

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO
PROF. JOSÉ DE SOUZA HERDY
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

DAIANE BARROS ALVES
THALYNE PREDOSA ARAGÃO
VIVIANE SILVA REAL

**O SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO - SAEP DO
HOSPITAL INFANTIL ISMÉLIA DA SILVEIRA: um estudo sobre as possibilidades e
os limites de atuação do Serviço Social neste espaço.**

Duque de Caxias – RJ

2018

DAIANE BARROS ALVES
THALYNE PREDOSA ARAGÃO
E VIVIANE SILVA REAL

**O SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO - SAEP DO
HOSPITAL INFANTIL ISMÉLIA DA SILVEIRA: um estudo sobre as possibilidades e
os limites de atuação do Serviço Social neste espaço.**

Monografia apresentada ao Curso de
Serviço Social da Universidade do
Grande Rio *Prof. José de Souza
Herdy*, como parte dos requisitos parciais
para a obtenção do Título de Bacharel em
Serviço Social.
Orientador (a): Diego Augusto Rivas dos
Santos.

Duque de Caxias – RJ

2018

A474s Alves, Daiane Barros.

O Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico – SAEP do Hospital Infantil Ismélia da Silveira: um estudo sobre as possibilidades e os limites de atuação do serviço social neste espaço / Daiane Barros Alves, Thalyne Predosa Aragão, Viviane Silva Real. – 2018.

108 f. : il. ; 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação em Serviço Social) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências Sociais Aplicadas, 2018.

“Orientador: Prof. Diego Augusto Rivas”.

Bibliografia: f. 96-102.

1. Serviço social. 2. Política de saúde. 3. HIV. 4. Doenças imunológicas em crianças. I. Aragão, Thalyne Pedrosa. II. Real, Viviane Silva. III. Rivas,

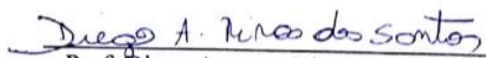
DAIANE BARROS ALVES
THALYNE PEDOSA ARAGÃO
VIVIANE SILVA REAL

**O SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO PEDIÁTRICO - SAEP
DO HOSPITAL INFANTIL ISMÉLIA DA SILVEIRA: UM ESTUDO SOBRE AS
POSSIBILIDADES E OS LIMITES DE ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL
NESTE ESPAÇO**

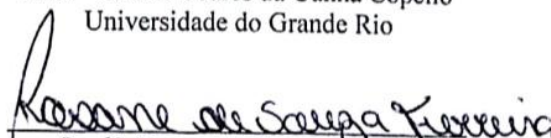
Monografia apresentada ao
Curso de Serviço Social da
Universidade do Grande Rio
Prof. José de Souza Herdy,
como parte dos requisitos
parciais para obtenção do Título
de Bacharel em Serviço Social.

Aprovado com grau 10.0 (DEZ) em 29 de novembro de 2018.

Banca Examinadora:


Prof. Diego Augusto Rivas dos Santos
Universidade do Grande Rio


Prof.^a Vaniele Soares da Cunha Copello
Universidade do Grande Rio


Prof.^a Rosane de Souza Ferreira
Universidade do Grande Rio

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho primeiramente a Deus, pois sem ele não teríamos forças para caminhar durante esta jornada árdua. Aos nossos familiares que foram essenciais, nos incentivaram a todo tempo. Aos nossos professores que contribuíram para nossa formação. Ao campo empírico de nossa pesquisa e a assistente social atuante.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me conceder a vida, por guiar meus passos, por me fortalecer em meio a tantas dificuldades me mantendo sempre de pé e com fé.

Agradeço e compartilho desta conquista com meu esposo, Cristiano e meus filhos amados Guilherme e Júlia que estiveram firmes com toda a paciência e ajuda nas tarefas domésticas, no apoio e no mais nobre e puro amor com tamanha compreensão diante de toda minha ausência. Essa vitória é nossa!

Agradeço a minha mãe querida, sempre me dando forças com palavras positivas e até mesmo me socorrendo financeiramente quando necessitava. Parabéns Mãezinha, a senhora conseguiu!

À minha irmã, Raísa. Como seria possível sem seu apoio? Eu jamais esquecerei de cada dia que você se disponibilizou em prol de proteger seus sobrinhos e me tranquilizar para que assim pudesse dar continuidade nos estudos e na rotina árdua. Muito obrigada!

Agradeço as pessoas maravilhosas que compartilharam desse ciclo no meu trabalho. Vocês foram essenciais nessa conquista.

Agradecer a todos os mestres que dividiram conosco seus conhecimentos em especial à Professora Mônica Ramos, a senhora é sensacional! Que Deus te abençoe para toda a vida.

Ao meu orientador Diego, que com toda a paciência e qualidade nas explicações nos ensinava cada passo de forma clara e precisa, você é incrível lecionando.

À Aline, minha supervisora de campo no que me acolheu no meu primeiro e último campo de estágio, dividindo comigo seus conhecimentos, me ouvindo, me aconselhando me moldando para atuar de forma crítica e ética. Muito obrigada por tudo! Agradeço também a assistente social Ingrid, que me supervisionou durante um período da minha vida me proporcionando muita aprendizagem e companheirismo.

Aos meus amados colegas de turma, foi maravilhoso compartilhar de tantas experiências com vocês, experiências essas que nos moldaram o profissional que está sendo formado hoje, obrigado a todos/as pelas palavras de apoio de boas vibrações, principalmente as minhas fiéis escudeiras, que enfrentaram comigo madrugadas e madrugadas em prol de um trabalho estruturado e qualificado. Thalyne Aragão e Viviane Real, nós conseguimos!

Obrigada a todos que duvidaram ou tentaram pôr empecilhos para que esse sonho não fosse realizado, vocês me encheram de força para continuar!

Daiane Barros Alves.

Agradeço, primeiramente à Deus por abençoar o meu caminho durante esse trabalho.

A minha mãe, Lair, e ao meu pai, Joacyr, que batalharam muito para me oferecerem uma educação de qualidade, que sempre me incentivaram a seguir meu caminho e que acreditaram no meu potencial. Eu amo vocês!

A minha irmã, Thalita, e ao meu cunhado, Jefferson, por estarem comigo nessa caminhada, sempre torcendo por mim!

Ao meu amoroso, bondoso e paciente esposo Augusto, que me deu força e apoio para vencer essa etapa da minha vida acadêmica. Obrigada por suportar as crises de estresse, por cuidar de mim mesmo quando chegava cansado do trabalho e por cuidar de nossa filha para que eu pudesse pesquisar e digitar este TCC. Você foi e sempre será essencial. Eu te amo!

A minha linda filha, Laura, minha princesa, me desculpe pelos momentos ausentes nos quais a mamãe precisou te deixar para que pudesse estudar. Você é minha inspiração, por você eu batalhei para que pudesse concluir mais essa etapa da minha vida. Eu te amo muito, você é tudo pra mim!

A minha sogra Diva e as minhas cunhadas Priscila e Laís, que me apoiaram e que, por tantas vezes, cuidaram tão bem da minha querida filha para que eu pudesse estudar. Aos meus concunhados, Giovanni e Ulisses, que apoiaram as suas esposas e que demonstram um lindo amor pela minha filha. Ao meu sobrinho do coração, JC, que sempre zelou pelo bem estar de sua priminha.

Aos meus professores, que acompanharam minha jornada de perto e me deram muito apoio em sala de aula. Em especial, às professoras Mônica Ramos e Rosane Ferreira, pela dedicação e confiança. Vocês são minhas profissionais “espelho”. À coordenação. E ao mestre Diego Rivas, orientador super atencioso, que contribuiu muito para a realização dessa pesquisa.

A toda equipe do Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico, que me recebeu de braços abertos, com vocês eu aprendi muito. A minha supervisora de campo Flávia, que foi o “elemento x” da minha formação. Você representa todo o reconhecimento da nossa profissão.

A todos os meus amigos de classe, obrigada pelos quatro anos de risadas e tensões, em especial as minhas amigas e parceiras de TCC Daiane e Viviane, pelos conselhos, palavras de apoio, puxões de orelhas e risadas. Me desculpem também pelos meus puxões de orelha em vocês, esse TCC com certeza é nosso!

Thalyne Predosa Aragão.

Agradeço a Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades e poder concluir esta etapa em minha vida

Agradecer minha família e amigos, em especial meus pais, Leila e Nivaldo pelo incentivo, amor e apoio incondicional.

Ao meu orientador Diego Rivas por ter me dado suporte não só como orientador mais como um excelente professor, pelas suas correções e incentivos.

Ao meu noivo Cláudio por me apoiar, estar ao meu lado sempre com seu amor e carinho e me ajudando nas tarefas de casa.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior.

Agradeço a Juliana e a Cristiane por me acolherem no período de estágio e por serem ótimas profissionais.

Agradecer minhas companheiras de monografia Daiane e Thalyne pela paciência e dedicação de noites e noites juntas fazendo o melhor em equipe.

Agradecer minha amiga Brenda por ter me dado um suporte nos momentos difíceis na construção do tcc e aos meu patrões que me apoiaram e me deram flexibilidade para fazer o estágio e faculdade.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Viviane Silva Real.

