

# O SERVIÇO SOCIAL ANTE O CONTROLE DO HIV/AIDS: UMA ANÁLISE COM ÊNFASE NOS CONDICIONANTES DO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA\* †

*SOCIAL WORK IN THE FACE OF HIV/AIDS CONTROL: AN ANALYSIS WITH AN EMPHASIS ON CONDITIONS FOR THE HEALTH-DISEASE PROCESS*

PURL: <http://purl.oclc.org/r.ml/v6n2/d6>

Daniele Pinto da Silva Faria‡

 <https://orcid.org/0000-0003-1497-9574>

Viviane Aparecida Siqueira Lopes§

 <https://orcid.org/0000-0002-3759-9593>

**Resumo:** Este artigo analisa o trabalho do Serviço Social diante da prevenção e do tratamento da infecção pelo vírus HIV/Aids, associando-o aos condicionantes sociais e econômicos desse processo saúde-doença. Foi elaborado a partir de levantamento bibliográfico relacionado aos seus principais conceitos e de mediações com as ações de um Programa Municipal DST/Aids e hepatites virais, por ocasião do estágio em Serviço Social. A análise afirma a importância do trabalho do Serviço Social diante dos condicionantes socioeconômicos que dificultam o controle da enfermidade, sendo eles muito presentes na vida dos usuários do referido programa de saúde. Sobre o trabalho do Serviço Social, destaca sua dimensão educativa e de promoção do acesso às políticas públicas, com vistas à garantia de direitos sociais; no entanto, registra a presença de desafios inerentes ao trabalho profissional, em especial mediante a implementação da contrarreforma neoliberal e dos limites na gestão pública do sistema de saúde.

**Palavras-Chave:** Serviço social. HIV/Aids. Determinantes sociais da saúde.

**Abstract:** This article analyzes the work of social services regarding the prevention and treatment of infection by the HIV/Aids virus, associating it with the social and economic conditions of this health-disease process. It was prepared from a bibliographic survey related to its main concepts and mediation with the actions of a municipal STD/Aids and Viral Hepatitis Program during the Social Work Internship. The analysis affirms the importance of the work of Social Work in view of the socioeconomic conditions that limit the control of the disease, such conditions being present in the lives of the users of that health program. Regarding the work of Social Work, it highlights its educational dimension and the promotion of access to public policies to guarantee social rights. However, it registers the presence of challenges inherent to professional work, especially through the implementation of the neoliberal counter-reform.

**Keywords:** Social work. HIV/Aids. Social determinants of health.

---

\* Artigo recebido em: 18 de outubro de 2020. Aceito em: 16 de novembro de 2020

† Este artigo se baseia no trabalho final de conclusão do curso de serviço social do Departamento de Serviço Social de Campos, Instituto de Ciências da Sociedade e Desenvolvimento Regional, Universidade Federal Fluminense, intitulado “O Serviço social diante ao HIV/Aids: uma análise dos condicionantes sociais e do trabalho profissional”, elaborado em 2019.

‡ Bacharel em Serviço Social pelo Departamento de Serviço Social de Campos, da Universidade Federal Fluminense (UFF), Brasil. E-mail: [dvinij.faria@yahoo.com](mailto:dvinij.faria@yahoo.com)

§ Professora do Departamento de Serviço Social de Campos, da Universidade Federal Fluminense, Brasil. Doutora e Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/ Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Especialista em Serviço Social Contemporâneo e Bacharel em Serviço Social, pela Universidade Federal Fluminense (UFF). E-mail: [vivianeviviane@uol.com.br](mailto:vivianeviviane@uol.com.br)

## 1 Introdução

O trabalho do Serviço Social se insere no processo de execução, de articulação e de planejamento de políticas sociais públicas, norteado por posicionamento crítico frente às desigualdades sociais e em prol do atendimento às demandas da classe trabalhadora (SOUSA *et al.*, 2013). Para isso, o Serviço Social vem reconhecendo e ultrapassando os limites institucionais, a ideologia do assistencialismo e se articulando às lutas pelos direitos de cidadania (PIANA, 2009).

O Serviço Social, na área da saúde, foi redimensionado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei nº 8.080, de 1990, regulamentando o direito à saúde, previsto na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1990, 1988). Essa lei define que a saúde é determinada e condicionada por condições de vida, de trabalho e pelo acesso igualitário aos serviços (BRASIL, 1990 apud NOGUEIRA; SARRETA, 2016). Também define que o SUS é norteado por princípios como universalidade, integralidade, equidade, descentralização, hierarquização, participação social e regionalização. Essas formalizações jurídicas se coadunam com os princípios fundamentais do Código de Ética Profissional, pois remetem à perspectiva de ampliação da cidadania, da democracia política, da justiça social e da redução de preconceitos, entre outros princípios.

Portanto o trabalho do assistente social, inserido no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a se envolver não apenas com o acesso a bens e serviços, mas se associou também às diretrizes e ações relacionadas à promoção, à prevenção, à cura e à reabilitação, voltando-se de modo mais enfático para a investigação sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, no sentido de intervir sobre eles. A isso se agregam as novas manifestações da questão social, como a ampliação e o aprofundamento da pobreza, que reconfiguraram tais determinantes, impondo crescentes demandas aos serviços de saúde e, por conseguinte, aos assistentes sociais. Portanto, no contexto do SUS, as possibilidades de intervenção profissional foram ampliadas, com a presença de relevantes desafios advindos do contexto social, econômico e político.

