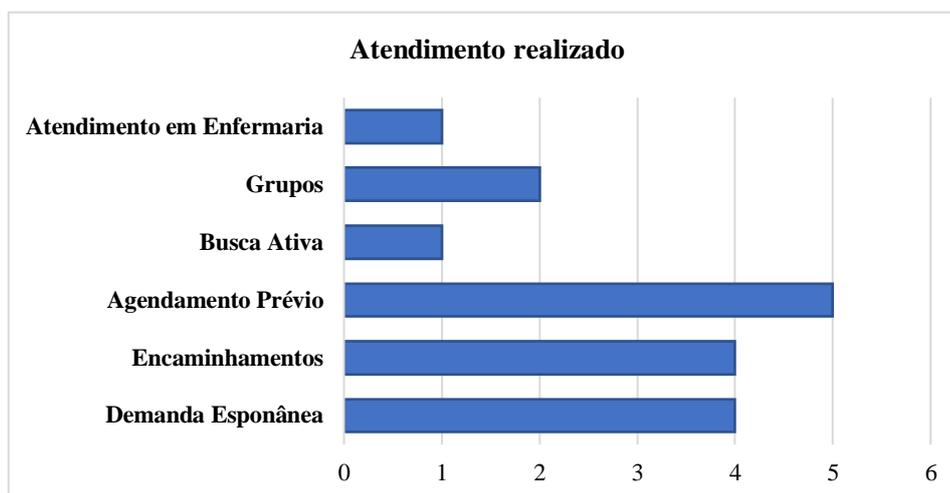
O debate acerca da compreensão de educação em saúde, faz o profissional refletir acerca do trabalho desenvolvido junto aos usuários, traz concepções de saúde como um trabalho construído entre usuário e profissional, isso descarta a concepção de um processo de subalternização no trabalho desenvolvido pelos profissionais. Destacando assim, a educação em saúde como um elemento produtor do saber coletivo em que traz para o indivíduo a sua autonomia e emancipação (MACHADO et al., 2007).

Durante este trabalho, a socialização de informações é uma das práticas educativas de extrema relevância no processo de educação em saúde. Na concepção da profissional, esta socialização contribui para a adesão a saúde, empoderando o usuário, e proporciona a sua participação no tratamento de saúde. Santos e Senna (2017), traz o debate que as assistentes sociais devem, em suas atuações priorizar ações coletivas para a democratização das informações. Isto se dá por meio de um conhecimento continuado para a articulação na democratização de informações.

O processo de educação em saúde é realizado a partir do momento que os usuários dão início ao acompanhamento na unidade de saúde. Diante disso, foi perguntado a estas

profissionais acerca dos atendimentos realizados, portanto, a partir de quais formas são realizados os atendimentos com os usuários.

Gráfico 5: Atendimento realizado em unidades de saúde



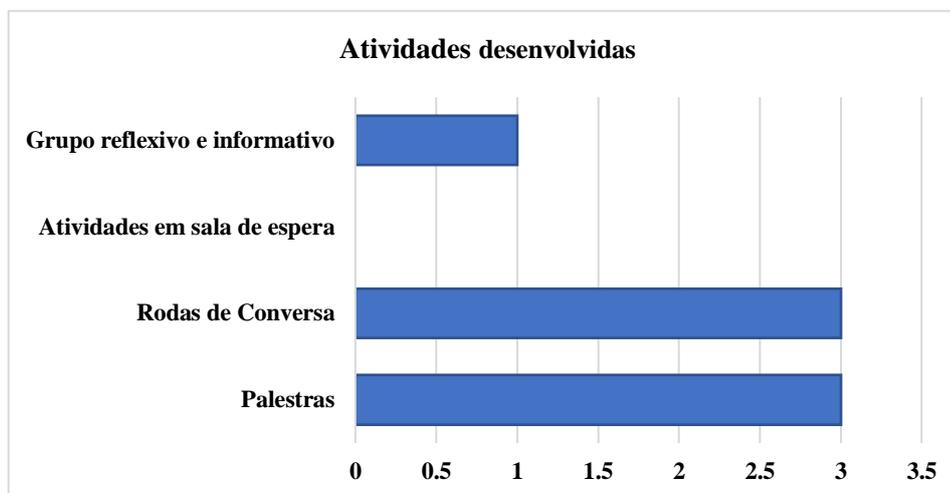
Fonte: Pesquisa realizada com assistentes sociais que atuam em saúde. Ano: 2018.

O atendimento realizado nas unidades de saúde, seja em uma unidade básica ou especializada, podem se dar diante diversas formas. Neste tópico da pesquisa, foram apresentados alguns itens de múltipla escolha sobre a realização dos atendimentos e outras formas acrescentadas pelas entrevistadas.

Nota-se que a alternativa que mais abrange a forma de atendimento com os usuários se dá por meio do agendamento prévio. Esta forma de atendimento acontece devido a necessidade de organização do atendimento junto aos usuários.

Quando há a possibilidade de atendimento, são realizados atendimento por demanda espontânea ou por encaminhamento. Estas duas atividades são mais recorrentes em dia de atendimento clínico, quando os usuários são atendidos pelos médicos e são apresentadas demandas que requer a intervenção do assistente social. Podendo assim, ser realizado por atendimento pontual e agendado o acolhimento para dar início ao acompanhamento social, ou dependendo do fluxo de atendimento, o processo educativo é iniciado no momento em que o usuário busca o atendimento, sendo debatidas propostas para o mesmo.

Gráfico 6: Atividades desenvolvidas com os usuários



Fonte: Pesquisa realizada com assistentes sociais que atuam em saúde. Ano: 2018.

O processo de educação em saúde não é restrito apenas ao atendimento em ambulatorios. São organizados por estes profissionais trabalhos para serem discutidos junto aos usuários. A participação e a concepção de trabalho coletivo, proporcionam a estes usuários maior autonomia devido ao processo de inclusão proporcionado por estas atividades institucionais.

