Lusíada
Repositório das Universidades Lusíada

Universidades Lusíada

Guerra, Viviane Nogueira de Azevedo

A prática profissional do serviço social no tratamento para HIV/AIDS no Brasil

http://hdl.handle.net/11067/4316
https://doi.org/10.34628/cfkh-7r47

Metadados

Data de Publicação 2015

Resumo Este artigo discute as atuais tendências no tratamento da AIDS (SIDA) relacionando-as às mudanças atuais na sociedade capitalista, partindo de uma perspectiva teórico-metodológica crítica. Para tanto, recuperamos a trajetória da Epidemia de HIV/AIDS no Brasil, em especial a partir da década de 1990, a fim de analisar o seu enfrentamento considerando: os aspectos históricos que envolvem a problemática da AIDS, a história da doença e suas particularidades brasileiras e as políticas públicas desenv...

Palavras Chave Sida (Doença) - Brasil, Sida (Doença) - Política governamental - Brasil, Sida (Doença) - Pacientes - Serviços para - Brasil

Tipo article

Revisão de Pares no

Coleções [ULL-ISSSL] IS, n. 46 (2015)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T11:03:48Z com informação proveniente do Repositório

http://repositorio.ulusiada.pt

A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO TRATAMENTO PARA HIV/AIDS NO BRASIL

Viviane Azevedo
Doutoranda em Serviço Social na Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ESS/UFRJ).
Assistente Social do Setor de Atendimento Especializado de pacientes HIV/AIDS (SAE) do Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis – HESFA/UFRJ
vivianealline@yahoo.com.br

Resumo

Este artigo discute as atuais tendências no tratamento da AIDS (SIDA) relacionando-as às mudanças atuais na sociedade capitalista, partindo de uma perspectiva teórico-metodológica crítica. Para tanto, recuperamos a trajetória da Epidemia de HIV/AIDS no Brasil, em especial a partir da década de 1990, a fim de analisar o seu enfrentamento considerando: os aspectos históricos que envolvem a problemática da AIDS, a história da doença e suas particularidades brasileiras e as políticas públicas desenvolvidas na área; as lutas sociais que envolvem os diversos sujeitos coletivos intervenientes no campo; e a análise crítica de alguns determinantes econômicos, políticos, culturais e sociais envolvidos. Por fim, buscamos situar o Serviço Social no contexto da política social e analisar o trabalho profissional no âmbito institucional na área.

Palavras-chave: Saúde; HIV/AIDS; Serviço Social.

Abstract

This article reasons with the current trends in the AIDS (AIDS) fighting treatments, relating them to the current changes in capitalist society, from a theoretical and methodological critical perspective. Thus, the epidemic of HIV / AIDS trajectory in Brazil was retraced, especially from the 1990s onwards, in order to analyse its fighting procedures considering: historical aspects involving the AIDS issue, the history of the disease and its peculiarities in Brazil; the public policies invested in the area; the social struggles involving the field's various collective stakeholders; and critical analysis of some social, political, cultural and economic determinants involved. Finally, we seek to place Social Work in the context of social-policy and assay the professional work within the area's legal framework.

Keywords: Health Policy; HIV/AIDS; Social Work.

Introdução

Para além da difusão de informações, ainda é insuficiente a discussão acerca do conjunto de problemáticas sociais e de saúde pública que estão por trás de cada abordagem conservadora e moralista sobre a AIDS[1], havendo muito a se revelar sobre alguns de seus aspectos, tais como: as práticas com hemoderivados; a forte e histórica discriminação dos grupos homossexuais, considerados "grupos de risco"; o turismo sexual etc. Mais importante ainda é que os estudos existentes pouco relacionam o fenômeno às tendências político-econômicas através das quais se desenvolveu a trajetória da AIDS ao longo das últimas quatro décadas, considerando todas as reconfigurações do capitalismo contemporâneo e suas repercussões nas múltiplas dimensões da vida social.

O fato é que entender a história da epidemia de HIV/AIDS passa pela análise do contexto sócio histórico das políticas públicas de enfrentamento das epidemias no Brasil, a partir de seus determinantes políticos e econômicos. Importante avançar para além da "história natural" da doença pensando que, nos termos de Galvão (2000, p.17) "[...] não há uma resposta médico-terapêutica para a AIDS, dissociada do cenário social mais amplo". Isso porque as respostas à AIDS, sejam governamentais ou não governamentais, sempre fizeram parte do cenário macro do país, com fortes incidências da formação social brasileira e das formas históricas de enfrentamento político de questões relacionadas à saúde pública, dentre as quais aquelas referentes às grandes epidemias. É esta constatação que torna relevante uma apreensão histórico-política das respostas institucionais direcionadas à epidemia de AIDS no Brasil.