Tais perspectivas se contrapunham às restrições da intervenção profissional quando inserida na política de saúde vinculada à previdência social, modelo que preponderou entre as décadas de 1920 e de 1980, destinado somente à cura de doenças, a partir de seus sintomas clínicos, e adotando o hospital como *locus* das intervenções profissionais, cujas ações possuíam caráter individual, assistencialista e especializado. Assim, os hospitais se constituíram como o principal espaço de trabalho dos assistentes sociais, atuando na intermediação instituição-

usuários, a partir da realização de “plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária” (BRAVO; MATOS, 2004, p. 29).

Com o advento do SUS, o trabalho do Serviço Social poderia ser desenvolvido, não apenas a partir de ações socioassistenciais, mas, também, de ações socioeducativas, ações de interação com a equipe profissional e, ainda, com ações de mobilização, de participação e de controle social; ações de investigação, de planejamento e de gestão; ações de assessoria, de qualificação e de formação profissional (CFESS, 2010). Esse trabalho poderia, então, ocorrer junto aos diversos programas e ações do SUS, não estando mais restrito aos hospitais, e com caráter interdisciplinar e intersetorial.

Contudo, segundo Bravo (2018), o trabalho profissional não se desenvolveu sem conflitos e contradições, pois, a partir da década de 1990, em concomitância com a implementação do SUS, juridicamente formulado, iniciou-se o processo de contrarreforma, de base neoliberal, com vistas à redução de políticas públicas, configurando forte tensão entre três projetos: o Projeto de Saúde Pública (década de 1980), o Projeto Privatista (década de 1990) e o Projeto de Flexibilização da Reforma Sanitária (anos 2000).

O Projeto da Saúde Pública foi defendido pelo movimento da Reforma Sanitária, incorporado pelo SUS, prevendo a redefinição dos papéis institucionais da União, dos estados e dos municípios na prestação dos serviços de saúde e no seu financiamento. O Projeto Privatista se refere à focalização de serviços por meio de um pacote básico para a saúde, destinado aos segmentos vulneráveis, “ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços no nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento” (BRAVO, 2018, p. 323). O Projeto de Flexibilização da Reforma Sanitária, por sua vez, associa-se ao:

[...] contexto do subfinanciamento da saúde, acreditando na otimização da gestão e na responsabilização dos profissionais de saúde para a efetivação do SUS “possível”, mesmo que isso envolva concessões que contrariem os interesses dos trabalhadores e o pleno usufruto do direito à saúde (BRAVO, 2018, p. 323).

Corroborando, Nogueira e Miotto (2007) afirmam:

Há que se considerar [...] a situação adversa às propostas de democracia social, decorrentes dos ajustes macroeconômicos da década de 1990, no Brasil. As políticas de redução do Estado, as privatizações e o novo papel desempenhado pelo mercado, como provedor das necessidades de saúde, foram a pedra de

toque para as dificuldades que ora se apresentam (NOGUEIRA; MIOTO, 2007, p. 233).

A tendência de redução do compromisso público com os direitos sociais ocorre, portanto, de modo concomitante ao incremento de grandes desafios sociais. Segundo Boschetti (2017, p. 55), “reeditam velhas e históricas situações e colocam, na agenda, novos desafios diante da barbarização da vida, em contexto de crise do capital e em contexto de particularização do avanço acelerado do reacionarismo e do conservadorismo no Brasil”.

Esse cenário social interfere no trabalho do assistente social e na sua condição de trabalhador. Lutar, defender e materializar direitos, no campo profissional, na atualidade, torna-se um desafio, pois as políticas sociais, inclusive a de saúde, sofrem relevantes supressões, em sintonia com o fortalecimento de políticas mercantilizadas. Nesse cenário, portanto, o Serviço Social possui autonomia relativa, pois se insere em um contexto institucional, que reproduz a lógica social hegemônica e expressa as normas estabelecidas, legitimadas e articuladas por essa mesma lógica (IAMAMOTO, 2015). As exigências institucionais tendem a impelir os profissionais a:

Endurecer critérios de elegibilidade, estabelecer ou ampliar condicionalidades e contrapartidas, focalizar benefícios e prestações assistenciais e previdenciárias, reduzir o nível dos benefícios sociais, desenvolver serviços sem as devidas condições financeiras e institucionais, transferir cuidados e proteção públicos às famílias e/ou organizações não governamentais, entre outras demandas que impõem intransponíveis limites à universalização das políticas e dos direitos (BOSCHETTI, 2017, p. 65).

Diante disso,

[...] o exercício da profissão exige [...] um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e atribuições profissionais. Requer ir além das rotinas institucionais para buscar apreender, no movimento da realidade, as tendências e possibilidades, ali presentes, passíveis de serem apropriadas pelo profissional, desenvolvidas e transformadas em projetos de trabalho (IAMAMOTO, 2007, p. 171-172).

Desse modo, o Serviço Social desenvolve seu trabalho em meio às contradições mencionadas, definindo possibilidades de intervenção e resistindo aos limites impostos. Nessa perspectiva, contribuindo com estudos e reflexões sobre o tema, este artigo analisa o trabalho do assistente social diante da prevenção e do tratamento da infecção pelo vírus HIV/Aids, associando-o aos condicionantes sociais e econômicos desse processo saúde-doença.