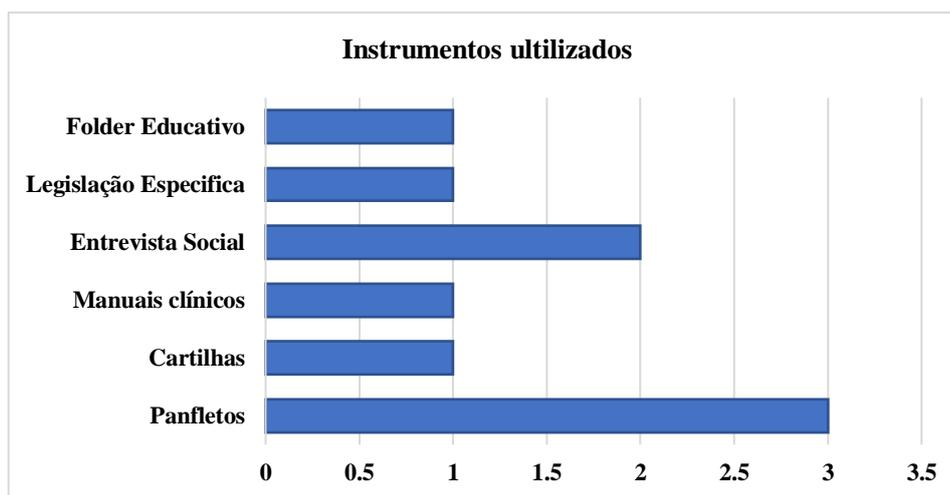
Neste gráfico aponta-se que as atividades mais desenvolvidas pelos profissionais são as palestras e as rodas de conversas. As palestras são bastante construtivas para a reflexão dos usuários, pois as atividades expositivas contam com a presença de convidados especialistas nas atividades desenvolvidas. Os temas destas palestras são previamente sugeridos pelos usuários, ou surgem a partir das demandas apresentadas cotidianamente no espaço institucional. Nas rodas de conversa, as atividades também são previamente decididas conjuntamente pelos usuários e profissionais, sua realização é dada de forma mais dinâmica, proporcionando maiores debates reflexivos acerca da temática escolhida para ser abordada.

Há também atividades que não são desenvolvidas com frequência; verifica-se no gráfico que nenhuma das participantes realiza atividades em sala de espera. Isto não significa que esta atividade seja de menor importância, mas, que são priorizadas ações educativas a partir do espaço institucional disponível na instituição.

Para Souza et al (2018, p. 68) “as atividades e instrumentos utilizados na abordagem tem como objetivo conhecer as condições de vida, de trabalho e familiar de cada usuário, demanda identificar os determinantes sociais que interferem no processo saúde/doença do

tratamento”. Por isso, a utilização de instrumentos na intervenção do assistente social é pertinente para a identificação das demandas, e a realização de ações individuais e coletivas. Diante disso, foi apresentada as profissionais os instrumentos que fazem parte do processo interventivo.

Gráfico 7: Instrumentos utilizado nos atendimentos



Fonte: Pesquisa realizada com assistentes sociais que atuam em saúde. Ano: 2018.

No decorrer dos atendimentos juntos aos usuários, são usados instrumentos técnicos, que possibilitam a identificação das demandas por parte do assistente social e também possibilita maior compreensão do usuário acerca do diagnóstico, e demais informações relevantes para adesão ao tratamentos e acesso a direitos sociais.

Nota-se que os panfletos são os instrumentos informativos mais usados pelos profissionais. Podendo ter sido disponibilizados pela unidade de saúde, pelo Ministério da Saúde ou ter sido elaborado pelo assistente social, ou o estagiário no processo de estágio Supervisionado em Serviço Social.

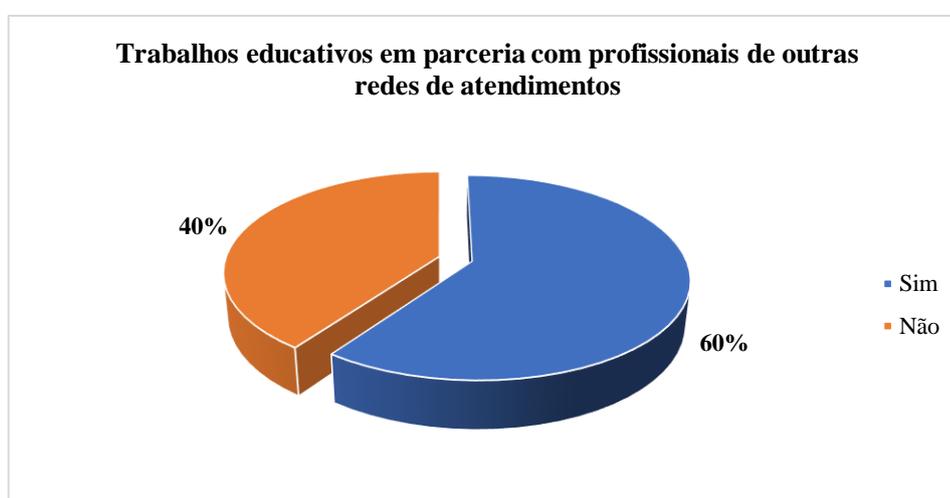
A entrevista social, segunda atividade mais realizada pelos profissionais, é dada por meio de um questionário social semiestruturado que pode ser preenchido no momento do acolhimento³⁴ e aprimorada nos demais atendimentos, ao qual fortalece o trabalho a ser desenvolvido com este usuário; e também a identificação de demandas apresentadas pelos usuários em que serão trabalhadas juntamente com o usuário, a equipe multidisciplinar e a rede de atendimento destes profissionais.

³⁴“acolhimento é parte integrante do processo interventivo dos assistentes sociais. Ele congrega três elementos que agem em concomitância: a escuta, a troca de informações e o conhecimento da situação em que se encontra o usuário” (CHUPEL; MIOTO, 2010 p. 37).

Com a finalização desta entrevista e os encaminhamentos realizados, não significa que foi possível trabalhar todas as demandas apresentadas. Assim, o profissional irá utilizar recursos como acompanhamento, visita domiciliar, visita institucional, encaminhamentos, dentre outros recursos disponíveis para dar continuidade às ações interventivas (FAERMANN, 2014). No decorrer dos atendimentos subsequentes, serão apresentados outros instrumentos de trabalho e demais propostas educativas disponibilizadas na instituição.

Contudo, os profissionais também podem realizar trabalhos educativos em parceria com outras redes de atendimento aos usuários, mediante a disponibilidade destes profissionais e debates sobre os quais assuntos seriam mais relevantes para serem abordados.

Gráfico 8: Trabalhos realizado em parceria com a rede de atendimento local



Fonte: Pesquisa realizada com assistentes sociais que atuam em saúde. Ano: 2018.

O profissional trabalha em articulação com os movimentos sociais e redes de atendimento local em que este usuário está inserido. Neste item, foi perguntado se os profissionais realizam atividades educativas junto a redes locais que realizam atendimentos assistenciais, previdenciários ou outras unidades de saúde especializada em HIV. Diante disto, 60% das entrevistadas informaram que há esta articulação em rede para dinamizar o trabalho junto aos usuários; 40% informaram que não há trabalhos educativos realizados em parcerias com as redes de atendimento, mostrando que o contato com essas redes se dá por meio de encaminhamentos para atendimentos e relatórios.

É ressaltado por Lopes e Castro (2017), que esta articulação entre as redes de serviços é um processo importante no trabalho do assistente social, pois ao estar informado sobre os trabalhos realizados nas instituições e serviços locais, acarretará em um trabalho mais efetivo

em abordagens de questões referentes ao HIV/Aids. Portanto essas articulações proporcionam um fortalecimento para que seja ultrapassadas questões de dimensão imediata para o fortalecimento contínuo, visando a ampliação e a efetivação do conceito de saúde.