“A nobreza de nosso ato profissional está em acolher aquela pessoa por inteiro, em conhecer a sua história, em saber como chegou a esta situação e como é possível construir com ela formas de superação deste quadro. se reduzirmos a nossa prática a uma resposta urgente a uma questão premente, retiramos dela toda sua grandeza, pois deixamos de considerar, neste sujeito, a sua dignidade humana.”
(MARTINELLI, 2006, p.12)

RESUMO

Esse estudo tem por objetivo analisar as possibilidades e os limites de atuação do Serviço Social no Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico – SAEP, que se trata de um programa voltado para crianças que foram expostas ao HIV/AIDS, do Hospital Infantil Ismélia da Silveira, localizado no Município de Duque de Caxias. Para a apresentação deste estudo, foram realizadas uma pesquisa que se deu de forma exploratória, bibliográfica, documental, quantitativa e qualitativa e uma entrevista com a Assistente Social do SAEP com questões referentes à temática abordada. Além disso, coletamos dados numéricos de crianças atendidas no SAEP, ingressantes no programa em 2018, o que nos proporcionou uma observação ampla do problema de pesquisa. Destacam-se, mediante os desafios para manter as crianças usuárias do SAEP em acompanhamento contínuo, as estratégias de intervenção para que essas crianças e seus familiares entendam a importância da aderência ao tratamento. A atuação profissional da Assistente Social é composta diariamente por desafios, lidando coerentemente com os princípios defendidos pelo Projeto Ético-Político Profissional, na medida em que visam a garantir a universalidade, a equidade da assistência, a acessibilidade e o respeito ao direito dos (as) usuários(as) dos serviços de saúde. Também trazemos aqui uma breve história da trajetória da política de saúde no Brasil, considerando sua importância nesta pesquisa: seu campo empírico corresponde a um equipamento que pertence a esta política. Retratamos a atuação do (a) Assistente Social na área da saúde desde o seu surgimento dentro desta política até a atualidade, suas práticas, de acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde e Código de Ética, e ainda seu trabalho com a família e o combate ao estigma do preconceito. Abordamos também a temática HIV/AIDS, trazendo uma reflexão a partir do seu surgimento no mundo e no Brasil com o objetivo de informar o leitor e desmistificar as polêmicas e eliminar preconceitos. Ressalta-se que as expressões da questão social foram aqui utilizadas como objeto de trabalho do Assistente Social e as políticas sociais como seus instrumentos de trabalho para viabilização do acesso aos direitos dos(as) usuários(as). Tendo em vista que o HIV/AIDS é um fenômeno mundial que atinge indiscriminadamente todas as classes sociais, evidenciamos que o mesmo envolve questões de ordem política, econômica e social. Nesse sentido, abordamos o tratamento e a importância da família no processo de aceitação da doença e adesão ao seu tratamento. Apresentamos o campo empírico com um olhar no SAEP e ressaltamos o perfil socioeconômico dos seus usuários, com a intenção de conhecer a população usuária e assim promover ações em seu proveito; traçar este perfil socioeconômico é fundamental para que possamos estabelecer metas e estratégias para melhoria dos problemas, permitindo, de certa forma, conhecer a realidade social destes usuários. Finalmente, abordamos os principais fatores que levaram as crianças a contraírem o vírus HIV, as principais expressões da questão social identificadas pela Assistente Social atuante no SAEP e a importância da família na sua concepção para que, assim, pudéssemos encerrar este trabalho com as possibilidades e limites enfrentados pela Assistente Social em sua atuação no SAEP e inventariar as estratégias para esta atuação;

Palavras-chave: Política de saúde - HIV/AIDS - Limites - Possibilidades - Serviço Social - Família - Criança - Preconceito - estratégias

ABSTRACT

The purpose of this study is to analyze the possibilities and limits of the Social Service in the Pediatric Specialized Care Service (SAEP), a Hospital Infantil Ismélia da Silveira program aimed at children exposed to HIV/ AIDS, located in the municipality of Duque de Caxias. For the presentation of this study, researches were carried out in an exploratory, bibliographic, documentar and quali-quantitative way and we conducted an interview with SAEP's Social Worker with questions related to the topic addressed. Besides, we collected numerical data of children attended in the SAEP, who joined the program in 2018, which provided us with a broad observation of the research problem. They stand out, through the challenges to keep the SAEP users in continuous follow-up, intervention strategies so that these children and their families understand the importance of adherence to the treatment. The professional work of the Social Worker is daily composed of challenges, dealing consistently with the principles defended by the Professional Ethical-Political Project, insofar as they aim at ensuring universality, fairness of care, accessibility and respect for the rights of the health services users. We also present here a brief history of the health policy trajectory in Brazil, considering its importance within this research: its empirical field of research corresponds to an equipment that belongs to this policy. We portray the role of the Social Worker in the health area since its emergence within this policy until the present time, its practices, according to the Parameters for Acting Social Workers in the Health Policy and Code of Ethics and also their work with the family and combating the stigma of prejudice. We also approach in this study the theme HIV / AIDS bringing a reflection from its emergence in the world and in Brazil with the objective of informing the reader and demystifying the controversies and eliminate prejudices. Presenting it as one of the expressions of the social question. It should be noted that the expressions of the social issue were used here as object of work of the Social Worker and the social policies as their tools to enable the access to the users's rights. Considering that HIV / AIDS is a worldwide phenomenon that indiscriminately affects all social classes, we show that it involves political, economic and social issues. This way, we discussed the treatment and the importance of the family in the process of acceptance of the disease and adherence to its treatment. We presented the empirical field with a look at SAEP and highlighted the socioeconomic profile of its users, with the intention of knowing the user population and promoting good actions in its benefit; since to draw this socioeconomic profile is fundamental so that we can establish goals and strategies to improve the problems, allowing, somehow, to know the social reality of this users. Finally, we discussed the main factors that lead the children to contract the HIV virus, the main expressions of the social issue identified by the Social Worker in SAEP and the importance of the family in her conception so that we could end this work with the possibilities and limits faced by the Social Worker in her work in SAEP and to inventory the strategies for this action;

Keywords: Health policy - HIV / AIDS - Limits - Possibilities - Social work - Family - Child - Prejudice - strategic

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

AIDS – Acquired Immune Deficiency Syndrome (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.).

ANAS – Associação Nacional dos Assistentes Sociais.

ANA - Agência Nacional de Águas

ARV - Antirretroviral

AZT - Azidotimidina

CAPS – Caixas de Aposentadorias e Pensões.

CBCISS – Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais.

CEBES – Centro Brasileiro de Estudo de Saúde.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social.

CMSDC – Centro Municipal de Saúde de Duque de Caxias.

CONBRACIS – Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde.

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social.

DIAHV : Departamento de IST, HIV/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente.

ESF – Estratégia Saúde da Família

HIIS – Hospital Infantil Ismélia da Silveira.

HIV – Human Immunodeficiency Virus (Vírus da Imunodeficiência Humana).

IAPS – Instituto de Aposentadorias e Pensões.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IOC: Instituto Oswaldo Cruz

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

IPq-HC-FMUSP - Instituto de Psiquiatria do hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

MS - Ministério da Saúde.

MSD - Merck Sharp And Dohme.

NOB-RH – Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos.

OMS – Organização Mundial da Saúde.

ONU - Organização das Nações Unidas.

OSID - Obras Sociais Irmã Dulce.

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PMSB – Planos Municipais de Saneamento Básico.

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.

PSF – Programa de Saúde da Família.

PROESF – Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família

PROSEX - Programa de Estudos em Sexualidade.

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica.

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UBS – Unidade Básica de Saúde.

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	16
1– CAPÍTULO I – O PROBLEMA	19
1.1 – Apresentação do Problema.....	19
1.2 – Relevância do Estudo	22
1.3 – Objetivos do Estudo	23
1.3.1 – Geral	23
1.3.2 – Específicos	23
2 – CAPÍTULO II – REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1 – A Categoria Questão Social	24
2.2 – O Conceito de Família	29
2.3 – Uma breve trajetória da política de saúde no Brasil	34
2.4 – A Atuação do Assistente Social na Política de Saúde.....	46
2.5 – O HIV/AIDS	51
2.6 – O Campo Empírico da Pesquisa: Um Olhar Acerca do Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico	58
3 – CAPÍTULO III – A PESQUISA DE CAMPO	61

3.1 – Metodologia	61
3.1.1 – Método	61
3.1.2 – Tipo de Pesquisa	62
3.1.3 – Universo/Amostra	63
3.1.4 – Instrumento/Procedimento	63
3.2 – Análise de Dados	65
3.2.1- EIXO I: O Perfil Socioeconômico das Famílias Atendidas no Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico	65
3.2.2 – EIXO II: Os Principais Fatores que Levam as Crianças a Contrair o HIV/AIDS	79
3.2.3 – EIXO III: As Principais Expressões da Questão Social Identificadas pelo Serviço Social no Atendimento as Famílias Atendidas no SAEP	81
3.2.4 – EIXO IV: O Trabalho Realizado Pelo Serviço Social no Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico	83
3.2.5 – EIXO V: A concepção de família e a sua importância na visão da assistente social do Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico	85
3.2.6 – EIXO VI: As possibilidades e os limites de trabalho do assistente social no Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico (SAEP)	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96

ANEXO A – TCLE	103
ANEXO B – FICHA SOCIAL	105
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	107

LISTA DE GRÁFICOS

3.2.1.1 – GRÁFICO I: DIAGNÓSTICO	60
3.2.1.2 – GRÁFICO II: FAIXA ETÁRIA	68
3.2.1.3 –GRÁFICO III: SEXO	69
3.2.1.4 – GRÁFICO IV:RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA	71
3.2.1.5 -GRÁFICO V: COMPOSIÇÃO SOCIO-FAMILIAR	72
3.2.1.6–GRÁFICO VI: INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO DO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA	73
3.2.1.7 –GRÁFICO VII: RENDA TOTAL DO GRUPO FAMILIAR	74
3.2.1.8–GRÁFICO VIII: BAIRRO POR DISTRITO	75
3.2.1.9 –GRÁFICO IX: ÁGUA	77
3.2.1.10 – GRÁFICO X: REDE DE ESGOTO	78

INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso apresenta uma análise acerca das possibilidades, limites e estratégias do desenvolvimento do trabalho do Serviço Social no Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico - SAEP no Hospital Infantil Ismélia da Silveira que funciona em Duque de Caxias, que atende crianças que foram expostas ao HIV/AIDS.

A problemática surgiu através da inserção de uma das autoras no campo de estágio em Serviço Social e interesse pela temática das demais autoras, devido a aproximação com as políticas de saúde tanto em campo, quanto em sala de aula e por ser uma temática ainda pouco discutida e com muitos tabus.

Através desta pesquisa buscamos promover uma reflexão sobre a importância da atuação do Assistente Social neste espaço, e sobre fatores que envolvem a importância da aderência ao tratamento e da família como base de apoio à essas crianças. Fazemos uma análise da historicidade da doença, tratando-a como uma das expressões da questão social.

No primeiro capítulo apresentamos o problema por meio de uma breve apresentação histórica do surgimento do HIV/AIDS no Brasil e como era vista e tratada no seu surgimento e nos dias atuais, visto que o HIV/AIDS é uma doença que carrega consigo estigmas. Abordamos brevemente o estigma do preconceito, sendo este uma de nossas inquietações como autoras e sobre os desafios de manter o acompanhamento das crianças no SAEP. Expomos no primeiro capítulo uma aproximação com o campo empírico através do surgimento do programa, sua localidade e funcionamento com o objetivo de trazer familiaridade para o leitor deste trabalho e também apresentamos o trabalho do Assistente Social no SAEP.

Neste capítulo, encontra-se ainda, a relevância do estudo para nós, enquanto acadêmicas do Serviço Social, para a Universidade, para o campo empírico e para a sociedade como um todo e a partir disto especificamos o nosso objetivo geral e específico.