## 2 O HIV/Aids e os condicionantes socioeconômicos do processo saúde-doença

A Aids é uma doença crônica e complexa, que pode acometer a todos que realizam relações sexuais sem uso de preservativo, compartilham seringas contaminadas e/ou tenham contato com sangue contaminado, independentemente de cor, de raça, de sexo, de idade e de classe social; contudo as expressões da questão social constituem fatores facilitadores da infecção por HIV/Aids, estando em maior risco os segmentos sociais inseridos na periferia das relações sociais de produção ou que compõem os segmentos em situação de exclusão social.

Segundo Fonseca *et al.* (2002), essa é uma doença de parâmetros individuais e de inter-relações com seus parceiros e comunidade, tendo uma característica de transmissão íntima; entretanto, a infecção pelo vírus HIV/Aids não está vinculada somente ao nível individual de comportamentos e de ações. Há também aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos que se mostram promovedores da ampliação do risco de contrair o vírus. Para a autora:

[...] essas populações empobrecidas se veem às voltas com barreiras estruturais frente às possibilidades de implementar e de manter mudanças que minimizem os riscos de infecção, tais como: dificuldade de acesso e de utilização de meios preventivos (como preservativos e seringas estéreis) por problemas culturais, constrangimentos subjetivos ou objetivos (como, no caso das mulheres, a dificuldade em negociar com o parceiro o uso de preservativos); dificuldade de acesso a serviços de assistência (como para prevenção e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis – IST). Esses fatores, somados às dificuldades de acesso às informações atualizadas e adequadas, associadas, geralmente, à baixa escolaridade, limitam a adoção e a manutenção de comportamentos preventivos (FONSECA, 2002, p. 10).

Nessa perspectiva, a epidemia de HIV/Aids incide mais severamente sobre os grupos historicamente privados da riqueza social, tais como aqueles que são culturalmente discriminados (LOPES, 2005 apud CAMPOS *et al.*, 2011). Os segmentos populacionais mais empobrecidos e menos assistidos encontram-se mais suscetíveis à doença, especialmente devido ao precário acesso a serviços básicos, como saúde e educação (FARMER *et al.*, 1999 apud FONSECA, 2002), configurando a ausência de informação ou o entendimento precário, e o dificultoso acesso aos meios de prevenção, estabelecendo uma relação entre pauperismo populacional e infecção/doença (PEREIRA *et al.*, 2014). Destaca-se, assim, que a prevenção e o tratamento da Aids dependem, quase que exclusivamente, do acesso a serviços de saúde, a insumos, a informações e a medicamentos (VIEIRA *et al.*, 2014), e acrescenta-se que a disseminação da epidemia do HIV/Aids ocorreu, sobretudo, entre municípios pequenos que,

via de regra, possuem menor renda per capita, tendo uma população mais empobrecida (SZWARCOWALD *et al.*, 2000 apud PEREIRA, 2015). Diante disso,

[...] a pauperização pode ser considerada um fator de vulnerabilidade e se apresenta como um desafio para a saúde pública, visto que, além de reduzir os recursos sociais, a mesma também limita o acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, às ações preventivas (SOARES *et al.*, 2017, p. 187).

Em relação aos jovens, Pereira *et al.* (2014) acrescentam que a variabilidade ou multiplicidade de parceiros, bem como a imaturidade e maior descaso com os métodos preventivos, os tornam mais vulneráveis à contaminação.

Para Lustosa (2014), as expressões da questão social promovem não só o contato com o vírus, mas também a baixa adesão ao tratamento, por condições culturais, econômicas e/ou dificuldade de acesso ao serviço especializado de saúde. Em relação aos indivíduos soropositivos, Brasil (2015 apud RAMOS; CÂNDIDO, 2016) destaca que a continuidade da vida social e a adesão adequada ao tratamento resultam na melhora da qualidade de vida e na resposta ao tratamento com medicamentos antirretrovirais, o que pressupõe a presença de condições socioeconômicas favoráveis.

Segundo Brasil (2019), a infecção por HIV é o primeiro estágio do processo de adoecimento e, quando ocorre adesão ao tratamento nessa fase inicial, há uma melhor qualidade de vida. Todavia, quando não há adesão ao tratamento, o vírus avança para a doença Aids. Ela destrói o sistema imunológico do indivíduo, deixando-o suscetível a várias doenças oportunistas, como tuberculose e pneumonia, podendo causar a morte.

Em relação à baixa adesão ao tratamento, Ramos e Cândido (2016) reconhecem que as pessoas que vivem com HIV/Aids passam por muitos processos de exclusão social, como: não aceitação do seu diagnóstico, aliada ao preconceito; desemprego; moradia distante do local de tratamento; entre outros. Assim, muitas vezes, o tratamento não é iniciado por não aceitação. Mas também há falta de recursos materiais para arcar com transporte e com a alimentação reforçada, que é indicada junto ao tratamento.