Esses elementos incitam o desenvolvimento de uma proposta de intervenção profissional e de investigação que possam analisar as políticas sociais de enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil, considerando os seguintes eixos de análise: os aspectos históricos, que envolvem a problemática da AIDS (a história da doença e suas particularidades no Brasil; as políticas públicas desenvolvidas na área); as lutas sociais que envolvem os diversos sujeitos coletivos intervenientes no campo da AIDS (usuários, trabalhadores da saúde, entidades sociedade civil etc.); e , nessa análise específica, a proposta de intervenção do Serviço Social junto à este campo da saúde.

1. A trajetória da infecção pelo HIV no Brasil: uma história em desenvolvimento

No início da década de 1980 se tem a eclosão de uma nova doença, a AIDS, doença que representa o estágio mais avançado da síndrome que ataca o sistema

[1] Não há pretensão aqui de uma larga exposição conceitual sobre HIV/AIDS, uma vez que já há uma ampla divulgação de informações, sobretudo em páginas eletrônicas, portais e materiais educativos editados pelos órgãos oficiais (OMS, Ministérios da Saúde, etc). Quando necessário, os conceitos e informações técnicas aparecerão (preferencialmente nas notas de rodapé) para facilitar a exposição.

imunológico. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida é causada pelo HIV. Como esse vírus ataca as células de defesa do nosso corpo, o organismo fica mais vulnerável a diversas outras doenças. O surgimento da AIDS trouxe mudanças significativas no campo da saúde com maior visibilidade às questões relacionadas à sexualidade, "por combinar comportamento sexual e doença", já que sua transmissão está ligada diretamente à sexualidade, muito bem retratada pelo compositor brasileiro Cazuza na canção "Ideologia": "o meu prazer agora é risco de vida". Diferencia-se drasticamente de outras epidemias pelas suas dimensões biológicas, psicológicas, sociais, e aqui acrescento, econômicas, necessidades específicas que diferenciam o enfrentamento dessa doença na história da humanidade (Mann, 1993).

Segundo Diaz (2012), a AIDS é uma doença que leva à diminuição da imunidade celular com consequente risco de infecções e neoplasias oportunistas, melhor entendida hoje, após mais de 30 anos de epidemia, como uma "doença sistêmica inflamatória que acelera o processo de envelhecimento" – nesse caso o envelhecimento de uma forma geral dos órgãos e dos tecidos do organismo humano. O processo fisiológico de envelhecimento é extremamente acelerado pelo vírus HIV, envelhecendo cerca de 15 anos antes do previsto para uma pessoa não infectada.

Pensando no contexto macrossocial é interessante notar que a doença surge na entrada da década de 1970 quando há uma preocupação centrada no conhecimento da doença e no entendimento do seu modus operandi, bem como no empenho da comunidade científica e dos governos em pensar formas concretas de enfrentamento da epidemia.

As análises do período apresentavam a visão do sujeito como um indivíduo isolado, considerando as representações de sua vida como diferentes, ou distanciadas da realidade que o cerca, deixando de concebê-lo como produção histórica, com determinações genéricas e fruto de condições e relações sociais particulares. Essas análises mostram-se muito relacionadas aos hábitos de vida dos sujeitos, com apreciações dirigidas ao espaço da vida privada das pessoas infectadas, principalmente nos aspectos da sexualidade. São analisados como fatores de risco a orientação sexual que possuem e os hábitos de vida "inadequados" que exercem, fazendo com que a condição homossexual (masculina) representasse diretamente um "comportamento de risco". Ser homossexual, naquele momento, era critério epidemiológico, como determinante presuntivo para a definição do diagnóstico de AIDS, juntamente com a avaliação do quadro clinico, já que a detecção do vírus ainda não era possível através de testes laboratoriais[2].

[2] No Brasil, temos os exames laboratoriais e os testes rápidos, que detectam os anticorpos contra o HIV em até 30 minutos, colhendo uma gota de sangue da ponta do dedo. Esses testes são realizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nas unidades da rede pública e nos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTAs, exames que podem ser feitos inclusive de forma anônima.

Além da carga física da doença, há forte impacto psicológico na soropositividade (HIV+), que envolve a identificação dessa condição, o início do tratamento e a permanência no tratamento. A condição de HIV+ se alia às crenças negativas e de fragilização dos sujeitos, incorporando sentimentos autodepreciativos relativos à morte, ao "fim da vida", "sujeira", "menos-valia", culpa pela contaminação, impossibilidade de conseguir relacionamentos afetivos/amorosos, auto-isolamento, dentre outros. O julgo moral perpassa todas as experiências e preconceitos, além do rompimento de contrato simbólico de imortalidade. O indivíduo vê-se diante do enfrentamento do tabu da morte dada sua possível iminência e, também, diante da possibilidade de contaminar outras pessoas. Ou seja, questões que suplantam a condição de soropositividade como uma das contingências da vida.