As ações trabalhadas com os usuários, seja referente ao diagnóstico, ou referente a demandas socioassistenciais, é necessário que haja retorno ao serviço, para verificar se o trabalho realizado e os encaminhamentos foram efetivados.

Gráfico 9: Retorno dos usuários acerca dos trabalhos educativos realizados pelas assistentes sociais



Fonte: Pesquisa realizada com assistentes sociais que atuam em saúde. Ano: 2018.

Realizar trabalhos educativos com os usuários não se limita ao repasse das informações ou orientações, é um aprendizado mútuo. Ao se tratar de trabalho que envolvam ações reflexivas e até mesmo encaminhamentos para a rede de atendimento, faz se necessário o retorno deste trabalho, o popular *feedback*. Este retorno se faz importante para a análise do trabalho desenvolvido com os usuários, quais direitos sociais foram viabilizados e quais ações podem ser realizadas junto aos usuários.

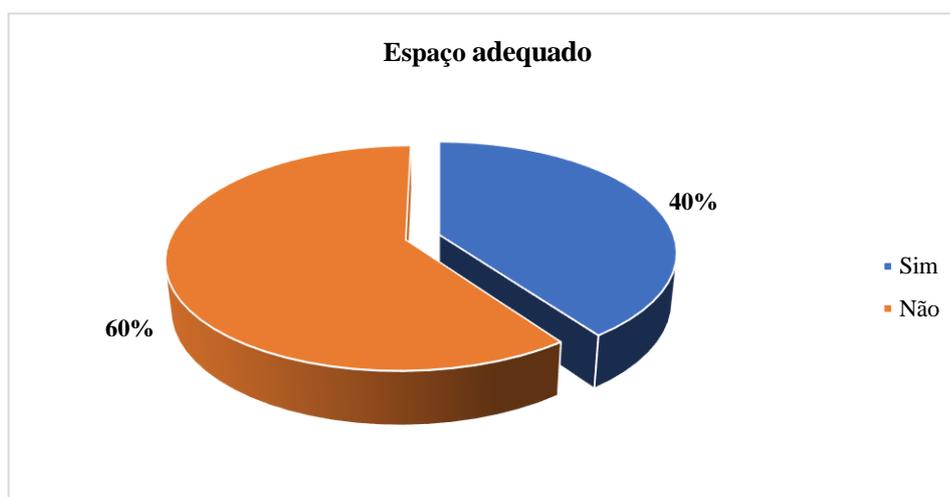
Nota-se no gráfico que 100% das entrevistadas tem retorno do trabalho realizado com os usuários. A recepção e dinamicidade junto aos usuários possibilita o desenvolvimento de diversas ações junto a instituição e a rede de atendimento, podendo ser trabalhada as demandas sociais, intrafamiliar e clínicas.

Este retorno é dado devido a relação entre o profissional e o usuário, pois a mesma deve ser caracterizada por uma postura de acolhimento, para que seja realizado o atendimento

das demandas apresentadas pelo usuário e contribuído para a participação deste na instituição (NUNES, 2013).

Tanto o processo de intervenção quanto realização de atividades, é necessário dispor de uma estrutura física disponibilizada para a realização do trabalho profissional. Portanto, foram questionadas a estas profissionais sobre o espaço em que são realizadas as intervenções.

Gráfico 10: Espaço institucional em que são realizadas as atividades



Fonte: Pesquisa realizada com assistentes sociais que atuam em saúde. Ano: 2018

No que se refere as atividades realizadas pelos assistentes sociais, seja ele no atendimento individualizado, ou nas atividades coletivas, é preciso dispor de espaços adequados. A partir das respostas das entrevistadas, 60% consideram que o espaço físico para a realização das atividades não são adequados e; 40% consideram que há um espaço adequado na instituição para ser desenvolvidos trabalhos com os profissionais.

A exposição de uma das entrevistadas remete-se acerca dos embates do trabalho profissional dentro das unidades de saúde. Devido a poucos espaços disponíveis na instituição, os mesmos devem ser compartilhados com demais especialidades. A necessidade de reserva de salas e auditórios acarreta em poucos trabalhos realizados com os usuários, isso pode influenciar na continuidade do vínculo com os usuários.

A resolução do CFESS³⁵, que dispõe acerca da ética e técnicas do Serviço Social, o local de realização de atendimento dos assistentes sociais deve-se ter espaço para abordagem individual e coletiva para a realização dos serviços prestados, garantindo as características físicas como: iluminação adequada, recursos que garanta a privacidade durante a intervenção profissional, dentre outros. Estes aspectos institucionais possibilitam ao usuário melhor atendimento, e ao profissional condições viáveis de trabalho.

Portanto, há diversas dificuldades no que se refere ao espaço físico e a gestão institucional. Falta recursos humanos para o trabalho administrativo nas unidades de saúde, em decorrência da precarização da força de trabalho no serviço público. Ressalta-se também a não articulação das equipes no acompanhamento destes pacientes. A predominância da concepção de atendimento biomédico em unidades de saúde dificulta o trabalho articulado entre as equipes. Essa perspectiva dificulta o trabalho articulado entre as equipes de saúde nas atividades desenvolvidas dentro das unidades, como por exemplo: as reuniões para a discussão de caso que visam traçar abordagens de trabalho com o usuário que se encontra em vulnerabilidade social, e que pode comprometer o acompanhamento e adesão ao tratamento.

Outro ponto abordado pelas participantes, diz respeito a dificuldade referente a adesão e compreensão acerca do diagnóstico. O HIV é debatido em diversos espaços e tem ganhado mais visibilidade em espaços públicos, assim como, em diversos meios de comunicação. No entanto, o enfrentamento do preconceito presente na sociedade e do próprio usuário em decorrência da não aceitação do diagnóstico, dificulta a sua adesão; sendo assim, uma questão de debate e intervenção junto ao Serviço Social.

Diante disto, as participantes refletem que uma das dificuldades está nas questões referentes ao preconceito das pessoas interferindo em relações sociais, as dificuldades para aceitar e lidar com o diagnóstico; bem como a falta de adesão ao tratamento, e também o desconhecimento acerca do diagnóstico e direitos sociais. Diante destas questões apresentadas, as assistentes sociais e demais profissionais devem propor estratégias de trabalho dentro de suas especificidades, e ações conjuntas que possibilite a adesão e compreensão destes usuários acerca do seu tratamento e demais direitos sociais.

Apesar dos avanços clínicos e sociais acerca do HIV, há usuários que tem dificuldades em aderir o tratamento, seja em decorrência do conhecimento da doença, seja devido ao sigilo

³⁵ Resolução nº 493 de 21 de agosto de 2006 dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do Serviço Social. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf.

a respeito do diagnóstico, além do receio de passar por situações vexatórias em decorrência de seu quadro clínico.