No segundo capítulo foi realizado a revisão de literatura, no qual, no item 2.1 apresenta a Categoria Questão Social, que traz um resgate histórico da emergência da questão social e onde realçamos o HIV/AIDS como uma das expressões da questão social, abordamos neste item as expressões da questão social como objeto de trabalho do Assistente Social e as políticas sociais como instrumentos de trabalho. E finalizamos este item abordando HIV/AIDS fazendo referências às proporções causadas no âmbito social.

No item 2.2 - o conceito de família, apresentamos a pluralidade do conceito de família, o trabalho do Assistente Social junto a família e a importância da mesma para o tratamento da

criança exposta ao HIV/AIDS. O item 2.3 apresenta uma breve trajetória da política de saúde no Brasil, trazendo uma reflexão do seu conceito e historicidade, analisando os diversos desafios que se deram ao longo da história, visto que o campo empírico da pesquisa corresponde à um equipamento pertencente a esta política.

O item 2.4 trata da Atuação do Assistente Social na política de saúde, onde neste item abordamos o enfrentamento dos desafios do Assistente Social na Saúde, desde sua inserção neste campo de atuação, abordamos os parâmetros de atuação do Assistente Social na Saúde, articulando com os quatro grandes eixos de atuação. Ainda neste item faremos referência a utilização do Projeto Ético Político. Evidenciamos a intervenção do Assistente Social na área do HIV/AIDS e finalizamos com o combate ao preconceito. No 2.5 abordamos a historicidade do HIV/AIDS desde seu surgimento, tratamos neste item sobre as formas de contaminação e a complexidade da doença. Apresentamos dados de acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, e algumas das estratégias para diminuição para a quebra de tabus e de recursos para diminuir a epidemia.

Por Último no item 2.6 abordamos acerca do campo empírico da pesquisa traz um olhar acerca do Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico - SAEP, apresentando a localidade geográfica do campo empírico e a historicidade do Hospital Ismélia da Silveira, relatamos onde o Serviço Social está inserido na instituição, público alvo e finalizamos este capítulo com a importância da articulação de redes de serviço.

No terceiro capítulo apresentamos a pesquisa de campo onde abordamos a metodologia utilizada para a realização desta pesquisa. Decidimos por uma abordagem bibliográfica, qualitativa e documental. Desempenhamos um levantamento do perfil socioeconômico dos usuários inseridos no programa de janeiro à setembro de 2018, que foi realizado através das ficha social dos mesmo. Também realizamos uma entrevista com a Assistente Social atuante no SAEP, visto que, o presente trabalho foi embasado na visão da mesma.

Os dados coletados foram analisados no sexto eixos: o primeiro onde buscou-se traçar o perfil das crianças do SAEP que deram entrada de janeiro a setembro de 2018. No segundo eixo, nos aprofundamos acerca dos principais fatores que levam as crianças a contraírem o HIV/AIDS. O terceiro eixo trata das principais expressões da “questão social” identificadas pelo Serviço Social no atendimento às famílias do SAEP. No eixo quatro abordamos sobre o trabalho realizado pelo Serviço Social no SAEP. No quinto eixo a concepção de família e a sua importância da Assistente Social do SAEP. Através do último eixo, foi possível analisar

os desafios, possibilidades, limites e as estratégias de trabalho do Assistente Social no Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico.

Ao final, apresentamos as considerações finais onde salientamos nossas reflexões acerca de cada eixo desenvolvido durante este estudo, tomando por base os dados obtidos na análise documental, entrevista realizada com Assistente Social do SAEP e pesquisa bibliográfica. Acrescentaremos também algumas estratégias apontadas por nós enquanto autoras após a realização deste estudo.

1. CAPÍTULO I – O PROBLEMA

1.1 Apresentação do Problema

A temática HIV/AIDS ainda é vista como uma grande polêmica devido ao desconhecimento acerca do vírus e ao discurso do senso comum que propaga informações errôneas, fazendo surgir preconceitos e noções incorretas sobre o tratamento, qualidade de vida e transmissão. A ausência de conhecimento sobre o assunto circula tanto entre as pessoas que não tiveram contato com o vírus, os que tiveram exposição à eles e ainda estão sendo investigados e aos que tiveram contato com o vírus e após a investigação se constatou positivo para a doença e por falta de conhecimento se isolam, entram em depressão e em algumas vezes chegam a falecer.

Segundo o Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde - CONBRACIS (2016), o HIV/AIDS surgiu em torno dos anos de 1980, como uma doença com sinônimo de morte, mas hoje em dia com o desenvolvimento de pesquisas e estudos se tornou uma doença crônica, que se mantendo com o tratamento adequado às pessoas que possuem podem manter a qualidade de vida.

Esta pesquisa surge a partir das experiências de estágio na área de Serviço Social vivenciadas por uma das autoras deste estudo, a partir da inserção no equipamento Centro Municipal de Saúde de Duque de Caxias - CMSDC, inicialmente, e logo depois, no Hospital Infantil Ismélia da Silveira - HIIS, mais precisamente no Programa de Atendimento Especializado Pediátrico (SAEP)¹. A escolha da temática pela outra autora ocorreu pela aproximação com a política de saúde, por meio da experiência de estágio em Serviço Social no equipamento Hospital Dr Moacyr Rodrigues do Carmo, possibilitando a atuação e vivência no setor da maternidade, onde a demanda abrange parturientes soropositivas, que são encaminhadas para o SAEP, a fim de dar início ao tratamento, enquanto a outra autora desta pesquisa se familiarizou com a área da saúde, a partir de uma discussão iniciada na disciplina de Política Social, durante o período da graduação em Serviço Social.

O estudo em tela apresenta o intuito de contribuir com uma reflexão sobre o acompanhamento das crianças expostas ou com HIV/AIDS positivos². Assim, buscamos produzir um conhecimento acerca desse assunto, visando esclarecer algumas dúvidas e desconstruir alguns equívocos. A partir de leituras sobre o tema, foi possível perceber que o maior sofrimento que a doença causa é o estigma do preconceito contra as pessoas que vivem

¹ A equipe técnica entrou em um consenso para a utilização deste nome, para que se mantivesse o sigilo do diagnóstico já que o antigo nome (HIV/AIDS INFANTIL) trazia constrangimento para os usuários e seus familiares.

² De acordo com o UNAIDS (2017), as pessoas consideradas expostas são aquelas que tiveram contato com o HIV/AIDS e ainda estão em processo de investigação da doença, e positivos aquelas que possuem de fato o vírus.

com HIV/AIDS. Preconceito esse, que muita das vezes parte da própria família, que deveria estar fortalecendo esse indivíduo, mas devido a falta de conhecimento acerca da doença, por falta de acesso a informações, causa uma dor bem maior que o esperado, onde por muita das vezes o indivíduo que tem HIV/AIDS não revela a família por medo do preconceito e/ou rejeição dos seus familiares, entrando muitas vezes em depressão e se isolando. A compreensão da família e o apoio são de extrema importância e as vezes um fator decisivo para que o usuário exposto ao HIV/AIDS e aos que já possuem, procurem e deem início ao tratamento, podendo assim manter sua qualidade de vida.

Buscamos neste debruçamento, relacionar e evidenciar as políticas voltadas aos indivíduos que possuem HIV/AIDS e seus familiares no intuito de garantir os seus direitos e deveres. E assim, apresentar a atuação e contribuição do Serviço Social com os usuários que possuem e são expostos HIV/AIDS na área pediátrica.

Para que o leitor possa se familiarizar com a temática, traremos uma breve apresentação do campo empírico desta pesquisa. De acordo com o documento intitulado de: Apresentação do programa, elaborado pela própria equipe técnica do programa e disponibilizado para a realização dessa pesquisa e também o Plano de Estágio elaborado em conjunto com a assistente social do programa, o Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico – SAEP de Duque de Caxias foi de início implantado no Hospital Infantil Ismélia da Silveira em 1997, com o nome de Programa de tratamento de HIV/AIDS em decorrência do aumento de números de crianças expostas ou infectadas pelo vírus HIV no município, tendo como objetivo a investigação diagnóstica e o tratamento de crianças e adolescente de 0 a 18 anos. Hoje em dia, o Programa, atua com a nomenclatura de Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico – SAEP, devido ao preconceito de outros pacientes que circulavam nos corredores, atende também casos de crianças com sífilis congênita e conta como uma equipe multidisciplinar composta por: três (03) pediatras, uma (01) assistentes sociais, duas (02) enfermeiras, uma (01) nutricionista e uma (01) técnica de enfermagem.

Os pacientes são direcionados ao SAEP através de encaminhamentos da rede de saúde do próprio município de Duque de Caxias e de municípios circunvizinhos. O objetivo do Serviço Social neste programa, é promover o acolhimento a crianças e adolescentes e sua família; orientar sobre os objetivos do Programa, fornecer informações a respeito do tratamento; analisar a realidade na qual os usuários estão inseridos, propor medidas e benefícios que venham ao encontro de suas necessidades; democratizar informações sobre os Programas Sociais disponíveis viabilizando o acesso ao mesmo. O Serviço Social tem a responsabilidade de realizar como instrumento de trabalho a entrevista Social,

acompanhamento dos casos, busca ativa (casos de abandono), articulação e encaminhamento para a rede intersetorial, visita domiciliar, visita institucional, realização de grupos com usuários, estudo de casos (interdisciplinaridade), planejamento e elaboração de Projetos e supervisão de estágio. Assim atuação do Serviço Social visa garantir a viabilização dos direitos sociais dos pacientes no programa SAEP, bem como prestar assistência às famílias através de sua inclusão na rede de proteção social, governamental e não governamental.

Nessa perspectiva, o trabalho do Serviço Social no SAEP está vinculado à concepção ampliada de saúde, abrangendo a visão de um novo olhar a partir do reconhecimento dos determinantes sociais e das ações de controle social, tendo como desafios a falta de estrutura física adequada (espaço físico não comporta toda a equipe, ar condicionado não funciona, limpeza do ambiente inadequada) faltam instrumentos de trabalho (dificuldade de obtenção de Xerox dos formulários, computador sem internet, ausência de impressora, telefone e carro para VD), e a falta Recursos Humanos.

Um dos maiores desafios do SAEP vem sendo manter a criança em contínuo acompanhamento, pois, muitas vezes, este usuário precisa abandonar o tratamento, por falta de recursos para frequentá-lo ou infelizmente por imprudência dos pais ou responsáveis legais que por falta de informação ou por negligência não levam as crianças às consultas médica, deixando assim a criança sem receita, conseqüentemente, as crianças param de tomar o remédio e tem o sistema imunológico afetado pela HIV, gerando a AIDS, ocasionando o risco de morte.