Aliado aos confusos sentimentos – muitos deles provocados pela discriminação e preconceito – uma série de reações psicossociais também se manifestam, tais como: ansiedade e medo, perda da esperança, fatalismo, negação, sensação de falta de controle ou tentativa de racionalizar o controle das variáveis referentes ao tratamento, falta de desejo sexual/libido, tristeza, depressão, entre outros.

Essa problemática deve ser, sobretudo, enfrentada no tratamento, principalmente, entendendo e respeitando a legitimidade das reações subjetivas dos usuários frente ao diagnóstico da soropositividade, apreendendo suas queixas como componentes da complexidade humana. Outras estratégias passam pela incorporação do HIV no cotidiano da vida dos sujeitos já infectados, não como naturalização/banalização da doença, mas como condição concreta possível de uma intervenção objetiva, além do esclarecimento, a desconstrução de mitos e ideias equivocadas que envolvem historicamente a doença, e a preocupação com a adesão ao tratamento, sem restringi-lo à medicalização ou apenas a uma carga viral indetectável.

Na breve história dessa epidemia não há exata delimitação do surgimento da doença, mas há fortes evidências científicas que comprovam registros da doença desde meados da década de 1950 (Diaz, 2012). Com claro avanço da epidemia em meados da década de 80, revelar-se soropositivo nesse momento era trazer à tona todas as relações do espaço privado da vida, com vasto interesse em se saber como se infectou, e principalmente se foi por relação sexual, uma abordagem muito explicitada, também, numa vasta "literatura confessional", como explica Bessa (1997)[3], já que a devassidão da vida privada ficou muito evidente com a visibilidade de pessoas do meio artístico-cultural que vieram a falecer vítima da AIDS.

Segundo Galvão (2000), as respostas da sociedade civil representam um componente importante do enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS no Brasil,

[3] Livros que relatam a experiência de convivência com vírus/doença: Hebert Daniel, Vida antes da morte (1989); Alain Emmanuel Dreuilhe, AIDS: diário de uma guerra (1989); Mário Rudolf, De agosto a agosto com muito gosto (1990); Jean-Claude Bernardet, A doença: uma experiência (1996); Dentre outros.

composto ainda por diálogos com uma variada gama de instâncias internacionais. Uma vez que as ações no campo da AIDS mantem uma linha de conexão com o cenário internacional, expansão dos laços de cooperação internacional, ampliação das agências de financiamento do Sistema das Nações Unidas, com a perspectiva de ampliar para além da OMS. A participação das ONGs[4] resultante do cruzamento de três fontes da sociedade civil: universidades; igrejas e movimentos religiosos; e partidos e organizações de militância política de esquerda. As respostas da sociedade civil se anteciparam às ações governamentais com políticas públicas.

É no âmbito do "terceiro setor" que o Estado se ausenta de sua responsabilidade com a prestação de serviços públicos e nomeia a sociedade civil para "tomar conta" das questões sociais. Nesse repasse de responsabilidade ainda gera uma flexibilização nas relações de trabalho, onde se convoca o voluntariado, em muitas situações sem nenhuma preparação técnica, para dar respaldo a questões complexas, destinando aos usuários um atendimento embasado no empirismo e na filantropia empresarial, comprometendo a posição deste como sujeito de direitos, pois este não é colocado em primeiro plano. O "terceiro setor" surge, conforme Montaño (2007), de uma segregação social pontuada nos fragmentos do Estado ("primeiro setor"), Mercado ("segundo setor") e Sociedade civil ("terceiro setor"). No contexto neoliberal, com a mínima intervenção estatal no âmbito das políticas sociais, o "terceiro setor" foi a forma mais eficaz, na lógica do capital, para que o Estado deixasse de atuar.

No caso da epidemia de AIDS, que se situa historicamente nesse momento político-econômico, houve forte envolvimento e participação de pessoas soropositivas na construção e envolvimento das ONG´s e, consequentemente, no enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. Essa indicação não tira o mérito e a importância histórica de seus personagens, mas ilustra o curso da epidemia como um "retrato" de sua época histórica.