O trabalho das assistentes sociais em seu cotidiano é articulado de acordo com o que está presente em uma sociedade capitalista. As questões em suas diversas expressões são constantemente apresentadas e necessita da intervenção da profissional. Trabalhar junto a estes usuários demanda concepções teóricas e críticas da profissão, e também trabalho com as legislações vigentes, dentre elas as políticas sociais.

Com o Novo Regime Fiscal vigente desde 2016, que limita os recursos para diversas áreas, dentre elas a política de saúde, isso pode interferir diretamente em diversos programas como aqueles voltados para o enfrentamento ao HIV/Aids. Diante disto, foi disponibilizada uma questão que aborda esses cortes nas políticas sociais em decorrência da EC 95/2016, que podem refletir nos usuários do SUS, e também para as pessoas que realizam acompanhamento do HIV.

As participantes expressaram preocupação e descontentamento com as medidas vigoradas pelo atual governo. Na reflexão de todas estas participantes, estas medidas irão impactar na política de saúde em curto, médio e longo prazo. Pois a principal prejudicada será a população que necessitam de investimentos em saúde pública, e não de contenção de gastos para aumentar suas vulnerabilidades. Tendo em vista que não afetará apenas as pessoas que vivem com HIV que necessitam de acompanhamento constante, mas toda a população usuária do SUS; este fato tornará cada vez mais distante a concretização de saúde como direito fundamental.

A redução orçamentária destinada para a viabilização de políticas reflete significativamente no investimento direcionado para a saúde pública. Segundo Lopes e Castro (2017 p. 189-190), “o desmonte esperado pelo processo de contrarreforma do Estado nas políticas sociais reduziu investimentos na saúde pública no que tange os recursos humanos, materiais, financeiros”. Essas ações acabam impactando no trabalho dos profissionais, pois com um número limitado, os poucos profissionais disponíveis acabam desenvolvendo diversas atividades, como por exemplo, destinadas as pessoas que prestam apoio administrativo. Além da falta de recursos disponíveis para a elaboração de materiais ilustrativos para serem disponibilizados aos usuários, ou trabalhados nos processos educativos realizados pelos profissionais.

3.2.2. Reflexão Acerca da Pesquisa Realizada.

As questões respondidas pelas profissionais expõem debates acerca do trabalho profissional dos assistentes sociais no enfrentamento ao HIV/Aids. Portanto, os profissionais devem estar em constante aprimoramento teórico para atuar frente aos usuários, atualizando-se em questões referentes a avanços em pesquisas, expressões sociais referentes ao HIV e também de legislações específicas.

Entende-se que o processo de educação em saúde realizada pelas profissionais não se limita a repasse de informações sobre situação clínica, pois limitar o trabalho profissional apenas como um repasse de informações, remete o atendimento a uma concepção conservadora de trabalho socioeducativo de mero transmissor de conhecimento. As profissionais demonstraram por meio de diferentes expressões, realizar processos educativos em saúde de forma democrática, mediante a concepção da reforma sanitária e do SUS.

Esta concepção se materializa também no processo de articulação entre profissionais e redes de atendimento local. Pois realizar um encaminhamento e não ter o retorno sobre a sua viabilização é, portanto, uma simples transferência de responsabilidade; sendo assim, o trabalho realizado com este usuário tornou-se um atendimento pontual e sem retorno. Já as ações em articulação com redes de atendimento como Centro de Referência e Assistência Social - CRAS, Centro de Referência Especializada em Assistência Social - CREAS, Casa da Mulher Brasileira, Conselho Tutelar, Defensoria Pública, ONGs, Movimentos Sociais sobre gênero, entre outros, possibilita um trabalho ampliado e integrado, tendo como base as legislações vigentes e Código de Ética do Assistente Social.

As profissionais são contempladas com a participação tanto dos movimentos sociais que debatem a temática de HIV, como as instituições não governamentais, pois contribuem significativamente para o avanço em pesquisas, elaboração de legislação voltadas para as pessoas que vivem com HIV, e tendo como objetivo de assegurar direitos, desenvolver atividades voltadas para a saúde e a socialização de informações com assuntos inerentes ao HIV (BASILIO,2016).

No entanto, os profissionais deparam-se com situações estruturais que interferem diretamente na atuação profissional. O trabalho não se realiza apenas por atividades técnicas, é necessário um espaço adequado para a realização do trabalho interventivo e também a realização de atividades junto à equipe multiprofissional. Estes trabalhos contribuem para

acompanhamento destes usuários que vivem com HIV/Aids. Pois qualquer intercorrência pode interferir no acompanhamento clínico, comprometendo todo o tratamento realizado até então.

A necessidade de recursos para as abordagens profissionais reflete no desenvolvimento de educação em saúde. O déficit de profissionais, materiais de escritório, audiovisuais e de telecomunicação, é um empecilho institucional para a realização de ações continuadas. Acarretando assim, em buscas para a reserva de materiais, salas disponíveis e em alguns casos dispor de recursos próprios para a realização de atividades. Este déficit encontra-se cada vez mais visíveis em decorrência das mudanças estruturais que ocorrem na sociedade, com o passar dos anos.

Nota-se ainda, que o assistente social tem uma concepção democrática no que se refere ao entendimento do processo de educação em saúde. Constata-se também que este processo é dado não só pelo profissional e o usuário, mas por uma concepção integrada de saberes entre profissionais, usuários, familiares e rede de atendimento. As dimensões teórico-metodológica, ético-político e técnico-operativo possibilitam o profissional ter uma concepção crítica acerca do trabalho realizado, articular-se com outras instituições, elaborarem materiais interativos a respeito do HIV/Aids e demais materiais sobre legislação específica e temas gerais do âmbito da Seguridade Social.

Portanto, o processo de trabalho desenvolvido para as pessoas que vivem com HIV/Aids, proporciona ao profissional de Serviço Social um trabalho crítico, fundamentado pelo Código de Ética Profissional, trazendo a concepção democrática do trabalho em saúde. No entanto, os embates institucionais e a redução de recursos voltados para as políticas sociais interferem no trabalho do assistente social, e em atividades coletivas junto às pessoas que vivem com HIV, fazendo com que o profissional trabalhe apenas com as possibilidades de projetos disponíveis no âmbito institucional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Realizar uma pesquisa aprofundada acerca do trabalho do Serviço Social voltada para uma especificidade que, há mais de três décadas é conhecida na sociedade brasileira, possibilitou a compreensão do trabalho realizado pelo assistente social na política de saúde por meio de uma abordagem voltada para o HIV. É notório que as expressões da questão social apresentada pelas pessoas que vivem com o vírus são objeto de intervenção de trabalho do assistente social, mediante o arcabouço teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo profissional possibilitado pela formação na profissão e o estudo contínuo dos profissionais acerca da temática, para assim proporcionar a este usuário, acompanhamento norteado pelas diretrizes do SUS, Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Política de Saúde e o Código de Ética Profissional do Assistente Social.