Mediante aos desafios para manter a criança em acompanhamento contínuo, buscas-se criar estratégias de intervenção, para que esses usuários do programa dêem continuidade ao tratamento e assim poderem manter a qualidade de vida. A atuação profissional da Assistente Social é composta diariamente por desafios, trabalhando em conjunto a coerência e os princípios defendidos pelo Projeto Ético-Político profissional, na medida em que visam a garantir a universalidade, equidade da assistência, a acessibilidade e o respeito ao direito dos/as usuários/as aos serviços de saúde.

O HIV/AIDS em crianças, assim como o HIV/AIDS em adultos, atinge diretamente as famílias dos pacientes, onde muitas das vezes não ocorre um diálogo sobre o assunto dentro do próprio núcleo familiar, devido ao medo, preconceito e rejeição de outros membros da família, fazendo assim com que não ocorra apoio familiar, dificultando ainda mais a aceitação da doença.

A falta de conhecimento constrói uma realidade, onde o HIV/AIDS torna-se uma doença estigmatizada, associada a assuntos polêmicos, afeta não apenas o paciente, mas todo

o seu contexto sócio familiar, deixando de se tornar apenas um problema médico, e tornando-se também um problema social, econômico, psicológico e político.

1.2 - Relevância do estudo

Para nós o estudo enriquece o conhecimento teórico para ser usado como uma estrutura que norteará as práticas como futuras profissionais e nos permite vivenciar o cotidiano e realidades desta criança e seus familiares a fim de poder construir estratégias para enfrentamento das questões que impedem a continuidade desta criança no programa. A partir de nosso conhecimento, nos transformamos e temos possibilidade de transformar a sociedade ao nosso redor, incluindo cada vez mais cidadãos nessa compreensão com a finalidade de acabar com o preconceito por falta de informação.

Para nossa instituição de ensino Universidade do Grande Rio (UNIGRANRIO) torna-se favorável a produção de conhecimento partindo do princípio de levar o estudo para outros pesquisadores, trazendo acesso de informações acerca do tema e permitindo para este espaço de troca uma temática enriquecida de dados atuais, respeitando cada particularidade que será compartilhada com a intenção de multiplicar o conhecimento adquirido na pesquisa.

Para a sociedade, é uma grande contribuição visto que não identificamos uma exposição para o público, campanhas socioeducativas com tema inclusivo HIV/AIDS. A sociedade ainda tem muito preconceito e através da exibição de nosso estudo, podemos compartilhar os conhecimentos e aprendizados sobre o tema a fim de esclarecer dúvidas e descobrir o novo, o inimaginável por uma sociedade ignorante, sem acesso a informações básicas para o convívio básico com o outro.

O CFESS afirma a importância do/a assistente social na equipe multiprofissional, inclusive no referido Programa [...] na perspectiva de potencialização da orientação social, com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais. Entendemos que esta é a melhor forma de contribuir, como integrante da equipe multiprofissional, para a garantia e ampliação dos direitos dos/as usuários/as, conquistados no processo de redemocratização e de defesa da saúde como política pública de qualidade. Reafirmamos ainda a importância da luta pela política de saúde, que exige financiamento, gestão pública estatal e acesso a todos os serviços prestados no âmbito do SUS, com efetivo controle social. Estas lutas são, sem dúvida, cotidianas e, neste Dia Mundial de Combate à AIDS, devem ganhar mais visibilidade, porque a defesa do SUS 100% estatal é estratégica no combate à AIDS no Brasil. (CFESS, 2014)

De acordo com a citação direta acima, é possível identificar que precisamos, como profissionais, nos manter atualizados com pesquisas e estudos vigentes, precisamos ter comprometimento ético em nossas atuações a fim de nos enquadrar como profissionais competentes para exercer em qualquer área atuante. Na área da saúde não pode ser diferente, pois estamos lidando com vidas que em muitas das vezes são de extrema vulnerabilidade

social. Precisamos ampliar o espaço de luta em favor do direito a saúde universal para todos de acordo com nossa Constituição Federal de 1988, com os instrumentos cabíveis a profissão, sendo para nós o principal deles: Conhecimento que é sem dúvida o instrumento de trabalho que permite que o profissional tenha uma real dimensão das diversas possibilidades de intervenção.

1.3 – Objetivos do Estudo

1.3.1 - Geral

- Analisar as possibilidades e os limites de atuação do Serviço Social no Serviço de Atendimento Pediátrico – SAEP do Hospital Infantil Ismélia da Silveira, localizado no município de Duque de Caxias no acompanhamento às crianças que apresentam HIV/AIDS e suas famílias.

1.3.2 – Específicos

- Traçar o perfil socioeconômico das crianças que iniciaram o acompanhamento HIV/AIDS no SAEP de janeiro a setembro de 2018.
- Elencar os principais fatores que levam as crianças a darem entrada no SAEP e serem acompanhadas pela Assistente Social do referido programa
- Inventariar as principais expressões da social que chegam ao Serviço Social do SAEP nos atendimentos realizados às famílias das crianças que iniciam o acompanhamento/tratamento ao vírus HIV/AIDS neste referido programa.
- Conhecer o trabalho realizado pela assistente social do SAEP no acompanhamento às crianças que apresentam HIV/AIDS junto às suas famílias.
- Reconhecer o conceito de família e a contribuição da mesma ao acompanhamento realizado no SAEP junto às crianças que apresentam HIV/AIDS na concepção da Assistente Social que atua nesse programa.
- Identificar as possibilidades, limites e desafios posto ao Serviço Social do SAEP no acompanhamento às crianças que apresentam HIV/AIDS e suas famílias na concepção da Assistente Social que atua nesse programa.

2 - CAPÍTULO II – REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo iremos apresentar um debate acerca da categoria “questão social”, por meio de um resgate histórico, elencando as expressões da “questão social” que emergem no âmbito político e social com o vírus do HIV/AIDS; apresentaremos também, o conceito de família, sinalizando a importância da família no acompanhamento aos indivíduos infectados com o vírus HIV/AIDS; prosseguimos, realizando um breve resgate da trajetória da política de saúde no Brasil, visto que o campo empírico corresponde ao um equipamento desta política; destacamos também, a atuação do Assistente Social na política de saúde, a fim de evidenciar a atuação profissional do mesmo na área da saúde de acordo com as regulamentações vigentes e buscando combater o preconceito e por fim o HIV/AIDS, onde buscamos compreender e trazer uma reflexão desmistificando o estigma do HIV/AIDS.

2.1 – A Categoria Questão Social

Abordaremos a categoria “questão social” como parte integrante desse trabalho, pois a AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - surgiu como uma importante expressão da “questão social” em 1981, nos Estados Unidos. Espalhou-se por diversos países, e com ela veio, segundo Marques (2003) o preconceito, moralismo e o medo, evidenciando problemáticas e temas dos mais variados possíveis como: sexo, sexualidade, vulnerabilidade, práticas sexuais, gênero, valores religiosos, machismo, morte, entre outros; por estar lidando com algo novo, com o desconhecido, que causa impacto no âmbito, social e político a partir do momento que diferentes governos buscam diferentes formas de enfrentamento da epidemia.

Segundo Marques (2003) o HIV/AIDS se tornou um fenômeno mundial atingindo indiscriminadamente todas as classes sociais. Os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) doença que se manifesta em pessoas que contraíram o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), foram identificados no Brasil na década de 1980 em São Paulo e, posteriormente no Rio de Janeiro. Com forte resistência de ações governamentais no enfrentamento da doença, o vírus rapidamente se propaga, tornando-se uma epidemia a nível nacional e, exigindo ações de controle e tratamento das manifestações da AIDS.

Envolvendo questões de ordem política, econômica e social, o controle e tratamento do HIV/AIDS requisita um trabalho multidisciplinar e interdisciplinar no qual está inserido o/a assistente social, profissional de capacidade técnico-operativa, ético-política e teórico-

metodológica, que na saúde, atua sobre o processo saúde/doença da população. No enfrentamento do HIV/AIDS, a atuação profissional envolve questões complexas, com destaque para a aceitação / preconceito, as dificuldades de adesão ao tratamento, às necessidades sociais, resultando em demandas, que requer a atuação do profissional de Serviço Social.

A expansão da doença reforça os desafios de controle, e o aumento de demandas nos serviços públicos de saúde, que muitas vezes não dispõem de estruturas (físicas, materiais e humanas) para atender as demandas específicas desse público alvo. Assim, partindo de um estudo bibliográfico, a proposta que ora apresentamos, parte da consideração do HIV/AIDS como expressão da “questão social” e dessa forma procuramos analisar a intervenção profissional dos/as assistentes sociais (cujo objeto de intervenção são as múltiplas expressões da “questão social”) no enfrentamento ao HIV/AIDS em crianças que realizam tratamento do Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico (SAEP), localizado no Hospital Infantil Ismélia da Silveira.

Segundo Santos (2012), autores como Iamamoto e Netto (2001), afirmam que a “questão social” não pode ser alcançada ao nível de uma categoria, no sentido marxiano, como forma de ser, determinando sua existência real/concreta. Por isso, Santos (2012) utiliza-se do recurso aspas sempre ao se remeter a palavra, onde a grafia ficará sempre dessa forma: “questão social”. Neste estudo, seguindo a linha de pensamento de Santos (2012), e concordando com a referida autora, também ao nos referirmos a “questão social”, estaremos utilizando a expressão entre aspas.

Aprofundando um pouco mais sobre o tema “questão social”, de acordo com Santos (2012), é possível concluir que graças à esta categoria, foram criadas políticas sociais no estágio capitalista dos monopólios e assim tornou-se um dos “patrimônios intelectuais” do Serviço Social brasileiro, que para os profissionais dessa área foi uma conquista, entendendo a superação de uma atuação conservadora advinda pela tradição cristã e sua visão de solidariedade e da coesão social.

As expressões que surgem da “questão social” tornam-se o objeto de trabalho do assistente social, que com o conhecimento norteado pelo seu código de ética profissional e legislações vigentes, traçam um perfil de atuação com sua capacidade teleológica para atuação, enfrentando as mazelas da “questão social”, que desde o final do século XX, no Brasil, vem se revelando para os Assistentes Sociais como um período de enfrentamento de profundas dificuldades, expressas na restrição de financiamento público para execução de

políticas sociais, na deterioração das condições de trabalho e no empobrecimento da população usuária.