No período de 1981-1984 são identificados os primeiros casos de AIDS no Brasil e a tomada de consciência do problema. A doença chega ao Brasil, não pelo registro de pessoas infectadas, mas primeiramente pelo relato da doença via mídia, que ficou conhecida como "mal de folhetim"[5].

A AIDS passa a ser interesse de uma burguesia, artística, culta e intelectualizada. A importância dada ao tema pela mídia está também relacionada ao fato de que se encontrava entre as pessoas atingidas grande número de membros da classe média: intelectuais, artistas e membros de grupos sociais próximos da mídia e "dos quais esta costuma falar" (Galvão, 2000). Foi assim construída, também, uma referência direta e desmedida ao chamado "desbunde" dos anos

[4] Nessa consideração ainda há certa indefinição na classificação dos tipos de ONGs que atuaram no programa nacional de AIDS. Há aquelas que trabalhavam exclusivamente com AIDS e as que desenvolviam alguma atividade relacionada à AIDS. Todas compuseram o conjunto ONG/AIDS, mas com dificuldades na formação concreta de alianças (Galvão, 2010).

[5] Autores como Sergio Carrara e Claudia Moraes no texto Um mal de folhetim. Comunicações do ISER, Rio de Janeiro, vol. 4, nº 17, p. 20-26, 1995.

1970, a AIDS como o ônus da liberação dos costumes, atendendo aos interesses dominantes como um desmobilizador do processo de redemocratização, que atendia aos interesses do regime ditatorial vivido no Brasil entre 1964 e 1985.

Naquele momento, a AIDS, então denominada na mídia por nomes como 'doença dos homossexuais' e 'câncer gay', era a perfeita notícia para a abertura política do país: remetia à década de 70 no que havia de mais 'escandaloso' – sexo e drogas -, sem fazer menção ao contexto político. (Galvão, 2000, p. 52).

Nesse período há forte repercussão da ligação homossexualidade – AIDS, com destemidas e preconceituosas tentativas de explicar a alta incidência da infecção entre os homossexuais do sexo masculino, com denominações do tipo "praga gay", "câncer gay", "peste gay", de uma forma geral, consideravam a "natureza promíscua" de sua suas atividades sexuais[6]. Na década de 1980, ainda durante a ditadura militar, houve forte e violento enfrentamento das demandas trazidas por grupos gays. Mas esses efeitos sociais trouxeram também os elementos de contradição.

> [...] a imprensa fez com que a AIDS circulasse entre diversos grupos sociais que pouco a pouco se consideram afetados e se mobilizaram; ela polarizou as relações que se teciam a seu respeito. Através dela, a doença tornou-se objeto de tomadas de posição, de enfrentamentos, de clivagens coletivas" (Herzlich e Pierret, 1992, p. 9).

De acordo com Galvão (2000, p. 65).), a reação por parte da Igreja também não foi diferente, carregava seu traço histórico constituinte: o conservadorismo e a moral católica. Um dos primeiros artigos sobre AIDS, publicado no Jornal do Brasil em 1985, foi escrito por Dom Eugênio de Araújo Salles, figura marcante da hierarquia católica no Brasil, em seu artigo "Dom Eugênio aborda a AIDS como uma punição, um castigo divino, um revide da natureza contra as inversões que estavam acontecendo no campo da sexualidade".

> Entre 1985-1991 são criadas as primeiras organizações não-governamentais com atuação no campo da AIDS e ações mais voltadas para as dimensões sociais da epidemia de HIV/AIDS, a partir de estudos e pesquisas, socialização das informações referentes à epidemia, realização de atividades de prevenção e, principalmente, mobilização frente a esfera pública para tomada de enfrentamento da epidemia como uma questão de saúde pública. Tinha ainda, base fortemente voluntária, representação de personalidades

[6] Em diversos estudos foram considerados vários determinantes no comportamento dos grupos homossexuais (identificados então como "grupo de risco" prioritário), que passam pelo consumo exagerado de estrógenos (hormônio feminino); pela disposição genética; e por fim, pela enorme quantidade de infecções a que estão expostos pela "natureza promíscua de sua atividade sexual" (Revista VEJA, 14 jul, 1982).

> carismáticas – a exemplo do Herbert de Souza (Betinho) – e ainda restrito acesso a recursos financeiros, conferia-se diversas respostas da sociedade civil frente a AIDS, agora organizadas, mas dissidentes tanto no formato quanto nas estratégias. (Galvão, 2000).

Já em 1984[7] os registros já chegavam a 144 novos casos (139 homens e 5 mulheres)[8]. No mesmo ano é estruturado, também no estado de São Paulo, através de sua Secretaria de Saúde, o primeiro Programa de AIDS do Brasil, iniciativa precursora da ação pública de enfrentamento da epidemia no país, resultado de forte pressão dos movimentos pelos direitos dos homossexuais.