O debate proporcionado sobre do trabalho profissional acerca do HIV indaga uma reflexão dos profissionais das instituições acerca das abordagens realizadas com os usuários, possibilitando maior articulação entre equipes de saúde e rede de atendimento local. Ao meio acadêmico, o presente estudo proporciona contribuições teóricas acerca do trabalho profissional sobre HIV, para o debate entre o meio acadêmico, instigações para o desenvolvimento de novas pesquisas e reflexões dos profissionais no que tange aos trabalhos dos assistentes sociais inseridos nos espaços sociocupacionais.

Partindo-se do objetivo de entender o processo de trabalho do assistente social que atua em educação em saúde sobre HIV/Aids, segundo as profissionais que atuam na área da saúde, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, que possibilitou analisar o trabalho em educação em saúde realizado pelo Estado em diferentes períodos históricos, bem como, a atuação de assistentes sociais inseridos na política de saúde para atuação em conjunto aos usuários desta política.

Foi verificado o papel fundamental dos movimentos sociais para a criação de políticas voltadas para as pessoas que vivem com HIV/Aids, por meio de mobilizações e atos públicos para o debate acerca do diagnóstico. Esses atos de criação de políticas influenciam de forma significativa o trabalho do assistente social que, em articulação com esses movimentos, podem trabalhar conjuntamente em ações relacionadas às legislações específicas e reforçando a prática do Serviço Social junto às pessoas com HIV.

A partir da bibliografia analisada e a coleta de dados realizada posteriormente, pôde-se identificar também as possibilidades da atuação profissional sobre educação em saúde. Analisou também, que as assistentes sociais apresentam formação continuada para a realização do trabalho, participam de eventos e trabalhos para ampliação e conhecimentos acerca da saúde e há disponibilidade para a elaboração e aquisição de material ilustrativos e organização de eventos voltados para o HIV, para ser trabalhado e/ou disponibilizado para os usuários. No entanto, os embates institucionais, poucos recursos humanos e materiais, espaços disponíveis e as ações de caráter neoliberais que materializam projetos de contrarreforma, que atingem diretamente as políticas sociais acabam interferindo nas ações propostas pelos profissionais. Considera-se, portanto, que para entender o processo de trabalho do assistente social junto às pessoas que vivem com HIV/Aids é preciso refletir acerca das questões conjunturais postas na sociedade.

Todas as considerações propostas no referido trabalho trazem reflexões para importância de ampliação do debate acerca do HIV no âmbito do Serviço Social. Diante disso, é possível analisar o trabalho voltado para os usuários com HIV, a partir de diversos aspectos como: o retrocesso das políticas públicas pode interferir diretamente no trabalho voltado as pessoas que vivem com o vírus. Faz se então necessário conhecer quais políticas criadas para as PVHA são de fato implementadas; como se dá o processo de trabalho do assistente social a partir da perspectiva dos usuários da política de saúde; trabalhar as relações sociais das pessoas que vivem com HIV, possibilitando assim, maior conhecimento teórico profissional e acadêmico acerca dessa temática.

A partir das reflexões apresentadas neste estudo, analisa-se a possibilidade de desenvolvimento de estudos futuros aprofundando a temática de Educação em Saúde sobre HIV/Aids, partindo-se possivelmente do trabalho multidisciplinar em atividades desenvolvidas com grupos, materializando trocas de experiências e saberes entre os profissionais de saúde e os usuários da política em saúde e; a partir do corte de gastos na Política de Saúde é interessante realizar uma análise acerca dos impactos significativos que estão sendo materializados na política de saúde e HIV/Aids, em decorrência do avanço do projeto neoliberal; para discorrer sobre as consequências decorrência desse processo de ajuste fiscal.

REFERENCIAS

ALCKMIN, Geraldo. **Um futuro de prosperidade está aberto a todos**. 2018. Disponível em: <<https://static.poder360.com.br/2018/08/programa-de-governo-geraldo-alckmin-2018.pdf>>. Acesso em: 17 de set de 2018.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. **Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais**. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 11-24, Aug. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832002000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jul de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832002000200002>.

AZEVEDO, Viviane. A prática profissional do Serviço Social no tratamento para HIV/AIDS no Brasil, p. 41-56. **Intervenção Social, Lisboa**, n.º 46 (2.º semestre de 2015). Disponível em: <<http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/2356/2495>>. Acesso em: 15 de nov de 2017.

BASILIO, I. L; SILVA, A. S. O Serviço social na atenção as pessoas que vivem com HIV/AIDS: uma experiência do processo de trabalho do assistente social em um hospital universitário. In. **II Congresso de Assistentes Estado do Rio de Janeiro**. 2016. Disponível em: <<http://www.cressrj.org.br/site/wp-content/uploads/2016/05/038.pdf>>. Acesso em: 10 de ago de 2018.

BEHRING, Elaine Rossetti. Contra-reforma do Estado, seguridade social e o lugar da filantropia. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 73, p. 101-116, Ed. Cortez, São Paulo, julho, 2003.

BEM, Arim Soares do. A centralidade dos movimentos sociais na articulação entre o Estado e a sociedade brasileira nos séculos XIX e XX. **Educ. Soc. [online]**. 2006, vol.27, n.97, pp.1137-1157. ISSN 0101-7330. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v27n97/a04v2797.pdf>>. Acesso em 18 de mai de 2018.

BOLSONARO, Jair. **O caminho da prosperidade**. 2018. Disponível em:<http://flaviobolsonaro.com/PLANO_DE_GOVERNO_JAIR_BOLSONARO_2018.pdf>. acesso em: 17 de set de 2018.

BOULOS, Guilherme. **Vamos sem medo de mudar o Brasil**. 2018. Disponível em: <<https://ep00.epimg.net/descargables/2018/08/14/f94e371343a084564f3e05e07692f360.pdf>>. Acesso em: 17 de set de 2018.

BRASIL, **Política Nacional de DST/aids: princípios e diretrizes/Coordenação Nacional de DST e Aids**. 1. ed. _ Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p. 90. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf>. Acesso em: 10 de jul de 2018.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União. Brasília, n. 98, p. 44-6, 24 maio 2016, Seção 1.

BRASIL. **EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 95, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 14 de set de 2018.

BRASIL. **Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base** - documento I/Fundação Nacional de Saúde - Brasília: Funasa, 2007. 70 p. : il.

BRASIL. **INSTRUÇÃO NORMATIVA INSS/PRES Nº 45, DE 06 DE AGOSTO DE 2010** . Disponível em: <http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/38/inss-pres/2010/45_1.htm>. Acesso em: 19 de jul de 2018.

BRASIL. **LEI DE REGULAMENTAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL**. Lei nº 8662/1993. Brasília: 1993.

BRASIL. **LEI Nº 11.052, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2004**. Altera o inciso XIV da Lei no 7.713, de 22 de dezembro de 1988, com a redação dada pela Lei no 8.541, de 23 de dezembro de 1992, para incluir entre os rendimentos isentos do imposto de renda os proventos percebidos pelos portadores de hepatopatia grave. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Lei/L11052.htm>. Acesso em: 19 de jul de 2018.