Segundo Leite e Pacheco (2016) em geral, as causas de tais dificuldades, constatadas empiricamente no cotidiano do fazer profissional são atribuídas única e exclusivamente à hegemonia do neoliberalismo. Portanto, as transformações do mundo do trabalho do final do século XX determinam profundas mudanças na esfera do Estado, consubstanciadas na Reforma do Estado, na aplicação de políticas de ajuste que preceituam o enxugamento dos gastos governamentais, na redução de financiamento dos serviços públicos, terminando por transferir para a sociedade civil, através da filantropia empresarial ou do terceiro setor, as mazelas sociais derivadas dessas transformações, repassando a responsabilidade social que deveria ser do Estado.

Segundo Iamamoto (1990) quando se torna pública, a “questão social” se transforma em demanda política, pois a existência da “questão social” afeta um grande número de cidadãos, logo, o Estado diretamente ou indiretamente desenvolve programas, ações e atividades com a participação de entidades públicos ou privados, que visam assegurar determinado direito de cidadania, de forma difusa ou para determinado seguimento social, cultural, étnico ou econômico, sempre focalizado e minimizado. As medidas de política social fornecem ao poder um argumento básico, na sua convivência política com os diversos grupos e classes sociais. Este “interesse” e a “sensibilidade” para com os problemas sociais, em busca de um projeto humanizado de sociedade, nada mais é que um discurso ideológico e estratégico para o reforço das bases políticas do poder junto aqueles que não dispõem de canais efetivo de acesso a ele.

O que esse quadro desvela é o recrudescimento da "questão social", decorrência do crescente antagonismo, inerente à ordem burguesa, entre a socialização da produção e a apropriação privada dos frutos do trabalho. Recrudescimento que corresponde à raiz de "uma nova pobreza de amplos segmentos da população" (IAMAMOTO, 1998) e que se expressa no agravamento da miséria, no crescimento do desemprego, na deterioração da qualidade de vida das "classes que vivem do trabalho" (ANTUNES, 1998).

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem, se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. [...] ... a questão social, cujas múltiplas expressões são o objeto do trabalho cotidiano do assistente social. (IAMAMOTO, 1997, p. 14)

De acordo com a citação acima de Yamamoto, as expressões da “questão social” são instrumento de trabalho do assistente social que usa como estratégia de intervenção uma ferramenta chamada Política Social. A produção social a cada dia que passa consome todas as idades e é coletiva, enquanto o fruto dessa produção é privado, satisfazendo apenas uma parte da sociedade, que se favorece e se estrutura na classe operária e menos favorecida. O profissional atua na divisão social que é desigual, injusta e que cada dia que passa traz um aumento de cidadãos miseráveis.

Yamamoto (1997) informa ainda que ao longo das décadas de 1920 e 1930 os governantes dos setores dominantes começaram a admitir que a “questão social” pudesse deixar de ser tratada como um caso de polícia e começar a ser tratada como um problema político, porém os retrocessos da época eram frequentes, pois os aparelhos repressivos agiam no sentido de anular ou intimidar movimentos sindicais e partidos, suas bases e lideranças.

Desde os anos 1930 a 1940, o poder público investiu grandiosamente na expansão e diversificação da economia, diretamente na produção de insumos considerados estratégicos para a produção do desenvolvimento industrial. Segundo Pastorini (2010), as dimensões da economia brasileira cresceram quatorze vezes entre 1940 e 1980 e até hoje a economia brasileira é industrializada, moderna e diversificada e mesmo assim a distribuição permanece marcadamente desigual e esse é o maior problema da pobreza estagnada no Brasil.

Segundo Pastorini (2010) a característica fundamental da sociedade brasileira é seu profundo dualismo, onde de um lado encontra-se uma moderna sociedade industrial, que já é a oitava economia do mundo ocidental e acusa um extraordinário dinamismo e do outro lado, encontra-se uma sociedade primitiva que sobrevive, não vive, seja no campo rural ou nas condições de miserável marginalidade urbana, ostentando padrões de pobreza extrema e ignorância comparadas as mais atrasadas sociedades afro-asiáticas.

Como temos observado, o HIV/AIDS trouxe com ele várias expressões da “questão social” e não desconsiderando as outras questões, o HIV/AIDS se tornou uma grande ameaça à saúde pública, pois abrange precariedade na prevenção e no tratamento da doença, com a falta de medicamentos, falta de acesso a exames. A falta de campanhas conscientizadoras para que a sociedade obtenha conhecimento acerca desse vírus (tanto de prevenção, quanto de tratamento), gera uma manifestação negativa contra o indivíduo infectado, e muitas das vezes o preconceito vem de dentro de casa, na própria família. Trabalhar com a HIV/AIDS significa agir sobre as novas formas de exclusão, trabalhar com minorias sociais; lutar por direitos que não são exclusivos das pessoas com HIV e AIDS, mas de todo e qualquer cidadão.

O HIV/AIDS, alcança proporções no âmbito social que não podem ser ignoradas, como por exemplo, as formas de prevenção que não filtram as diversidades culturais humanas, formas de fazer sexo, a sexualidade, religiões e etc. O alto custo dos medicamentos e até mesmo dos exames, que em muitas das vezes não está disponível na rede pública, também são uma peneira para o acesso aos menos favorecidos, levando em consideração que após contaminado, o indivíduo precisa realizar periodicamente exames para controlar a carga viral e a eficácia que o medicamento utilizado está tendo em seu organismo, a falta de acesso aos exames básicos são um agravo na situação fisiológicas do paciente. Atitudes discriminatórias até mesmo no ambiente de saúde em que o paciente precisa receber apoio, também contribuem para a desmotivação deste indivíduo, violando os direitos humanos básicos e interditando a cidadania de milhares de pessoas.

A partir de tanto preconceito, se fez necessária a criação da lei 11.199/02 que proíbe a discriminação contra as pessoas com HIV/AIDS. Nós precisamos combater tanto a doença quanto a discriminação, por meio do conhecimento e da prevenção. A luta contra a HIV/AIDS é necessária e é responsabilidade de todos nós: o dia 1º de dezembro² deve ser todo dia, pois a doença não afeta somente o paciente, mas todo o seu contexto sócio familiar. É um problema social, econômico e político. O preconceito pode contribuir para arruinar com toda uma vida, já que é constatado que devido ao preconceito e discriminação que a sociedade destina aos pacientes com HIV/AIDS, observa-se que muitos decidem ter uma morte anônima, viver na clandestinidade, do que lutar por seus direitos e assumir a doença.

²-Segundo o ministério da Saúde o dia 1 de dezembro de todos os anos terá como objetivos principais: dar maior visibilidade às questões do viver com HIV/AIDS e à importância do teste e do tratamento como prevenção. 1º de dezembro dia mundial de luta contra o HIV/AIDS

2.2 - O Conceito de Família.

É de fundamental importância para compreensão desse estudo a abordagem do conceito de família, pois a participação da família no processo de acompanhamento às crianças com HIV/AIDS é fundamental. Nesse sentido, apresentaremos neste tópico, os novos padrões familiares, a ascensão do modelo patriarcal da família e as dificuldades encontradas pelas novas estruturas familiares por conta do preconceito existente.

Na Política Nacional de Assistência Social - PNAS de 2004, a família é entendida como “um conjunto de pessoas que se acham unidas por laços consanguíneos, afetivos e, ou, de solidariedade”. E a NOB/SUAS de 2005 (p. 90), compreende o conceito de família para além de uma unidade econômica, entendendo-a “como núcleo afetivo, vinculado por laços consanguíneos, de aliança ou afinidade, que circunscrevem obrigações recíprocas e mútuas, organizadas em torno de relações de geração e gênero”.

Para a autora Sarti (1997), falar de família na contemporaneidade, no Brasil, torna-se um assunto bastante complexo de se definir, por conta de suas mudanças de acordo com os momentos históricos, e padrões distintos.

De acordo com Dias (2007), dentre as diversas composições familiares existentes, podemos destacar a família nuclear, composta por pai, mãe e filhos; família extensa, que inclui três gerações ou mais (quando, por exemplo, incluem-se os avós); famílias monoparentais, que são chefiadas apenas por um dos genitores; famílias reconstituídas, aquelas reformuladas após o divórcio; famílias homoafetivas, que incluem parceiros homossexuais, entre outros.), destaca ainda, as famílias compostas por diversas pessoas que não possuem laços consanguíneos, mas, possuem um comprometimento mútuo e afetivo, uma com as outras.

Um dos grandes fatores que influenciaram a mudança no conceito de família, foi a inserção da mulher no mundo do trabalho, que provocou alterações significativas. Sarti (1997) reforça este pensamento ao afirmar que essa inserção adquiriu dimensão estrutural no mundo contemporâneo sendo, junto com o desenvolvimento de métodos anticoncepcionais mais seguros, um dos fatores que mais contribuiu para a redefinição do lugar social da mulher, com consequências decisivas nas relações familiares que, gradativamente, foram modificadas em sua organização, na divisão de tarefas domésticas, na educação dos filhos, a autora lembra ainda que a inserção feminina no mundo do trabalho, nas duas últimas décadas, não teve o mesmo impacto para todas as mulheres e cita que: o trabalho remunerado implicou uma mudança significativa no modo de vida das mulheres com qualificação profissional, que

graças não só a expansão do mercado de trabalho, mas também do sistema educacional brasileiro, tiveram condições de romper com o padrão de divisão sexual da geração de suas mães, que "não trabalhavam" (leia-se remuneradamente) , alterando, assim, a organização de sua vida familiar, trazendo à tona que a mulher também tem capacidade para as tarefas que não se enquadram somente com a doméstica.

Na década de 1960, não apenas no Brasil, e sim no mundo, foi difundida a pílula anticoncepcional, que de acordo com Sarti (2004) foi o que separou a sexualidade da reprodução e interferiu definitivamente, onde deixou de lado o pensamento que a mulher era somente para reprodução, trazendo uma autonomia para as mulheres, onde passaram a decidir quando e quantos filhos teriam, recriando o mundo subjetivo feminino e aliado a expansão do feminismo, ampliou a possibilidade de atuação da mulher no mundo social.

Na década de 1990, o processo de mudanças familiares abriu um novo acesso com a difusão do DNA, uma intervenção tecnológica, no que diz respeito a responsabilidades familiares, construindo uma ideia de responsabilidade pela figura masculina junto às crianças que deve ser observada. Com o surgimento do DNA, o homem passa a ser obrigado a arcar com as responsabilidades de pai, agora por meio de determinação judicial e social que utiliza-se do resultado do teste de DNA para comprovar a paternidade, lembramos que antes do surgimento desse teste de DNA tal comprovação não existia, sendo assim, essa descoberta provoca um impacto na atitude tradicional de irresponsabilidade masculina em relação aos filhos sendo um mecanismo de proteção para as mulheres e crianças.