Conforme Teixeira (1997), a estruturação do programa na Secretaria Estadual de Saúde – SP, coincidindo com o primeiro governo do estado eleito democraticamente após 1964, se deu com forte presença do movimento sanitarista progressista, contando, inclusive, com profissionais experientes em lidar com outra doença igualmente estigmatizada, a hanseníase. Dentre as medidas adotadas, destacou-se: o estabelecimento da notificação compulsória; criação de serviços de informação; e a maior participação da comunidade. A combinação do aumento do número de casos de pessoas com HIV e da crescente mobilização dos movimentos sociais envolvidos com a causa, principalmente o movimento gay, com a retomada de espaços democráticos para gestão pública no enfrentamento da epidemia de AIDS.

Atualmente a AIDS é uma doença de notificação compulsória, todos os serviços de saúde, sejam públicos ou privados, devem informar os casos de infecção aos serviços de saúde responsáveis pela vigilância epidemiológica, mas ressalto que só existe registro da doença, que se dá a partir de avaliação clínica, não existe até hoje registro oficial sobre a infecção pelo HIV. Os registros sobre a doença passam a acontecer no Brasil a partir de 1986, inicialmente a partir do Programa Estadual de São Paulo (criado em 1983). O registro compulsório só se dá com o Programa de AIDS de abrangência nacional que começa a tomar forma também em 1986.

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

[7] Em 1984 a equipe de Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, na França, isola e caracteriza um retrovírus (vírus mutante que se transforma conforme o meio em que vive) como o causador da AIDS, acontece aí o início da disputa, entre os grupos do médico americano Robert Gallo e do francês Luc Montagnier, pela primazia da descoberta do HIV.

[8] Boletim Epidemiológico AIDS, ano 9, nº 4, set-nov, 1996.

(Brasil, 1999).

Após largo período de conhecimento sobre a doença, avanços científicos e profundos elementos que compuseram a história social da AIDS, seu tratamento chega à década de 1990 conectado às tendências político-econômicas que entre nós se referem ao início do neoliberalismo.

Como parte da política de saúde, as políticas de enfrentamento à AIDS encararam permanente tensão entre a ampliação dos serviços e a disponibilidade de recursos financeiros. Ademais, elas enfrentam também os interesses advindos das relações entre os setores estatal e empresarial médico. A luta em torno da reforma sanitária e as reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a predominância, no âmbito da política de saúde, das ações curativas comandadas pelo setor privado (Bravo, 2007). Se inicia, nesse período, sua tendência mais visível de mercantilização.

No início da década de 1990, inicia-se o processo de distribuição gratuita de antirretrovirais – medicamentos que dificultam a multiplicação do HIV, aqui abreviados em ARVs –, a partir da inclusão do tratamento no SUS com credenciamento dos hospitais para tratamento de pacientes com AIDS. Ao mesmo tempo, é nesse período que vemos a implementação no Brasil de elementos do receituário neoliberal e do processo de reestruturação produtiva, consolidando as tendências mais fortes do capitalismo que afirmam seus interesses sobre os dos Estados nacionais.

Uma das consequências dessa hegemonia neoliberal evidencia-se, no campo do tratamento da AIDS, no predomínio da medicalização que se expressa, fundamentalmente, no uso precoce e imediato do TARV (Tratamento Antiretroviral) em detrimento de processos de prevenção de base político-pedagógica.

Em outras palavras, o que está em questão é um processo que naturaliza o risco da infecção pelo HIV, uma vez que ele é considerado "facilmente" tratável. Ou seja, estamos diante de um verdadeiro "fatalismo" da política pública de enfrentamento da epidemia que se vale de estratégias que mais se parecem com medidas de redução de danos. Paralelo à isso não nos parece aleatório que temos assistido na atualidade a um acelerado desenvolvimento de oligopólios da indústria farmacêutica.

Na década de 1990, passamos a vivenciar na política de saúde no Brasil tensões entre dois grandes projetos: o projeto da Reforma Sanitária construído na década de 1980, fundado numa perspectiva de democracia de massas e consagrado, em parte, na Constituição Federal de 1988 e o projeto Privatista da Saúde, articulado ao mercado e hegemônico a partir de meados da década de 1990, sustentando-se numa democracia restritiva (Bravo e Matos, 2001). Ao mesmo tempo verificam-se impasses vividos também no enfretamento da epidemia de HIV/AIDS que repercute o mesmo confronto de projetos societários assinalado.