Segundo os autores supracitados, a epidemia HIV/Aids surgiu como uma desafiadora expressão da questão social, transformando-se de forma oblíqua e carregada de preconceito e de exclusão, sendo uma doença provocadora, especialmente, por suas peculiaridades sociais. Sobre essas características, Parker e Camargo Jr. acrescentam: “A pobreza [...] funciona, em quase todas as circunstâncias, em conjunção com um leque de outros fatores sociais e culturais

na articulação de formas variadas de vulnerabilidade ao HIV/Aids” (PARKER; CAMARGO JR., 2000, p. 97).

Segundo Moura e Faria (2017), a epidemia HIV/Aids, no Brasil, apresenta-se em três fases diferentes. A primeira se constitui, principalmente, pela contaminação de homens homossexuais com alto nível de escolaridade, sendo marcada pelo conceito de *grupos de risco*. A segunda diz respeito ao aumento da infecção por uso de drogas injetáveis com seringas contaminadas, atingindo muitos heterossexuais, sendo conceituada pela ideia de *comportamento de risco*. Na terceira e atual fase, adota-se o conceito de vulnerabilidade, em razão do aumento de casos entre pessoas do sexo feminino e do crescimento de casos em municípios distantes das principais áreas metropolitanas, atingindo fortemente aqueles que vivem em comunidades menos assistidas, pessoas com menor nível de escolaridade, sendo associado a um processo de pauperização (RAMOS; CÂNDIDO, 2016).

No que diz respeito à contaminação de mulheres pelo HIV, essa possui forte associação a aspectos culturais, sendo de alta incidência, girando em torno de 870 mil mulheres/ano, em nível mundial (ONU, 2017). A feminização da Aids, segundo Silva e Rocha (2010), está associada à prática heterossexual, pois grande parte das mulheres se infectam no contato com seus parceiros “fixos”. Pereira *et al.* (2014) afirmam que a maioria delas apresenta baixa escolaridade, exerce funções exclusivamente domésticas e é exposta ao vírus, principalmente, por meio de relações heterossexuais com companheiros de união estável, pois a desigualdade de gênero condiz com distintas formas de poder entre homens e mulheres, gerando dificuldades para elas negociarem com seus parceiros a prevenção do HIV e/ou de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST)<sup>4</sup>, a partir do uso do preservativo. Esse uso é visto pelo parceiro, muitas vezes, como desconfiança ou falta de amor, promovendo o exercício de coação e constrangimento sobre a mulher. Portanto o comportamento sexual feminino vulnerável, em muitos casos, pode estar relacionado à submissão diante do parceiro, a questões morais, a preconceitos e tabus sobre sua sexualidade e à falta de autoestima e de autonomia.

Pereira *et al.* (2014, p. 753) ainda acrescentam que há aumento da infecção pelo vírus HIV entre mulheres “negras ou pardas, com parceiro único e com histórico de múltiplas violências, demonstrando a complexidade epidemiológica dessa questão e evidenciando que o

---

<sup>4</sup> Segundo o Ministério da Saúde/Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, em 2016, a nomenclatura ‘doença sexualmente transmissível’ (DST) foi substituída pela expressão ‘infecção sexualmente transmissível’ (IST), pois o termo ‘doença’ remete a sinais e sintomas, e o termo ‘infecção’ mostra-se mais abrangente, envolvendo não apenas sinais e sintomas, mas, também, as infecções assintomáticas, que, nesse caso, seriam detectadas somente a partir de exames laboratoriais e de testagem. (BRASIL, 2016)

contexto social potencializa a vulnerabilidade ao vírus”. Nessa mesma perspectiva, Parker e Camargo (2000) afirmam:

a relação entre pobreza e vulnerabilidade ao HIV sugerem que os fatores político-econômicos que impulsionam a epidemia de HIV/Aids estão também intimamente ligados à organização social de estruturas de gênero e sexualidade, cujas hierarquias fazem das mulheres - em especial, aquelas dos segmentos de baixa renda - extremamente vulneráveis à infecção pelo HIV (PARKER; CAMARGO, 2000, p. 94).

A dependência e submissão da mulher; a dificuldade em negociar com o parceiro o uso do preservativo; a troca do não uso do preservativo por dinheiro, permitida por prostitutas; a negação de homens em realizar o teste e/ou a não revelação de sua condição sorológica à parceira; bem como abusos sexuais, são algumas das condições que colocam a mulher em situação de vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis (IST), entre elas o HIV/Aids (ESTAVELA; SEIDL, 2015). Assim, mesmo as mulheres que não sofrem violência física estão suscetíveis ao vírus, quando coagidas por seus parceiros a se relacionarem sexualmente sem preservativo (UNAids, 2017). Parker e Camargo (2000) também destacam a pobreza como fenômeno associado ao sexo comercial – seja praticado por mulheres, por travestis, por transsexuais ou por outros – sendo esse, muitas vezes, o único meio de sobrevivência, o que coloca os indivíduos envolvidos em situação de grande vulnerabilidade.

Os autores supracitados acrescentam a relação entre mobilidade e disseminação do vírus HIV, bem como a segregação espacial – muito comum em situação de pobreza – como fatores de vulnerabilidade. A mobilidade refere-se aos trabalhadores migrantes, ou seja, que, pelas características de seu trabalho, estão sempre percorrendo grandes distâncias entre o local de residência e o local de trabalho, como é o caso dos caminhoneiros. Associada à segregação espacial, é comum ocorrer intensificação de poder associado ao gênero, violência, discriminação sexual, desintegração social associada ao tráfico de drogas, entre outros, o que complexifica o contexto social e, por conseguinte, a vulnerabilidade ao vírus HIV/Aids.