BRASIL. **LEI Nº 12.984 DE 02 DE JUNHO DE 2014**. Define como crime de discriminação dos portadores do vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e doentes de aids. Disponível

em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l12984.htm>. Acesso em: 18 de jul de 2018.

BRASIL. LEI Nº 12.990, DE 9 DE JUNHO DE 2014. Reserva aos negros 20% (vinte por cento) das vagas oferecidas nos concursos públicos para provimento de cargos efetivos e empregos públicos no âmbito da administração pública federal, das autarquias, das fundações públicas, das empresas públicas e das sociedades de economia mista controladas pela União. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12990.htm>. Acesso em: 19 de jul de 2018.

BRASIL. LEI Nº 5.692, DE 11 DE AGOSTO DE 1971. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5692-11-agosto-1971-357752-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em: 19 de jul de 2018.

BRASIL. LEI Nº 7.855, DE 24 DE OUTUBRO DE 1989. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho, atualiza os valores das multas trabalhistas, amplia sua aplicação, institui o Programa de Desenvolvimento do Sistema Federal de Inspeção do Trabalho. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7855.htm>. Acesso em: 21 de jul de 2018.

BRASIL. LEI Nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm>. Acesso em: 21 de jul de 2018.

BRASIL. LEI Nº 8080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Presidência da República Casa Civil. Brasília: 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm> acesso em: 07 de mai de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.482 DE 04 DE AGOSTO DE 2016. Institui grupo de trabalho para discutir plano de saúde acessível. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt1482_04_08_2016.html>. acesso em: 18 de set de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 128p.:il. – (Serie B de Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Diretrizes para organização e funcionamento dos CTA no Brasil**. Brasília. Ministério da Saúde, 2010. 74p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 64p.

BRASIL. **PORTARIA INTERMINISTERIAL MPAS/MS Nº 2.998**, DE 23 DE AGOSTO DE 2001. Disponível em: <<http://sislex.previdencia.gov.br/paginas/65/MPAS-MS/2001/2998.htm>>. Acesso em: 21 de jul de 2018.

BRASIL.**LEI Nº 8.036, DE 11 DE MAIO DE 1990**. Dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8036consol.htm. Acesso em: 21 de jul de 2018.

BRASIL.**LEI Nº 9313, DE 13 DE NOVEMBRO DE 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de aids. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9313.htm. Acesso em: 21 de jul de 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de saúde no Brasil. **Serviço Social & Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. In: MOTA, A. [et al.,] (orgs) -4. Ed.-São Paulo; Cortez, Brasília DF: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2009. p. 88-138.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**-4. Ed.-São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS; Maurilio Castro de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. **Saúde & Serviço Social**. In. BRAVO, M. [et al.,] (orgs). 5. Ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012. p. 25-49.

CEZAR, Vagner Mendes; DRAGANOV, Patrícia Bover. **A história e as políticas públicas do HIV no Brasil sob uma visão bioética**. Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde, v. 18, n. 3, p. 151-156, 2014.

CHUPEL, Claudia Priscila; MIOTO, Regina Célia Tamasso. Acolhimento e Serviço Social: Contribuição para a discussão das ações profissionais no campo da saúde. **Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. IX, n. 10, Dez. 2010.

CLEMENTINO, M.O; SOUZA,M.A.S.L. O HIV/AIDS como expressão da “questão social”: demandas de intervenção para os/as assistentes sociais. In. **II Congresso Brasileiro de**

Ciências da Saúde. 2017. Campina Grande-PB. Anais. Editora Realize. V. 1, 2017. Disponível em:

<http://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD1_SA7_ID2168_15052017191854.pdf>. Acesso em: 30 de ago de 2018.

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

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução n.º 383/99 de 29/03/1999.** Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf>. Acesso em: 06 de mai de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Resolução n.º 493/2006 de 21 de agosto de 2006.** Dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao_493-06.pdf>. Acesso em: 30 de ago de 2018.

COSTA, Tarcísio Duarte da. AIDS, Movimentos Sociais e educação popular. **Revista Lugares de Educação, Bananeiras**, v. 1, n. 1, p. 24-34, jan.-jun. 2011 ISSN 2237-1451 Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rle/article/view/10955/6150>>. Acesso em: 15 de nov de 2017.

DIAS, Alvaro. **Plano de Meta 19+1 pela refundação do Brasil.** 2018. Disponível em: <<https://ep00.epimg.net/descargables/2018/08/15/622b0282bade3f861033d639c0787970.pdf>>. Acesso em: 17 de set de 2018.

FAERMANN, L. A. A processualidade da entrevista no Serviço Social. In: **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 13, n. 2, p. 315 - 324, jul./dez. 2014.

FALEIROS, Vicente de Paula. O que Serviço Social quer dizer. **Serviço Social & Sociedade**. no.108 São Paulo Oct./Dec. 2011. ISSN 0101-6628. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n108/a10n108.pdf>>. acesso em: 15 de nov de 2017.

FALKENBERG, Mirian Benites; MENDES, Thais de Paula Lima; MORAES, Eliane Pedrozo de; SOUZA, Elza Maria de. Health education and education in the health system: concepts and implications for public health. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2014, vol.19, n.3, p.847-852. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>>. acesso em 28 de set de 2017.

FERRAZ, Ana Targina Rodrigues; FRIZERA, Franciane Bernardes. Reformas regressivas e política de saúde. **Argum.**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 72-83, jan./abr.2018. DOI: <http://10.18315/argumentum.v10i1.19647>.

GALDINO, Danielle; GUEDES, Cristiano. Saúde de testemunhas desprotegidas na crise atual: um direito ameaçado. **Argum.**, Vitória, v. 10, n.1, p. 133-149, jan./abr. 2018.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 9-20, Dec. 2010. <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000600003>>.

GOHN, Maria da Glória. 500 anos de lutas sociais no Brasil: movimentos sociais, ONGs e terceiro setor. **Rev. Mediações**, Londrina, v. 5, n.1, p. 11-40, jan./jun./200º.

GOHN, Maria da Gloria. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade** v.13, n.2, p.20-31, maio-ago 2004.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; SILVA, Érika Machado Pinto; OLIVEIRA, Denize Cristina de. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 485-492, June 2011.<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000300006>>.

GOMES, Ciro. **Diretrizes para uma estratégia nacional de desenvolvimento para o Brasil**. 2018. Disponível em: <http://divulgacandcontas.tse.jus.br/candidaturas/oficial/2018/BR/BR/2022802018/280000605589//proposta_1533938913830.pdf> acesso em: 17 de set de 2018.

IAMAMOTO, Marilda Villela. 80 anos do Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão. **Serviço Social & Sociedade**. 2017, n.128, pp.13-38. ISSN 0101-6628.

IAMAMOTO, Marilda Villela. As Dimensões Ético- Políticas e Teórico- Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. **Serviço Social & Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. In. MOTA, A. [et al.,] (orgs) – 4. Ed. – São Paulo; Cortez, Brasília DF: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2009. p. 161-196.