Esses dois projetos societários trazem implícitos direcionamentos que se expressam, de um lado, num projeto de saúde pública pautado na concepção de Estado democrático, no controle social da esfera pública e no reconhecimento dos

avanços científicos como resultados do desenvolvimento humano para atendimento de necessidades sociais coletivas, aspectos contemplados nos princípios que regem o SUS[9]. De outro lado, um projeto mercantil pautado na política neoliberal, com uma esfera pública não-estatal e com regulação de mercado e ampliação dos processos de privatização.

A hegemonia do projeto mercantil acabou por promover mudanças no sistema de saúde brasileiro que incorporam elementos próprios das mudanças estruturais do sistema capitalista, engendrando em seus processos internos características gerais da forma como a sociedade está organizada sob a lógica do capital. O que vemos é a preponderância dos interesses econômicos em todas as esferas da vida social, envolvendo inclusive as doenças que acometem os homens. O resultado é que o tratamento da AIDS, inserido no contexto de reprodução do capital, também se mercantiliza, agravando, sobretudo, as doenças infectocontagiosas que incidem especialmente sobre as massas pobres de trabalhadores.

Diante desta realidade é que o Assistente Social é chamado a dar respostas profissionais sendo demandado a colocar em cena seus fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos e os procedimentos técnico-operativos, numa ação profissional que incorpora elementos de um determinado momento histórico (Mioto e Nogueira, 2006).

Os desafios à profissão se situam fortemente no tensionamento entre necessidades sociais e possibilidades concretas de atendimento, sendo chamada a atuar nas manifestações da "questão social" que se expressam de forma transversal e na política de saúde, reunindo um conjunto de condições sociais que colaboram para determinar as condições de saúde das populações.

2. Inserção profissional do Serviço Social

O conhecimento sobre essa realidade torna-se fundamental para situar o Serviço Social no contexto da política social de saúde, especialmente nesse campo de atenção à pessoa vivendo com HIV/AIDS. A análise e interpretação do trabalho profissional no âmbito institucional e suas propostas de enfrentamento da "questão social" só se tornam possíveis se reconhecida a realidade social em que atua o profissional, considerando seus determinantes políticos, econômicos, culturais e sociais. Alguns desses minimamente reunidos aqui como parte do

[9] O Sistema Único de Saúde se institucionalizou a partir de uma construção social proposta pelo Movimento da Reforma Sanitária – movimento pela transformação do setor da saúde, que lutou pela elevação dos padrões de saúde da população – sendo regulamentado pela Carta Constitucional de 1988 considerada uma das mais bem sucedidas conquistas de ordem democrática no âmbito das Políticas Sociais, constituindo-se, segundo Lima (et al, 2005), pela afirmação do binômio "saúde e democracia" que consolida a assistência à saúde de forma integral, em seu caráter universal, com acesso igualitário na forma de prestação de serviços descentralizados e hierarquizados e com ênfase na participação social.

conjunto de conhecimentos que ajudam a explicar a realidade e subsidiar as estratégias de ação profissional.

Para isso é importante conhecer o significado social da profissão no processo de produção e reprodução das relações sociais. Em linhas gerais, a reprodução de um modo de vida e trabalho e as suas contradições que envolvem o cotidiano da vida social. Conhecer, numa perspectiva crítica e de totalidade, as relações que produzem a vida material e a consciência (vida espiritual) dos sujeitos – como os homens pensam e se posicionam na sociedade, que passa pela leitura e interpretação da realidade em que atua a partir de uma perspectiva crítica e de totalidade que considere: os sujeitos sociais envolvidos, as lutas sociais, as relações de poder e os antagonismos de classe. (Iamamoto, 2009)

O assistente social atua na formulação, planejamento e execução de políticas sociais, na perspectiva da defesa e ampliação dos direitos da população usuária dos serviços, a partir de ações predominantemente socioeducativas, com forte ocupação no Estado no âmbito das políticas públicas.

Cada espaço de trabalho do profissional é dotado de racionalidade e funções distintas, relações sociais particulares e sujeitos sociais diferentes. Assim, "[...] as incidências do trabalho profissional na sociedade não dependem apenas da atuação isolada do assistente social, mas do conjunto das relações e condições sociais por meio das quais ele se realiza" (Iamamoto, 2009, p. 19).