Nessa perspectiva, Bastos e Szwarcwald (2000) afirmam que as desigualdades em dimensão coletiva tendem a resultar em condições diferenciadas quanto ao usufruto de bens e serviços, tanto materiais – habitação, alimentação adequada e tratamento médico – como simbólicos – informação e poder de se autodeterminar. Assim, é comum, em áreas geográficas mais pauperizadas, agruparem-se fatores adversos em relação à infraestrutura, ao desemprego e/ou às fragilidades de políticas públicas, que, por sua vez, estão frequentemente associados ao alto consumo de álcool e de drogas, à violência estrutural e à alta prevalência de infecções



sexualmente transmissíveis, sendo todos fatores que potencializam a vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

No sentido do enfrentamento, Irffi, Soares e Souza (2010) destacam a função crucial da educação na compreensão de campanhas informativas e na disposição para mudanças de hábitos e comportamentos sociais, sendo um fator importante na qualidade do conhecimento sobre HIV/Aids, facilitando o entendimento dos riscos dessa infecção e das formas de transmissão e prevenção. Esses autores afirmam ainda que um nível educacional e econômico mais elevado colabora para melhor informação e compreensão dos indivíduos sobre as formas de prevenção da Aids.

### **3 O trabalho dos assistentes sociais diante do HIV/Aids**

O trabalho do Serviço Social na saúde incide sobre as expressões da questão social, as quais se configuram na vida cotidiana dos usuários dos serviços de saúde e, por conseguinte, interferem na efetivação da política de saúde, como anteriormente mencionado. Portanto esse trabalho implica o enfrentamento de desafios oriundos do forte tensionamento entre necessidades sociais e possibilidades concretas de atendimento, ante a presença da contrarreforma do Estado, a partir das diretrizes neoliberais (BEHRING, 2018). No campo da atenção ao HIV/Aids, segundo Azevedo (2015), os assistentes sociais lidam com as seguintes demandas:

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 (AZEVEDO, 2015, p. 46).

Os Programas Municipais de DST/Aids e hepatites virais possuem a finalidade de implementar a política de prevenção e controle das referidas enfermidades, destinando suas ações a indivíduos de todas as faixas etárias, inclusive a crianças e adolescentes de ambos os sexos e de todas as orientações sexuais. Cada polo do Programa possui abrangência regional, desenvolvendo a coordenação e a execução das metas e das ações planejadas, o monitoramento e a avaliação da oferta de serviços e a execução dos níveis de promoção, de prevenção, de diagnóstico, de assistência e de vigilância epidemiológica.

No polo do referido Programa, localizado no município de Campos dos Goytacazes, RJ, no qual foi realizado o estágio em Serviço Social por uma das autoras deste artigo, os usuários, em maioria, apresentaram vulnerabilidade social, configurada por insuficiência de renda, por desemprego, por moradia inadequada e/ou em local de risco, por conflitos familiares, pela falta de informação sobre a doença, pela vivência de preconceito, pelo machismo, pela não adesão ao tratamento, entre outros, observando-se o aumento no número de casos de mulheres heterossexuais e/ou em relações estáveis.

Assim, a baixa adesão ao tratamento é comum, devido a questões subjetivas, sociais e/ou culturais. Por exemplo, são apresentadas situações nas quais o indivíduo soropositivo não adere ao tratamento por medo de ser expulso da comunidade onde mora ou por medo de represália de membros do tráfico de drogas, caso descubram sua situação sorológica. Há, também, usuários que não possuem meios financeiros para arcar com os custos do transporte entre sua residência e a sede do programa e vice-versa, mas que não querem a gratuidade no transporte público, que é ofertada pelo Programa, em parceria com a Política de Assistência Social, alegando que, por morar em uma cidade pequena, todos saberiam e questionariam sobre sua saúde.

Diante das demandas apresentadas, o Serviço Social faz uso de instrumentos e de técnicas, tais como: a) entrevistas, no processo de acolhimento e de aconselhamento, com escuta qualificada; b) encaminhamentos, principalmente para a Política de Assistência Social, com vistas ao benefício de prestação continuada (BPC) e ao Bolsa Família, bem como à gratuidade no transporte público; c) visitas domiciliares, em especial, diante dos casos de não adesão ao tratamento; d) reuniões com usuários infectados em tratamento, ressaltando a importância do uso de preservativos, de seringas descartáveis e da adesão ao tratamento, e com a equipe profissional, para avaliação do processo de trabalho; e) palestras, com vistas à prevenção das ISTs, realizadas na sede do programa, em escolas, em hospitais, em empresas e em outros espaços.

Os registros das ações desenvolvidas pelo Serviço Social são realizados no prontuário dos usuários, em relatórios, em ofícios e declarações, pareceres sociais e livro de ocorrências. O trabalho do Serviço Social, nos Programas Municipais DST/Aids e hepatites virais, envolve o desenvolvimento de frentes de ação, tais como:

Fortalecer as estratégias de enfrentamento da epidemia como questão de saúde pública, com mobilização e controle social [...]; romper barreiras sociais de estigma, discriminação e classe, fortalecendo as ações voltadas para os grupos sexualmente ativos, profissionais do sexo e usuários de drogas; aprofundar a

análise da relação entre Aids e pauperização [...]; aprofundar a realização de estudos epidemiológicos que visem especificamente à determinação do perfil socioeconômico 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 (AZEVEDO, 2015, p. 54).