De acordo com Sarti (2009), pela perda de referências regidas no que se refere a família, assim como pela flexibilidade de suas fronteiras, algumas dificuldades se impõem no trabalho a ela voltado. Em primeiro lugar, a dificuldade de romper com o modelo idealizado e naturalizado acerca dessa instituição e, além disso, a dificuldade de nos estranharmos em relação às nossas próprias referências. Vemos que a partir do século XX, a família foi cenário de grandes transformações, conforme iremos destacar no parágrafo abaixo, porém, ainda observamos algumas marcas deixadas pela origem na representatividade do entendimento acerca da família.

A igualdade passou a ser um norteador em muitas relações matrimoniais, onde surgiram inúmeras organizações familiares alternativas como os casamentos sucessivos com parceiros distintos e filhos de diferentes uniões, casais homossexuais adotando filhos legalmente, casais com filhos ou parceiros isolados ou mesmo cada um vivendo com sua família de origem, as chamadas “produções independente”, tornando-se mais frequente ou também mães solteiras

ou já separadas compartilham as criação de seus filhos, onde essas transformações chegam ao século XXI, apresentando um conceito de família plural.

Fonseca (2008), diz que ao longo das gerações parece claro que os filhos são afetados pela separação conjugal dos pais. A investigação sobre os efeitos da separação conjugal dos pais é vasta e a teoria mais consistente é a teoria da transmissão intergeracional do divórcio, o aumento do número de divórcios ocorridos nas últimas décadas implicou mudanças na estrutura, papéis e relações entre os membros da família. Um número significativo de crianças e jovens passaram a crescer em configurações familiares diferentes da família nuclear tradicional, constituída por um casal heterossexual e seus respectivos filhos.

Com o advento da Emenda Constitucional Nº 9 de 1977 foi criada a figura do divórcio no Brasil e logo surgiu a Lei 6.515/1977 que é conhecida como a Lei do Divórcio assim regulamentando o divórcio como uma forma de dissolução da sociedade conjugal, já que até o ano de 1977 quem se casava deveria manter com o vínculo jurídico para o resto da vida, então dando a segunda oportunidade para aqueles que se uniam e não viviam uma vida de casado satisfatória, com isso o número de separação cresceu cada vez mais com o tempo, consequentemente novos arranjos familiares passaram a ser compostos.

Outro fator importante que modificou o conceito tradicional de família foi a adoção. A adoção é um instituto do direito de família que tem por objetivo a formação de uma família como se fosse natural, instituto esse que desde a antiguidade até atualmente sofreu inúmeras modificações que vão da mudança da sua finalidade até os procedimentos para sua efetivação. A legislação brasileira referente ao assunto adoção, embora a passos lentos, evoluiu consideravelmente desde o primeiro Código Civil de 1916. Em 1957 a Lei Federal N.º 3.133/57 modificou alguns artigos do Código Civil referente adoção e, em 1955 a Lei N.º 4.655/65, que dispõe sobre a Legitimidade Adotiva, veio proporcionar grandes benefícios tanto para os adotantes como para os adotados.

Segundo Sarti (2010), nos casos de instabilidade familiar por separação e morte quando aliada à instabilidade econômica e a falta de instituições públicas que substituam de forma eficaz as funções familiares, é onde a criança passa a ser responsabilidade de todos e não somente do pai e da mãe. A instabilidade familiar apesar de ser um fator importante para a circulação de crianças que é caracterizada pela coletivização de responsabilidade de parentes principalmente em famílias pobres, não é somente instabilidade que conceitua, já que a circulação de crianças também pode acontecer em famílias que não houve rompimento, pode se dar como padrão conciliatório entre a maternidade e toda dificuldade de criar seu filho.

ART. 25. Entende-se por família natural a comunidade formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes. (Vide Lei nº 12.010, de 2009).

Parágrafo único. Entende-se por família extensa ou ampliada aquela que se estende para além da unidade pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009. Estatuto da Criança e do Adolescente. p.29)

O Estatuto da Criança e do Adolescente reconhece a existência de três espécies de família: a natural que é entendida a comunidade formada pelos pais ou qualquer deles e seus descendentes, a extensa que é aquela que para além da unidade de pais e filhos ou da unidade do casal, formada por parentes próximos com os quais a criança ou adolescente convive e mantém vínculo de afinidade e afetividade e a substituta para qual o menor de idade é encaminhado de maneira excepcional que pode ser por meio de guarda, tutela e adoção.

A Constituição Federal de 1988 alterou alguns pontos acerca dos direitos dos indivíduos dentro do núcleo familiar. Houve a igualdade de direitos entre os cônjuges, homens e mulheres, onde ambos são responsáveis pela manutenção da família e não apenas um, como era estabelecido anteriormente, bem como a igualdade de direitos entre os filhos.

Os princípios constitucionais do Direito de Família trouxeram significativa evolução ao ordenamento jurídico brasileiro, principalmente no sentido de reconhecer o pluralismo familiar existente no plano jurídico, em virtude das novas espécies de família que se constituíram ao longo do tempo.

O princípio da pluralidade familiar, uma vez que a norma constitucional abrange a família matrimonial e as entidades (união estável e família monoparental), presente nos artigos 1630 a 1638 do Código Civil Brasileiro, consagra o poder familiar, substituindo o paterno no seio da família, já o princípio da liberdade, fundado no livre poder de constituir uma comunhão da vida familiar, por meio do casamento ou união estável, o princípio da dignidade da pessoa humana que constitui base da comunidade familiar, garantindo o pleno desenvolvimento e a realização de todos os seus membros principalmente da criança e do adolescente, de acordo com o artigo 227 da Constituição Federal.

O Assistente Social realiza um trabalho junto às famílias em seu cotidiano de intervenção, sendo assim, é imprescindível a compreensão das relações sociais estabelecidas em cada família. Mioto diz sobre a família:

Portanto, ela não é apenas uma construção privada, mas também pública e tem um papel importante na estruturação da sociedade em seus aspectos sociais, políticos e econômicos. E, nesse contexto, pode-se dizer que é a família que “cobre as insuficiências das políticas públicas, ou seja, longe de ser um “refúgio num mundo sem coração” é atravessada pela questão social. MIOTO, CAMPOS, LIMA, (2004, Apud MIOTO, 2010, p. 168)

Os profissionais de Serviço Social, compreendem os processos familiares como uma construção singular, no entrecruzamento das múltiplas relações que condicionam e definem dinâmica familiar.

O processo de desalienação da sociedade mediante a formas de visão familiar são importantes para a humanização, onde todos se tornam sujeitos da sua própria história sendo reconhecido legitimamente pela sua diversidade e com o decorrer dos anos o conceito de família foi ficando mais amplo, pois está sempre em mudanças acompanhando as modificações da sociedade, o que anos atrás era considerado inimaginável no nosso ordenamento hoje já faz parte do conceito de família.

Atualmente família além de somente sua formação originária de casal e filhos legítimos também inclui a afetividade, diferenças de sexo e até mesmo os animais de estimação, então temos um conceito de família muito mais amplo e adepto a sociedade atual.

2.3 – Uma breve trajetória da política de saúde no Brasil

Apresentaremos aqui, uma reflexão sobre a trajetória da política de saúde no Brasil, que tem sua importância em nosso trabalho, visto que o campo empírico da pesquisa corresponde à um equipamento pertencente a esta política.

O atual conceito de saúde está ligado ao completo bem-estar biopsicossocial, sendo este reconhecido pela Organização Mundial de Saúde – OMS e pela Organização das Nações Unidas – ONU. “Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças ou enfermidades.” (OMS – Carta de Princípios – divulgada em 7 de Abril de 1948).

De acordo com o documentário intitulado de: A História da Saúde Pública no Brasil, que fala sobre o processo saúde-doença, produzido pela FIOCRUZ, no ano de 2016, história da saúde no Brasil pode ser contada desde o período em que haviam os primeiros habitantes, já que os índios já padeciam de algumas enfermidades, mas as doenças ficaram mais graves com a chegada dos colonizadores. Já naquele tempo, o acesso aos tratamentos variava de acordo com a classe social. Os pobres, escravos e índios viviam em condições muito duras e eram os primeiros a falecer, já os nobres e os colonos brancos com posses tinham acesso aos médicos e remédios da época e assim maiores chances de enfrentar a morte e as doenças.

Após a independência do Brasil, no ano de 1822, proclamado por Dom Pedro I, ainda de acordo com o documentário citado anteriormente, o mesmo realizou as primeiras mudanças significativas para melhorar a saúde do povo, transformou escolas em faculdades, criou órgãos para vistoriar a higiene pública, delimitou funções para os praticantes da medicina, mas as medidas foram pouco eficazes. Ainda assim, mesmo diante das melhoras, o período imperial não obteve tanto sucesso, o que agravou as condições de saúde, tornando o país com uma imagem de doente. A chegada da República em 1889, trouxe novos ares e esperanças de avanços na saúde, com o fim da escravidão, o Brasil passou a depender da mão de obra dos imigrantes pro trabalho nas lavouras de café e nas fábricas, mas a fama de um país insalubre afugentava novos operários.

Ainda segundo o documentário, “A História da Saúde Pública no Brasil” que fala sobre o processo saúde-doença, produzido pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) no ano de 2016, o período de 1900 a 1920, foi marcado por reformas urbanas e sanitárias, principalmente nas grandes cidades, áreas portuárias e no Rio de Janeiro, até então capital da república, apesar disso, o Brasil seguia refém dos problemas sanitários e das epidemias. Os sanitaristas comandaram esse período realizando campanhas de vacinação, sendo um dos destaques o médico Oswaldo Cruz, que enfrentou até revoltas populares contra a vacina, mas convenceu o

Estado a tornar obrigatória a vacinação contra a varíola. As campanhas chegaram até os sertões do País, divulgando a importância do cuidado com a saúde no meio rural, mas os pobres continuavam em moradias precárias e as doenças fazendo vítimas.

Segundo Aguiar (2011), durante a década de 1920, adquire-se um novo momento no discurso do poder, havendo tentativas de extensão dos seus serviços para todo o país. Em 1923, com a reforma Carlos Chagas, há uma tentativa de ampliação no atendimento a saúde por parte do poder central, sendo uma das estratégias da União para a ampliação no interior da crise política em curso. As mudanças propostas por muitos eram contrárias aos interesses políticos e econômicos daquele tempo, no entanto, o crescimento do país dependia de uma população saudável e com capacidades produtivas.

Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. (BRAVO, 2006, p. 91).

Sendo assim, de acordo com Bravo (2000), foram tomadas medidas que se construíram no “embrião” do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS), em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Ainda de acordo com a autora, elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las, as CAPs apresentavam um gestão bipartite, ou seja, cabia aos empregados e empregadores a gerência e administração desse fundo. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral.

Com o passar do tempo e a pressão popular, Getúlio Vargas decidiu ampliar o atendimento também para as outras categorias profissionais, transformando os CAPS em IAPS (Instituto de Aposentadorias e Pensões) e criando o ministério da saúde e da educação³.

A medicina previdenciária que surgiu na década de 1930, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), pretendeu estender para um número maior de categorias de assalariados urbanos os seus benefícios como forma de ‘antecipar’ as reivindicações destas categorias e não proceder uma cobertura mais ampla. (BRAVO, 2006, p. 92).

³ Em 1930 também foi criado o Ministério da Saúde, vinculado ao Ministério da Educação, chamado de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, onde as ações de caráter coletivo eram geridas, separadas das ações curativas e individuais, que eram de responsabilidade dos IAPs. Foi só em 1953 que o Ministério da Saúde foi criado independente da área de educação. (AGUIAR, 2011)

O período getulista (1930-1945) promoveu reformulações no sistema e atuação passou a ser mais centralizada focada no tratamento das epidemias e endemias, só que as verbas da saúde acabavam sendo desviadas para outros setores, boa parte dos recursos dos IAPS eram utilizados para financiar a industrialização do país, e mais uma vez a o atendimento não chegava a todos o Brasil continuava doente.

A autora Bravo (2000) discorre em seu texto sobre a Política de Saúde no Brasil, que a década de 1930 tem como indicadores mais visíveis o processos de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais, além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores, tendo assim como suas características econômicas e políticas o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais de forma mais sofisticada.

A Constituição Federal de 1934 proporcionou aos trabalhadores novos direitos, como a assistência médica e a licença gestante, até que em 1943, tivemos a aprovação da CLT - Consolidação das Leis do Trabalho, que além do benefício da saúde, criou-se o salário mínimo e possibilitou outras garantias trabalhistas.

As principais alternativas adotadas para a saúde pública, no período de 1930 a 1940, foram: Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde; Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades; Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela, 1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte-americana); Reorganização do Departamento Nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública. (BRAVO(2000), apud, BRAGA e PAULA (1986, p. 53-55))

Durante a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, que segundo Bagnato (2010) parte de um acordo entre os governos brasileiro e norte-americano, tendo como funções, o saneamento de regiões produtoras de matérias-primas, como a borracha da região amazônica e o minério de ferro e mica do Vale do Rio Doce. O SESP se expandiu nas regiões rurais brasileiras, onde construiu redes de unidades de saúde locais, focalizando tanto a medicina preventiva como a curativa, tendo como eixo principal, a educação sanitária nos mais variados espaços, dentre eles nas escolas primárias. No final da década de 1940, com o Plano Salte⁴ que envolvia as áreas de

⁴ O Plano SALTE (iniciais de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia) foi um plano econômico lançado pelo governo brasileiro de Eurico Gaspar Dutra. O objetivo do SALTE era estimular e melhorar o desenvolvimento de setores de saúde, alimentação, transporte e energia por todo o Brasil, assim ajudando e melhorando as condições de vida da população brasileira. Foi apresentado ao Congresso por mensagem presidencial em maio de 1948, porém foi aprovado apenas em 1950.

Saúde, Alimentação, Transporte e Energia: a saúde foi posta como uma de suas finalidades principais. O plano apresentava previsões de investimentos de 1949 a 1953, mas não foi implementado. Até 1964, segundo Bravo (2006), apesar de pequenas melhorias nas condições sanitárias, o país não conseguiu eliminar as altas taxas de morbidade e mortalidade infantil, assim como a mortalidade geral.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde⁵, que segundo o documentário “A História da Saúde Pública no Brasil” que fala sobre o processo saúde-doença, produzido pela FIOCRUZ (2016), cuja preocupação central era possibilitar maior acesso à saúde ao povo brasileiro, principalmente nas zonas rurais, pois na cidade o acesso aos serviços de saúde era privilégio dos trabalhadores que apresentavam carteira de trabalho assinada. Durante alguns anos, entre 1950 e 1963, houve alguns gastos com a saúde pública que foram mais favoráveis havendo melhoria das condições sanitárias, mas com o golpe de 1964, os militares do governo focaram os investimentos na segurança e no desenvolvimento capital e com isso mais uma vez a saúde sofreu redução das verbas e doenças como a dengue, meningite e malária se intensificaram, diante das epidemias e o aumento da mortalidade infantil, como também a da mortalidade geral, o governo foi atrás de soluções.

Segundo Bravo (2001), a ditadura significou para a totalidade da sociedade brasileira a afirmação de uma tendência de desenvolvimento econômico-social e político que modelou um país novo. Os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados, tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática. A ditadura civil-militar instaurada no ano de 1964 fez com que houvessem mudanças no rumo do sistema previdenciário brasileiro. Ocorrendo um esvaziamento da participação da sociedade nos rumos da previdência, este regime trouxe uma centralização crescente da autoridade decisória, que ficou marcada pela criação do Instituto Nacional de Previdência Social, que nada mais foi que a união dos IAP criados na era Vargas (Oliveira e Teixeira, 1985, Mendes, 1993, apud Roncolli). Ainda de acordo com a autora em 1966, surge o INPS - Instituto Nacional de Previdência Social, com a missão de unificar todos os órgãos previdências que vinham funcionando desde 1930 e melhorar o atendimento médico, a atenção primária cada vez mais era vista como responsabilidade dos municípios e os casos complexos ficavam a cargo dos governos estadual e federal. A unificação da Previdência Social, como a junção dos IAPS, se deu de acordo com Bravo (2001), atendendo a duas características fundamentais: o crescente

Os recursos para sua execução vieram de empréstimos externos e da receita federal. Acabou sendo abandonado em 1951 por não terem sido alcançados os objetivos pretendidos. fonte: https://www.conhecimentogeral.inf.br/plano_salte/

⁵ O primeiro Ministério com ações na área da saúde foi criado em 1930, durante o governo de Getúlio Vargas, com o nome de Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública. Em 1937 passou a se chamar Ministério da Educação e Saúde. Em 25 de julho de 1953 foi definido como Ministério da Saúde. Fonte: Agência Fiocruz de Notícias: Saúde e ciência para todos.

papel inventivo do Estado na sociedade e a alojamento dos trabalhadores do jogo político, com a exclusão na gestão da previdência, ficando-lhes reservado apenas o papel financeiro.

A autora Bravo (2006) descreve a primeira fase da ditadura brasileira, como o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismos de acumulação do capital.

Segundo Polignano (2000) o Ministério da Saúde tornou-se um órgão voltado às ações de cunho burocrático-normativo do que um órgão executivo das políticas públicas de saúde. Isso porque o Governo Federal destinava poucos recursos a este ministério, optando por uma política fomento à medicina curativa, financiada com os recursos das contribuições dos trabalhadores para o INPS.

De acordo com Silva (2013), em 1977 surgiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social que daria atendimento médico, tanto hospitalar quanto ambulatorial, para o público contribuinte do INPS e seus dependentes. Segundo Bravo (2000), a medicalização da vida social foi imposta, tanto na Saúde Pública quanto na Previdência Social. O setor saúde precisava assumir as características capitalistas, com a incorporação das modificações tecnológicas ocorridas no exterior. Essa lógica levou posteriormente o sistema previdenciário à falência, pois além do financiamento dos hospitais particulares, o INAMPS garantiu o pagamento dos pacientes atendidos por eles. Quando os donos dos referidos hospitais se descobriram capitalizados, eles se descredenciaram do INAMPS, deixando a população sem a devida assistência.

foi implantado no país, nessa conjuntura, o modelo de privilegiamento do produtor privado com as seguintes características: Extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana, incluindo, após 1973, os trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos; Ênfase na prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, e articulação do Estado com os interesses do capital internacional, via indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar; Criação do complexo médico-industrial, responsável pelas elevadas taxas de acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos e de equipamentos médicos; Interferência estatal na previdência, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e privilegiando o produtor privado desses serviços; Organização da prática médica em moldes compatíveis com a expansão do capitalismo no Brasil, com a diferenciação do atendimento em relação à clientela e das finalidades que esta prática cumpre em cada uma das formas de organização da atenção médica. (TEIXEIRA e OLIVEIRA, 1986, p.207)

Ainda de acordo com o documentário “A História da Saúde Pública no Brasil” da FIOCRUZ (2016) nos anos de 1970, o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social - FAS

um fundo composto recursos da loteria esportiva destinava parte do dinheiro para a saúde. Mesmo assim no auge do milagre econômico brasileiro as verbas para a saúde representavam apenas 1% do orçamento da união, a piora nos serviços públicos deu força para o crescimento dos serviços privados e os brasileiros entraram na roda viva dos planos de saúde, e a saúde virou sinônimo de mercadoria. A política social, no período de 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, a fim de canalizar as reivindicações e pressões populares. A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério da Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que embora de forma limitada, aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde.

Em 1980, de acordo com Bravo (2000), a sociedade brasileira ao mesmo tempo em que vivenciou um processo de democratização política superando o regime ditatorial instaurado em 1964, experimentou uma profunda e prolongada crise econômica que persiste até os dias atuais. As decepções vivenciadas pela sociedade brasileira com a transição democrática ocorreram, principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população. A saúde durante toda essa época teve a participação de novos sujeitos sociais, e das propostas governamentais apresentadas por setor, deixando assim a saúde de ser interesse apenas dos técnicos assumindo uma dimensão política.

Segundo Bravo (2000) dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento de reforma sanitária, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil.