Na política de enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS o Serviço Social apresenta uma proposta de trabalho voltada para a abordagem socioeducativa, mas com dimensões assistenciais e de prevenção contribuindo para a melhoria do acesso ao serviço de saúde e na luta pela garantia dos direitos dos pacientes. Essa realidade é aqui apresentada a partir da experiência profissional no Serviços de Assistência Especializados em HIV/AIDS (SAE) do Instituto de Saúde São Francisco de Assis (HESFA), unidade de saúde membro do complexo hospitalar da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

O SAE é um serviço ambulatorial especializado que realiza ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV ou aids. Administrado pela Universidade tem como objetivo prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros, articulando os cuidados em saúde à formação acadêmica. O Serviço Social desenvolve ações como: orientações à indivíduo e suas famílias e grupos; acompanhamento da integralidade dos cuidados em saúde; promoção da integração dos serviços oferecidos. Realiza Orientação individual e em grupo; entrevista, estudos e laudos sociais; acompanhamento de situações de saúde e socio-assistenciais dos usuários e seus familiares; promoção da integração dos serviços oferecidos pelo SAE facilitando o acesso do usuário; prestação de assessoria em Serviço Social junto a outras instituições. Seu trabalho cotidiano se realiza na busca de estratégias que contribuam para:

- Buscar a participação dos usuários no processo de tratamento (continuado) contribuindo para o enfrentamento das situações cotidianas decorrentes da doença, bem como a garantia de seus direitos.
- Construir espaços coletivos que favoreçam a participação dos usuários, estimulando discussões e troca de experiências referentes ao cotidiano vivenciado, adoecimento, enfrentamento da epidemia, adesão ao tratamento e participação social.
- Desenvolver ações junto à equipe multiprofissional visando à identificação e reflexão de aspectos éticos, legais e psicossociais do processo saúde-doença.
- Estabelecer trabalho em rede junto à outras instituições de saúde e socio-assistenciais a fim de garantir a integralidade dos cuidados e a qualidade dos serviços prestados, com forte articulação com os movimentos dos usuários.
- Buscar conhecimentos sobre o movimento da realidade, as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- Garantir o acesso dos usuários à rede de serviços e direitos de saúde ofertados, sem preconceito ou discriminação de qualquer natureza;
- Potencialização da participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento e defesa dos direitos sociais.

A atuação do serviço social neste campo tem colaborado para a adesão ao tratamento, a inclusão social e o acesso a benefícios dos usuários do serviço. O assistente social atua, principalmente, nos processos de entrada do usuário no serviço, identificação, acompanhamento e desligamento.

A entrada no serviço se dá com o acolhimento de novos pacientes que iniciarão o tratamento e se realiza a partir de demanda espontânea, quando este toma conhecimento de que o serviço pode atender a uma de suas necessidades, mesmo que não crie vínculo com o serviço ou de encaminhamentos de outras instituições/serviços e/ou profissionais, que pretendem viabilizar o atendimento das necessidades.

O primeiro atendimento procura conhecer a realidade de vida dos sujeitos demandantes, contemplando os seguintes aspectos da vida social: contexto familiar e comunitário; condições habitacionais; situação de trabalho; situação previdenciária e assistencial; participação nas polícias públicas; aspectos culturais.

Entre os principais recursos técnicos utilizados nesta fase destacam-se a entrevista e o estudo social, que se expressam como síntese e articulação de informações que tenham interferência no seu tratamento, considerando o

conceito ampliado de saúde.

O acompanhamento refere-se às ações dos assistentes sociais diretamente com os usuários em interação com os demais profissionais da equipe e outras instituições, é contínuo e se dá ao longo tratamento, uma vez que novas informações sobre as suas condições de vida e trabalho vão sendo incorporadas ao longo do atendimento, indicando elementos para a (re) formulação de novas intervenções e subsidiando a pesquisa e o conhecimento sobre essa realidade.

As necessidades sociais dos usuários transformam-se em demandas profissionais e são reelaboradas na ótica institucional, o que exigirá competência crítica do profissional para decifrá-las e leva-las da esfera privada, estritamente individual, para uma dimensão coletiva e de fortalecimento da luta por direitos.

Essa atuação exige do profissional uma competência teórico-metodológica crítica para ler a realidade e conectar a realidade particular dos pacientes ao contexto social comum em que se situam. Coloca-se aí a necessidade de situar os sujeitos na sua base social comum, combinando suas características específicas (gênero, raça-etnia, regionalidade, faixa etária etc) à sua condição de classe social.

A competência crítica do profissional não se impõe como mera recusa ou denúncia do instituído, apresenta-se como a capacidade de estabelecer um diálogo crítico com sua herança intelectual e com a autorrepresentação, a fim de entender as tendências presentes no movimento da realidade, decifrando as manifestações particulares que incidem no campo que atua. A prática profissional situa-se, assim, na defesa dos trabalhadores e no compromisso com a democracia, a liberdade, a igualdade e a justiça social e assume em sua direção social coletiva a luta pela afirmação dos direitos de cidadania, com projeto profissional crítico e inovador, baseado em valores e princípios radicalmente humanistas e no reconhecimento das necessidades e interesses dos sujeitos subalternizados socialmente (Iamamoto, 2009).