Essas frentes de trabalho condizem com a análise de CLEMENTINO (2017), que afirma:

[...] nessa correlação de forças na qual atua o/ assistente social, o desafio consiste em pautar as ações para além da burocratização e seletividade impostas pelas próprias políticas, ir além do imediato e de ações individualistas nos espaços sócio-ocupacionais, e no que concerne ao HIV/Aids, oferecer respostas adequadas que fortalecer as ações que visem conter o avanço da epidemia (CLEMENTINO, 2017, p. 10).

O trabalho desenvolvido pelo Serviço Social, no campo do HIV/Aids, possui como principais diretrizes as abordagens socioeducativa e socioassistencial, ao intervir sobre as dimensões assistenciais e preventivas, promovendo o acesso aos serviços de saúde e às demais políticas públicas, tendo em vista a garantia dos direitos sociais aos usuários.

O Serviço Social propicia ações educativas, seja junto ao usuário do Programa ou à comunidade, com vistas à prevenção da doença e de seus agravos, facilitando o acesso ao teste para a detecção do vírus e a adesão ao tratamento. Reconhece os condicionantes sociais que possam ampliar a vulnerabilidade dos usuários e/ou das famílias para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), e que possam dificultar o tratamento, intervindo sobre eles, com promoção de reflexões e estabelecimento de interações com as demais políticas sociais.

O Serviço Social, em suma, desenvolve ações educativas, não exclusivamente, mas sobretudo para indivíduos que vivem com HIV/Aids, para seus parceiros sexuais, para familiares e comunidade abrangida pelo polo; identifica e dá suporte para o enfrentamento de situações sociais e familiares geradoras de sofrimento. As ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, referentes ao trabalho do assistente social, no âmbito das infecções sexualmente transmissíveis são:

a) Acolher, informar, aconselhar e desenvolver ações educativas para pessoas que vivem com HIV e Aids, parceiros (as), familiares e comunidade; b) Identificar e dar suporte para o enfrentamento de situações sociais e familiares geradoras de sofrimento; c) Desenvolver atividades de acolhimento, orientação e aconselhamento relacionadas: ao impacto do diagnóstico na vida social, afetiva e no trabalho; dificuldades no uso da medicação e na adesão ao

tratamento relativas à organização do cotidiano e às condições sociais objetivas de cada sujeito; situações de vulnerabilidade social e individual (uso de drogas, desemprego e condições de desestruturação familiar, entre outras); d) Incluir o usuário nas políticas de saúde e assistência social sob a perspectiva do direito e da promoção de cidadania e do reconhecimento dos direitos individuais; e) Disponibilizar ao usuário os recursos institucionais e comunitários existentes; f) Discutir casos em equipe, contribuindo para a construção de propostas criativas frente as necessidades coletivas dos usuários; g) Manter-se atualizado em relação a leis estaduais e federais, e também sobre benefícios que podem ser disponibilizados aos que vivem com HIV e Aids; h) Estimular a construção e organização da rede de referência e contrarreferência incluindo as organizações não governamentais; i) Desenvolver ações dirigidas à educação continuada dos profissionais de saúde da rede pública com o objetivo de capacitar pessoas na prevenção, diagnóstico e aconselhamento em DST e Aids (BRASIL, 2008, p. 28)<sup>5</sup>.

Em termos de desafios, o Serviço Social frequentemente se depara com situações sociais que ultrapassam os limites de sua atuação profissional, relacionados às ações de outros profissionais ou setores, e associados às regressões nos direitos sociais - induzidas pela contrarreforma do Estado em vigência - e aos limites na gestão pública.

Um primeiro exemplo se dá quando não se efetiva a associação da política de saúde à de assistência social, inviabilizando a entrega de insumos importantes ao tratamento, como é o caso da fórmula láctea para crianças com HIV/Aids ou de filhos recém nascidos de portadoras do vírus, que não podem amamentar. Esse insumo, por indicação clínica, constitui o único meio de alimentação para essas crianças, sendo suas famílias, na maioria dos casos, desprovidas de meios financeiros para suprir tal necessidade. Outro exemplo é a precária articulação entre as unidades da rede de serviços de saúde, dificultando o atendimento de usuários soropositivos que necessitam de tratamento ou de realização de protocolos de prevenção em outras unidades de saúde. O terceiro exemplo se refere ao desrespeito ou à incompreensão de outros profissionais em relação ao trabalho do assistente social, referente à situação em que, diante do número insuficiente de salas para atendimento, alguns profissionais, ao desejarem um atendimento rápido diante do grande número de pessoas a serem atendidas, batem na porta da sala de atendimento do Serviço Social, em meio a uma entrevista ou acolhida, solicitando agilidade no trabalho. Nessa perspectiva, Clementino (2017) afirma:

É sabido que, no atual contexto no qual se encontra a saúde pública, com nítida ênfase na privatização e precarização na oferta dos serviços, os profissionais, dentre eles, os assistentes sociais têm sua atuação perpassada por precárias condições de trabalho, pelo aumento de demandas impostas à profissão e por

<sup>5</sup> De modo diferente da versão original, foram inseridas letras, visando melhor organização do conteúdo apresentado.

necessidade dos usuários, nem sempre possíveis de serem viabilizadas na atual conjuntura de desmonte dos direitos sociais (CLEMENTINO, 2017, p. 10).