IANNI, Octávio. Questão Social. **Ci. & Tróp**, Recife, v. 17 n 2. 189-202, jul./dez, 1989. Disponível em: <<https://periodicos.fundaj.gov.br/CIC/article/view/436>>. Acesso em: 02 de ago de 2018.

KERN, F.A. estratégias de fortalecimento no contexto de AIDS. Revista **Serviço Social & Sociedade** nº 74, p. 42-67, Ed. Cortez, São Paulo, julho, 2003.

LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. Maria de Andrade Marcone, Eva maria Lakatos.-7. Ed.- São Paulo: Atlas, 2017.

LOPES, Olivia Veloso; CASTRO, Marina Monteiro de Castro. A assistência em saúde a pessoa com HIV/AIDS. Na experiência de residência em saúde: demandas e desafios para o Serviço Social. **Serviço Social em Perspectiva**. Montes Claros, v.1,n.2,jun-dez/2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva/article/view/559>> acesso em: 06 de mai de 2018.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; QUEIROZ, Danielle Teixeira; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha; BARROSO, Maria Graziela Teixeira Barroso. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, Abril 2007 Volume 12 N°2; 335-342; 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2>>. Acesso em: 15 de nov de 2017.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social & Sociedade**. n.107 São Paulo July/Sept. 2011. ISSN 0101-6628. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n107/07.pdf>>. Acesso em: 21 de out de 2018.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social na área de saúde: uma relação histórica**. Intervenção Social, 28,2003: 9-18. Disponível em: <<http://revistas.lis.ulusiada.pt/index.php/is/article/view/1060/1181>>. Acesso em 21 de out de 2017.

MATOS, Dirce Guilhem de. **Escravas do risco – bioética , mulheres e aids/ Dirce Guilhem de Matos. – Brasília: Editora Universidade de Brasília: Finatec, 2005. 248p.**

MATOS, Maurílio Castro de. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**. 2015, n.124, p.678-698.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, ética e saúde: reflexões para o exercício profissional**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2017.

MEIRELLES, Henrique. **Pacto pela Confiança**. 2018. Disponível em: <<https://ep00.epimg.net/descargables/2018/08/15/3e83158d92a6593e050f9907cc4c4df2.pdf>>. Acesso em: 17 de set de 2018.

MONTEIRO, Ana Lucia; VILLELA, Wilza Vieira. A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da idéia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo , v. 9, n. 17, p. 25-45, jun. 2009 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2009000100003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 15 jul. 2018.

MONTEIRO, Simone. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 17(2):29-40, jul.-dez./2011.

MORAES, Carlos Antonio de Souza. A particularidade da dimensão investigativa na formação e prática profissional do assistente social. **Serviço Social & Sociedade**. 2015, n.122, pp.294-316.

NETTO, José Paulo. A Construção do Projeto Ético- Político do Serviço Social. **Serviço Social & Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. In. MOTA, A. [et al.,] (orgs) -4. Ed.-São Paulo; Cortez, Brasília DF: OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2009. p. 141-160.

NUNES, L. M. S. A percepção dos profissionais do serviço de atenção especializada (SAE) do município de Divinópolis acerca da adesão ao tratamento HIV/AIDS. In **II Simpósio mineiro de assistentes sociais. Expressões socioconjunturais da crise do capital e as implicações para a garantia dos direitos sociais e para os assistentes sociais**. Belo Horizonte, 2013.

OLIVEIRA, Jussara Fernandes de. Os Rebatimentos da contrarreforma do estado na saúde: um estudo de enfrentamento do HIV/AIDS no serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS e Hepatites virais (SAE) no município de Campina Grande- PB. (**monografia em Serviço Social**)105 f, 2016.

OLIVEIRA, Luciana Vargas Netto. Estado e políticas públicas no brasil: Desafios ante a conjuntura Neoliberal. **Serviço Social & Sociedade** nº 93, p. 101- 123, Ed. Cortez, São Paulo, julho, 2008.

PRATES, J.C. As ameaças do tempo presente aos direitos conquistados: uma morte anunciada. **Textos & Contextos, Porto Alegre**, v. 15, n. 2, p. 225-233, ago./dez. 2016.

ROCHA, A. G. V. A AIDS como expressão da questão social: a prática pedagógica do assistente social nos programas de prevenção de DST/Aids. In. **Jornada Internacional de Políticas Públicas**, 2.; 2005. São Luiz, 2005. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Anne_Gabriela_Vieira_Rocha232.pdf>. Acesso em: 02 de ago de 2018.

RODRIGUES, J. S.; RODRIGUES, M. M., CASTRO, J. S. O.; SILVA, M. V. QUESTÃO SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL: entre contexto e repercussões. **Trabalho e Sociedade**, Fortaleza, v.2, n.2, Jul/Dez, 2014, p.78-95. Disponível em: <<http://www.ratio.edu.br/dados/trabalhosociedade/revista0309/cinco.pdf>>. acesso em: 15 de mai de 2018.

ROGERS, Wendy. BALLANTYNE, Angela. Populações especiais vulnerabilidade e proteção. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.2, Sup.1, p.Sup.31-Sup.41, Dez., 2008.

SALVADOR, E. O desmonte do financiamento da seguridade social em contexto de ajuste fiscal. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 130, p. 426-446, set./dez. 2017.

SANTOS, Marta Alves; SENNA, Mônica de Castro Maia. Education in Health and Social Work: A strategic political instrument in professional practice. **Rev. katálysis [online]**. 2017, vol.20, n.3, p.439-447. ISSN 1982-0259. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v20n3/1414-4980-rk-20-03-00439.pdf>>. Acesso em: 22 de abr de 2018.

SANTOS, R.S. O Serviço Social e a Exclusão/Inclusão dos portadores de HIV/AIDS: demandas e desafios nos hospitais públicos. 169 f. **Dissertação (Mestrado em Serviço Social)**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN. Natal-RN, 2005.

SEVALHO, Gil. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface (Botucatu) [online]**.Epub May 18, 2017. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0822>. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2017nahead/1807-5762-icse-1807-576220160822.pdf>>. Acesso em 05 de dez de 2017.

SILVA, Cristiane Maria da Costa; MENEGHIM, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antonio Carlos and MIALHE, Fábio Luiz. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas

práticas. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2010, vol.15, n.5, pp.2539-2550. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a28.pdf>>. 25 de set de 2017.

SILVA, Luís Inácio da. **Brasil Feliz de Novo**. 2018. Disponível em: http://www.pt.org.br/wp-content/uploads/2018/08/plano-lula-de-governo_2018-08-14-texto-registrado-3.pdf. Acesso em: 17 de set de 2018.

SILVA, Maria Guimarães da. Processo de Trabalho e Serviço Social. **Interações - Cultura e Comunidade**. v. 2 n. 2. p. 35-47. 2007. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/view/6734/6159>>. 15 de nov de 2017.