O profissional deve acompanhar o movimento da história reunindo competências teórico-metodológicas, ético-políticas e técnico-operacionais capazes de decifrar o não dito e romper a aparência dos fatos e de conhecer as vontades políticas dos sujeitos envolvidos.

Diante deste quatro fica emergente a necessidade de propostas mais abrangentes que contemplem a complexidade da vida dos sujeitos, com estratégias que cheguem à populações mais atingidas pela epidemia, já que os processos de globalização propiciaram um tráfego intenso de pessoas infectadas. Tais propostas passam por:

- Fortalecer as estratégias de enfrentamento da epidemia como questão de saúde pública, com mobilização e controle social, como prevê uma política de saúde democrática;
- Romper barreiras sociais de estigma, discriminação e classe, fortalecendo as ações voltadas para os grupos sexualmente ativos (não só homossexuais masculinos), profissionais do sexo e usuários de drogas;

- Aprofundar a análise da relação entre AIDS e pauperização – já que a epidemia de HIV/AIDS vem atingindo as populações mais pauperizadas da classe trabalhadora;
- Aprofundar a realização de estudos epidemiológicos que visem especificamente à determinação do(s) perfil(is) socioeconômico(s) da população afetada pelo HIV/AIDS.
- Entender o conjunto das expressões da "questão social" que perpassam o universo da epidemia de HIV/AIDS no Brasil.

Considerações finais

Na atualidade as condições de pobreza estão cada vez mais acentuadas no cenário da epidemia de HIV/AIDS. Para além da segregação de classe, a AIDS carrega desde seu surgimento um exacerbado preconceito, discriminação e restrições em sua sociabilidade, contribuindo para o isolamento social ou para a formação de círculos sociais ligados à doença. Tais problemas acabam sendo potencializados pela condição de classe repercutindo fortemente no tratamento.

Compreendemos que tais questões podem ser analisadas de modo mais profundo se a tomarmos a partir de uma perspectiva macrossocial baseada numa análise crítica das relações sociais nas quais estão inseridas. Assim, podemos apreendê-las como mais uma expressão da "questão social" e de suas múltiplas determinações, caminho que acreditamos ser capaz de dar respostas as desafios contemporâneos que envolvem o problema.

Bibliografia

Bessa, Marcelo Secron. (1997). Histórias Positivas: A literatura (des) construindo a aids. Rio de Janeiro: Editora Record.

Bravo, Maria Inês Souza. (2007). Política de Saúde do Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete [et al] (Org.) Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez.

_____ e Matos, Maurílio Castro de. (2001). A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal". In: Bravo, Maria Inês Souza e Pereira, Potyara A. P. (Org.) Política Social e Democracia. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ.

Diaz, Ricardo Sobhie. (2012). A história de uma doença: Os primeiros 30 anos da epidemia pelo HIV e a ciência por detrás da história. São Paulo: Permanyer Brasil Publicações.

Galvão, Jane. (2000). AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epidemia. Rio de Janeiro/São Paulo: ABIA/Editora 34.

_____ . (2002). A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos

anti-retrovirais: privilégio ou um direito? Cadernos Saúde Pública. v.18, n.1. Rio de Janeiro: (pp. 213-219).

Herzlich, Claudine; Pierret, Janine. Uma doença no espaço público: a AIDS em seis jornais franceses. Physis, vol. 2, nº 1. Rio de Janeiro: IMES-UERJ/Relume Dumará, 1992. (p. 7-35)

Iamamoto, Marilda Villela. (2009). O Serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS,.

Mann, Jonathan [et al]. (1993). A Aids no mundo. Tradução: José Stalin Pedrosa e Lilá Rossi. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Mioto, Regina Célia Tamaso; Nogueira, Vera Maria Ribeiro. (2006). Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: Mota, A. E.; Bravo, M. I. S.; Uchôa, R.; Nogueira, V.; Marsiglia, R.; Gomes, L; Teixeira, M. (Org.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez.

Montaño, Carlos. (2002). Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez.

Teixeira, Paulo Roberto. (1997). Políticas públicas e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. In: Parker, Richard (Org.). Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA/Jorge Zahar. (p. 43-68)

United Nations. United Nations Session Declaration of Commitment on HIV/AIDS. New York: UM. 2001.

VEJA. (1982). Mal particular: hormônios causariam doenças entre homossexuais. São Paulo: Revista Veja, 14 jul.