Portanto, o trabalho do Serviço Social, junto à prevenção e tratamento da infecção por HIV/Aids, desenvolve-se em um contexto no qual a redução de direitos sociais expressa os impactos da contrarreforma do Estado neoliberal, associados a limites da gestão pública de um sistema de saúde universal; por outro lado, retrata as prerrogativas da profissão e do Sistema Único de Saúde (SUS), implementadas a partir da década de 1990, no intuito de promover a equidade e enfrentar as expressões da questão social associadas a essa infecção.

#### **4 Conclusão**

A emergência e disseminação do vírus HIV/Aids ultrapassam a dimensão biológica, uma vez que os impactos das desigualdades sociais possibilitam que segmentos populacionais mais empobrecidos e menos assistidos estejam mais suscetíveis à infecção. Assim, a epidemia HIV/Aids constitui uma desafiadora expressão da questão social, carregada de preconceito e de exclusão, apresentando peculiaridades sociais.

As redefinições implementadas na política de saúde brasileira, na década de 1980, expressas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), referentes ao seu caráter universal, integral, equânime e garantidor da participação popular em sua gestão, associado à incorporação dos determinantes sociais no significado do “estar saudável” ou não, ampliaram o escopo de ação do Serviço Social no âmbito da saúde.

Nessa perspectiva, o trabalho do Serviço Social nos Programas Municipais DST/Aids e hepatites virais investiga as diversas expressões da questão social, que se configuram como limites à prevenção e ao tratamento do HIV/Aids, e intervém sobre elas. O serviço social do referido programa, no polo de Campos dos Goytacazes/RJ, desenvolve ações socioeducativas, socioassistenciais e de interação com a equipe profissional, com vistas à prevenção da doença e de seus agravos, facilitando o acesso aos direitos sociais, uma vez que a maioria dos usuários apresentam significativas vulnerabilidades sociais, como insuficiência de renda, desemprego, moradia inadequada e/ou em local de risco, dentre outras. Os assistentes sociais realizam, portanto, articulações com a rede de serviços de saúde e socioassistencial, promovendo o atendimento de múltiplas necessidades sociais.

No entanto, o trabalho profissional se desenvolve em meio a contradições decorrentes da concomitante implementação do SUS e da contrarreforma do Estado, o que resultou em

redução no escopo dos direitos sociais previstos em lei, repercutindo no acesso às políticas públicas, no agravamento das condições de vida e na precarização dos serviços públicos prestados. A esses elementos se acrescentam os limites na gestão pública do sistema de saúde, que, em conjunto, alteram as condições de trabalho dos profissionais envolvidos, entre eles as dos assistentes sociais.

## 5 Referências

AZEVEDO, V. A prática profissional do serviço social no tratamento para HIV/Aids no Brasil. **Intervenção Social**, Lisboa, n. 46, p. 41-56, jul./dez. 2015.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 16, p. S65-S76, 2000. Suplemento 1

BEHRING, E.R. A condição da seguridade social pública no Brasil. *In*: BEHRING, E. R. **Brasil em contrarreforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2018. p. 213-280.

BOSCHETTI, I. Agudização da barbárie e desafios ao Serviço Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 128, p. 54-71, jan./abr. 2017.

BRASIL. [Constituição (1988)] **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: [https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988\\_05.10.1988/CON1988.pdf](https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf) Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **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 e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 12 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação e monitoramento da qualidade e recomendações de boas práticas da assistência ambulatorial em Aids no SUS**. Brasília, DF: QualiAids, 2008. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_qualiAids.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_qualiAids.pdf). Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. **Departamento passa a utilizar nomenclatura "IST" no lugar de "DST"**. 17 nov. 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/departamento-passa-utilizar-nomenclatura-ist-no-lugar-de-dst>. Acesso em: 20 out. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS.

**Autoteste de HIV.** 2019. Disponível em: <http://www.Aids.gov.br/pt-br/autoteste/o-que-e-um-autoteste>. Acesso em: 28 jul. 2020.

BRAVO, M. I. S. A Privatização da Saúde nos Governos do Partido dos Trabalhadores (PT). *In: ENCONTRO NACIONAL SERVIÇO SOCIAL E SEGURIDADE SOCIAL*, 5., 2015, Belo Horizonte, MG. **Anais [...]**. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), 2018. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/2018CFESS-5EncontroSeguridade.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. *In: BRAVO, M. I. S. et al. (orgs.). Saúde e Serviço Social*, 2. ed., São Paulo: Cortez, 2004. p. 25 - 47.

CAMPOS, A. C. M. *et al.* Desigualdade de acesso entre diferentes etnias de pacientes com HIV/Aids tratados no HC Unicamp. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 10, n. 11, p. 91 – 111, jul. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política de Saúde.** Brasília: CFESS, 2010. p. 31-65. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf). Acesso em: 10 jul. 2020.