SILVA, Marina. **Brasil justo, ético, prospero e sustentável**.2018. Disponível em: <<<https://marinasilva.org.br/wp-content/uploads/2018/08/MS18-Diretrizes-Marina-Edu.pdf>>> acesso em: 17 de set de 2018.

SILVA, Mayara Duarte; CLEMENTINO, Milca Oliveira; SILVA. Alessandra Ximenes da. A Política de saúde no contexto de contrarreforma do estado Brasileiro e os novos modelos de gestão: análise da Empresa Brasileira de serviços Hospitalares (EBSERH). **In. 7º Seminário da Frente nacional Contra a Privatização da Saúde**. 2017. Anais. Maceió-AL. Disponível em: <<http://www.seer.ufal.br/index.php/anaisseminariofncps/article/view/3979/2813>>. acesso em: 19 de set de 2018.

SOARES, Raquel Cavalcante. A racionalidade na contrarreforma de saúde e o Serviço Social. **Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos: desafios atuais/** Maria Inês de Souza Bravo, Juliana Souza Bravo de Menezes(orgs.). – 2. Ed. – São Paulo: Cortez, 2013. p. 91-114.

SODRÉ Francis. O Serviço Social entre a prevenção e a promoção da saúde: tradução, vínculo e acolhimento. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, n. 117, p. 69-83, jan./mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n117/05.pdf>>.

SOUZA, P. A; CARVALHO, A. M. A. L; SILVA, C. M; ARRUDA, J. P. O acolhimento do Serviço Social na perspectiva do cuidado a pessoa vivendo com HIV/AIDS em unidade de infectologia. **In. I Seminário de Humanização do HUPAA**. GEP NEWS, Maceió, V.1, n.4, p. 64-70, out./dez. 2017. Disponível em: <<http://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/4333/3087>>. Acesso em: 30 de ago de 2018.

SOUZA, A.C.; MANGINI, F.N.R. O processo de trabalho do Assistente Social no ambulatório de infectologia pediátrica do HUSM. In. **II seminário Nacional de Serviço social, Trabalho e Políticas Sociais**. 2017. Florianópolis- SC. Anais. Repositório Institucional da UFSC. 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/180162?show=full>>. Acesso em: 30 de ago de 2018.

TEIXEIRA, Mary Jane de Oliveira. A fundação estatal de Direito Privado na saúde: um modelo de gestão democrático?. **Saúde, Serviço Social e Conselhos: desafios atuais**. In. BRAVO, M. MENEZES, J.(orgs.). – 2. Ed. – São Paulo: Cortez, 2013.

TEMER, Michel. **Plano a ponte para o futuro**. 2015. Disponível em: <<https://www.fundacaoulysses.org.br/wp-content/uploads/2016/11/UMA-PONTE-PARA-O-FUTURO.pdf>>. Acesso em: 26 de ago de 2018.

TORRES, Camila; GUEDES, Cristiano. Triagem Neonatal, Anemia Falciforme Serviço Social: o atendimento segundo os profissionais de saúde. **Argumentum** (Vitória), v.7, p. 271, 2015. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/8300>>. Acesso em 12 mai. 2018.

VIEIRA, Ana Cristina de Souza. Política de saúde e HIV: Direito a saúde e reformas regressivas. **Argum., Vitória**, v. 10, n. 1, p. 72-83, jan./abr.2018. DOI: <http://10.18315/argumentum.v10i1.18622>.

VILLARINHO, Mariana Vieira et al . Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev. bras. enferm.** vol. 66 n.2 Brasília Mar./Apr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672013000200018&lng=en&nrm=iso>. acesso em: 28 de ago de 2018.

YAZBEK, Maria Carmelita. A dimensão política do trabalho do assistente social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 120, p. 677-693, out./dez. 2014.

APÊNDICE**APÊNDICE I- CARTA DE APRESENTAÇÃO**

A(o) Senhora(o) está sendo convidada(o) a participar da pesquisa: Educação em Saúde as Pessoas com HIV/Aids, realizada pela estudante de Serviço Social da Universidade de Brasília, Érica Alves da Silva, sob a orientação do Prof. Dr. Cristiano Guedes. Os dados serão utilizados para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso- TCC.

O objetivo geral da pesquisa é: entender o processo de trabalho do assistente social que atua em educação em saúde sobre HIV/Aids segundo as assistentes sociais que atuam na área da saúde. Desta forma, será aplicado um questionário buscando: analisar o trabalho realizado por assistentes sociais que atuam em saúde e identificar as possibilidades de atuação profissional em educação em saúde.

Os dados coletados na pesquisa ficarão sob a guarda da pesquisadora. Sua identidade será preservada e mantida em rigoroso sigilo, por meio da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-la/o. A sua participação na pesquisa é voluntária (não há pagamento por sua colaboração) e não obrigatória, e a qualquer momento poderá desistir do preenchimento do questionário.

Qualquer dúvida pode ser sanada pela pesquisadora e estudante responsável Érica Alves, pelo e-mail: erica.alves.019@gmail.com.

APÊNDICE II - QUESTIONÁRIO

Nº _____

Gênero _____

Cor: Negra (o) Branca (o) Parda (o) Não sabe

Local de formação: _____ ano: _____

Unidade de saúde em que trabalha atendendo pessoas com HIV

Área de atuação: atenção básica especializada

Pós-graduação: sim não

Qual:
Trabalhos publicados na área de saúde Sim Não

Endereço de e-mail: _____

1- Como é dado o seu entendimento por educação em saúde?

2- Como é o atendimento realizado com os pacientes em acompanhamento

Demanda espontânea Encaminhamento Agendamento prévio outros

Comentar: _____

3- Quais são as atividades desenvolvidas com os pacientes?

Palestras Rodas de conversa Atividade em sala de espera Outros

Comentar: _____

4- Quais são os instrumentos realizados no decorrer dos atendimentos?

Panfletos Cartilhas manuais clínicos outros

Comentar: _____

- 5- São desenvolvidos trabalhos educativos em parceria com profissionais de outras redes de atendimento. (Cras, Creas, INSS, outras unidades de saúde, dentre outros).

Comentar: _____

- 6- Há dificuldades para o desenvolvimento de atividades com os pacientes?

Quais? _____

- 7- É perceptível se há ou não o entendimento dos pacientes acerca do trabalho educativo realizado?

Comentar: _____

- 8- Há retorno por parte dos pacientes acerca dos métodos usados nas ações socioeducativas?

Comentar: _____

- 9- O espaço realizado para o atendimento dos pacientes e familiares são adequados?

Comentar: _____

10- Quais as principais dificuldades para a realização do atendimento as pessoas com HIV?

11- Foi aprovada em 2016 a Emenda Constitucional nº 95 que limita por 20 anos os gastos públicos. Como esta redução pode interferir no tratamento e acompanhamento das pessoas que vivem com HIV/Aids e do público em geral que necessita de atendimento pelo SUS?