CLEMENTINO, M. O. O HIV/Aids como expressão da “questão social”: demandas de intervenção para os/as assistentes sociais. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE*, 2., 2017, Campina Grande, PB. **Anais [...]**. Campina Grande, PB: Cemap, 2017. Disponível em: <http://www.conbracis.com.br/>. Acesso em: 10 jul. 2020.

ESTAVELA, A. J.; SEIDL, E. M. F. Vulnerabilidades de gênero, práticas culturais e infecção pelo HIV em Maputo. **Psicologia & Sociedade**, Recife, PE, v. 27, n. 3, p. 569-578, set./dez. 2015.

FONSECA, M. G. P. *et al.* Análise sócio demográfica da epidemia de Aids no Brasil: 1989-1997. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. 678-685, 2002.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. *In: MOTA, A. E. et al. (orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p.161 – 196.

IRFFI, G.; SOARES, R. B.; SOUZA, S. A. Fatores socioeconômicos, demográficos, regionais e comportamentais que influenciam no conhecimento sobre HIV/Aids. **Economia**, Brasília, DF, v. 11, n. 2, p. 333-356, maio/ago. 2010.

LUSTOSA, I. A. **As expressões da questão social que repercutem sobre a adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids atendidas na Rede de Solidariedade Positiva – RSP.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) - Centro de Ensino Superior do Ceará, Faculdades Cearenses, Fortaleza, 2014. Disponível em: <http://www.faculdadescearenses.edu.br/>. Acesso em: 05 jun. 2020.

MOURA, J. P.; FARIA, M. R. Caracterização e perfil epidemiológico das pessoas que vivem com HIV/Aids. **Revista de Enfermagem UFPF**, Recife, v. 11, supl. 12, p. 5214-5220, dez. 2017.

NOGUEIRA, D. O.; SARRETA, F. O. A Inserção do Assistente Social na Saúde: desafios atuais. *In*: SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 4., 2016, Belo Horizonte, MG. **Anais** [...]. Belo Horizonte, MG: Cress, 2016. Disponível em: <http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/13/130a0812-1065-4c0b-9ab2-41a70858af1d.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2020.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde (SUS) e as exigências para os Assistentes Sociais. *In*: MOTA, A. E. *et al.* (orgs.). **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 218-241.

ONU (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS-BRASIL). **Mais de 850 mil mulheres se infectam com HIV, todos os anos, no mundo, diz UnAids**. 2017. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/mais-de-850-mil-mulheres-se-infectam-com-hiv-todos-os-anos-no-mundo-diz-unAids/>. Acesso em: 20 jul. 2020.

PARKER, R.; CAMARGO JR., K. R. Pobreza e HIV/Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 89-102, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 20 abr. 2020.

PEREIRA, B. S. *et al.* Fatores associados à infecção pelo HIV/Aids entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no estado da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 747 – 758, mar. 2014.

PEREIRA, L. A. **Uma análise sobre as desigualdades do HIV/Aids em municípios brasileiros, nos anos 1991, 2000 e 2010**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ceilândia Curso de Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2015. Disponível em: <http://bdm.unb.br/>. Acesso em: 16 maio 2020.

PIANA, M. C. O Serviço Social na contemporaneidade: demandas e respostas. *In*: UNESP (org.). **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. p. 85 – 117. Disponível em: <http://books.scielo.org>. Acesso em: 5 set 2020.

RAMOS, C. P.; CÂNDIDO, R. Aids - aspectos sócio-políticos: convite para o pensar. *In*: SIMPÓSIO MINEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 4., 2016, Belo Horizonte, MG. **Anais** [...]. Belo Horizonte, MG: CRESS, 2016. Disponível em: <https://cress-mg.org.br/>. Acesso em: 22 maio 2020.

SILVA, T. M.; ROCHA, M. S. **Desigualdade, pobreza e feminização da Aids no Brasil e na África do Sul**. Núcleo de Estudos e Pesquisas em Políticas e Direitos Sociais, Departamento de Serviço Social, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. Disponível em: <http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais/Arquivos%20GTS%20-%20recebidos%20em%20PDF/DESIGUALDADE,%20POBREZA%20E%20FEMINIZA%C>



3%87%C3%83O%20DA%20Aids%20NO%20BRASIL%20E%20NA%20%C3%81FRICA%20DO%20SUL.%20.pdf . Acesso em: 12 out. 2020.

SOARES, J. P. *et al.* Prevalência e fatores de risco para o HIV/Aids em populações vulneráveis: uma revisão integrativa de literatura. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 46, n. 4, p. 182-194, dez. 2017.

SOUSA, J. C. *et al.* A Efetivação do Projeto Ético Político Profissional no Âmbito da Assistência Social. *In*: CONGRESSO CATARINENSE DE ASSISTENTES SOCIAIS, 1, 2013, Florianópolis, SC. **Anais [...]**. Florianópolis: CRESS, 2013. Disponível em: <http://cress-sc.org.br/>. Acesso em: 20 jul. 2020.

UNAids. **UNAids Brasil**, 2017. Disponível em: <http://www.unAids.org.br>. Acesso em: 20 jul. 2020.

VIEIRA, A. C. S. *et al.* A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado: diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique. **Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, jul./dez. 2014.