De acordo com Conselho Federal de Serviço Social - CFESS (2010) o Projeto de Reforma Sanitária tem como base o Estado democrático de direitos, responsável pelas

políticas sociais e, conseqüentemente, pela saúde. Destacam-se como fundamentos dessa proposta a democratização do acesso; a universalização das ações; a melhoria da qualidade dos serviços, com a adoção de um modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações; a democratização das informações e transparência no uso de recursos e ações do governo; a descentralização com controle social democrático; a interdisciplinaridade nas ações. A principal revogação da Reforma Sanitária era que houvesse uma política de saúde para todos os cidadãos e de responsabilidade total do Estado. Evidentemente, tal projeto gerou um grande incômodo para aqueles que lucravam com o mal funcionamento da saúde pública. Os profissionais e estudantes da área da saúde, assim como a população em geral, alavancaram manifestações e movimentos sociais a fim de exigir melhorias na área da saúde, promulgando um debate sério e insistente sobre isto. De acordo com Bravo (2002) a saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde com base no documentário citado acima, em 1986, ampliou os conceitos de saúde pública do Brasil e propôs mudanças baseadas no direito universal à saúde com melhores condições de vida, a forte presença de organismos internacionais também abriu os olhos da sociedade para o valor de ações de saneamento e de medicina preventiva, descentralização dos serviços e participação nas decisões, o relatório produzido durante a 8ª conferência foi tão importante que serviu de base para elaboração do capítulo de saúde da constituição de 1988 e para criação do SUS (Sistema Único de Saúde), embora ainda com a participação do setor privado, o SUS estabeleceu o princípio de um sistema de saúde gratuito e de qualidade para todos os brasileiros, vários programas importantes como o PSF - Programa de Saúde da Família, o PROFAE - Programa de Formação em Enfermagem, e as RET-SUS escolas técnicas profissionalizantes foram criados nessa época e até hoje contribuem para qualificação e humanização do atendimento.

os principais aspectos aprovados na nova Constituição foram: O direito universal à Saúde e o dever do Estado, acabando com discriminações existentes entre segurado/não segurado, rural/urbano; As ações e Serviços de Saúde passaram a ser considerados de relevância pública, cabendo ao poder público sua regulamentação, fiscalização e controle; Constituição do Sistema Único de Saúde integrando todos os serviços públicos em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e de atendimento integral, com participação da comunidade; A participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com as entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Os contratos com entidades privadas prestadoras de serviços far-se-ão mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais; Proibição da comercialização de sangue e seus derivados. (TEIXEIRA, 1989, p.50-51)

Segundo Bravo (2001), o texto constitucional, inspira-se nas proposições defendidas durante vários anos pelo movimento sanitário, embora não tenha sido possível atender todas as demandas quando elas se confrontavam com interesses empresariais ou de setores do próprio governo. As questões centrais sobre financiamento do novo sistema ficaram pouco definidas, não tendo sido estabelecido um percentual sobre os orçamentos dos quais se origina. Com relação aos medicamentos, há apenas uma alusão à competência do sistema de saúde para fiscalizar sua produção. A politização da saúde foi uma das primeiras metas a serem implementadas com o objetivo de aprofundar o nível da consciência sanitária, alcançar visibilidade necessária para inclusão de suas demandas na agenda governamental e garantir o apoio político à implementação das mudanças necessárias.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde de acordo com o documentário “A História da Saúde Pública no Brasil” da FIOCRUZ (2016) foi o acontecimento mais importante nesta direção de mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987 e depois, em 1988, o SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor.

Acerca das legislações referentes a política de saúde, a partir da década de 1990, temos, a Lei Orgânica da Saúde, Lei Nº 8080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, organizando o funcionamento do SUS, através de delinear os objetivos e as atribuições; os princípios e as diretrizes; a organização, a direção e a gestão do SUS; as competências e as atribuições entre as três esferas do governo: Federal, Estadual e Municipal; o papel dos serviços privados de assistência a saúde; a política de recursos humanos; e o financiamento, o planejamento e o orçamento na política de saúde. A Lei Orgânica 8080/90 teve vários vetos do então presidente em exercício – Fernando Collor de Melo, por conseguinte, no mesmo ano, foi sancionada outra lei orgânica da saúde – a Lei Orgânica 8142/90, complementar a primeira, visto às lacunas que esta se apresentou depois desses vetos. (PAIM, 2009). Já se percebe aí, por meio desses vetos, os ajustes na Política de Saúde, baseados na lógica neoliberal.

Neste período, temos também, a Lei Nº 8142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS),

sancionando as seguintes instâncias colegiadas: Conferência e Conselho de Saúde; bem como explicita sobre a transferência dos recursos destinados à saúde.

Com a burocratização da reforma sanitária, segundo Fleury (1989), afastou-se a população da cena política, despolitizando o processo. A concretização da reforma tem dois elementos em tensão: o reformador - imprescindível para transformar instituições e processos, e o revolucionário - que é a questão sanitária, só superada com a mudança efetiva nas práticas e na qualidade de saúde da população. Considera-se que a construção democrática é a única via para se conseguir a Reforma Sanitária e a mobilização política uma de suas estratégias, sendo o desafio colocado para os setores progressistas da Saúde que deveria ser viabilizado na década de 1990:

A Reforma do Estado ou Contrarreforma é outra estratégia e parte do suposto de que o Estado desviou-se de suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente. O seu Plano Diretor considera que há o esgotamento da estratégia estatizante e a necessidade de superação de um estilo de administração pública burocrática, a favor de um modelo gerencial que tem como principais características a descentralização, a eficiência, o controle dos resultados, a redução dos custos e a produtividade. O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas. O referido Plano propôs como principal inovação a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, devem fazê-lo obedecendo as leis do mercado (BRAVO,2006,p.13.).

Ainda segundo Fleury (1989), o projeto de Reforma Sanitária, tem como uma de suas estratégias o Sistema Único de Saúde (SUS) e foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar que o Estado atue em função da sociedade pautando-se na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e, por conseguinte, pela saúde. A universalidade do direito, um dos fundamentos centrais do SUS e contido no projeto de Reforma Sanitária, foi um dos aspectos que tem provocado resistência dos formuladores do projeto saúde voltada para o mercado. o projeto da reforma sanitária tem como premissa, concepções individualistas e fragmentadoras da realidade, em contraposição às concepções coletivas e universais do projeto contra-hegemônico.

Na década de 1990, no Brasil, foi implementado, pelo Presidente Fernando Collor de Melo, a Política Neoliberal, que é contrária aos princípios da Reforma Sanitária. Na saúde, a retórica neoliberal é expressa através do Projeto de Saúde Privatista articulado ao mercado, fazendo com que exista um confronto entre o Projeto de Reforma Sanitária, garantido constitucionalmente e esse Projeto de Saúde Privatista.

O Projeto de Reforma Sanitária tem como aspectos principais: democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria na qualidade dos serviços com a

adoção de um novo modelo assistencial pautado na integralidade e equidade das ações (BRAVO apud VIANNA, 2001). Já o Projeto Privatista na saúde tem como aspectos: contenção dos gastos com racionalização da oferta, descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e focalização (VIANNA, 2001).

O neoliberalismo prega uma política de saúde que passa a minimizar o dever do Estado, este passa a focalizar suas ações, dando prioridade a atuação para o setor mais pobre, onde os outros (que ainda podem pagar) ficam à mercê do setor privado, submetendo-se ao seu pagamento pelo acesso à saúde. Oliveira (2003) denomina isso de universalização excludente:

(...) Essa universalização, portanto, não significou a inclusão de todos os segmentos sociais de poder aquisitivo melhor, que passaram a comprar no mercado, serviços antes prestados pelo Estado. Mesmo a parcela mais pobre da população que busca os serviços do SUS muitas vezes não é atendida, ou o é de forma precária. (OLIVEIRA, 2003. p. 24).

Por sua vez, Costa (2003) complementa ao expor que a privatização dos serviços dessa natureza, segue a lógica que comporta três condições básicas, a dizer: a mercantilização do serviço; a garantia de demanda; o estabelecimento de critérios dados de segregação.

Segundo Lima (2016), o período de 1990-1994 foi marcado por tensão política e pela crise do modelo desenvolvimentista e da hegemonia burguesa no país. O governo Collor (1990-1992) não foi capaz de preparar o país para desempenhar o papel de economia financeira emergente. Nesse sentido, concomitantemente à crise política e econômica do início dos anos de 1990, cujo ápice foi o processo de *impeachment* de Fernando Collor, os hospitais filantrópico-privados e privado-privados e, principalmente, as empresas médicas de planos e seguros de saúde avançaram na reestruturação e diversificação de suas atividades, acompanhando o movimento mais amplo do setor industrial em resposta à abertura do mercado e ao aumento da concorrência internacional, no governo Collor, constata-se o início do projeto neoliberal que dá de frente diretamente com as conquistas sociais garantidas na Constituição Federal. O novo modelo de acumulação do capital acarretou uma série de medidas estatais que visavam “cortar gastos” com Políticas Públicas trazendo uma sequência de desmontes das mesmas, tornando-as cada vez mais focalizadas, desarticuladas e precárias.

As mudanças de peso começaram a ocorrer no governo Itamar Franco (1992-1994), sob o comando do então ministro da Fazenda, Fernando Henrique Cardoso. Entre as primeiras medidas tomadas estão a desregulamentação do mercado financeiro, a abertura do fluxo internacional de capitais e o lançamento de títulos da dívida brasileira no exterior, atribuindo ao país o papel de emissor de capital fictício (PAULANI, 2006).

Durante o governo seguinte de Fernando Henrique Cardoso (1995-2003), de acordo com Lima (2016), as características neoliberais tomaram cada vez mais força, ou seja, as Políticas Públicas foram se tornando cada vez mais precárias e responsabilidade estatal foram se transferindo para a iniciativa privada e para a sociedade. A saúde é uma das políticas em que a população mais transita, portanto sua precarização traz consequências impactantes à população que dela carece. Com o avanço do liberalismo econômico, a saúde retrocedeu os avanços alcançados com o Movimento de Reforma Sanitária, a implementação do SUS e com a Constituição Federal, onde ganhou status de direito social, que visa mais do que atender aos usuários em suas patologias.

Com o governo Lula da Silva (2003-2011), de acordo com Lima (2016), ao contrário das expectativas de reversão do processo de privatização e de transformação do modelo assistencial, assistiu-se à edição de novas políticas de apoio e/ou tratamento fiscal diferenciado para os produtores privados de saúde. No âmbito da política de saúde, este governo apresentou algumas preocupações na gestão, pois foram criadas secretarias a fim de ampliar a política, mas a ação privatista ainda se fez presente através das OS's, isenções fiscais para empresas que contrataram planos de saúde privados e terceirizações de serviços.

Segundo Nogueira e Sarreta (2016 apud Fagnani, 2011) esperava-se uma virada de mesa, onde o Estado assumisse sua responsabilidade diante da gestão das políticas públicas e maior desenvolvimento social, mas o país já se encontrava entregue aos burgueses, o que fez com que as expectativas com o governo Lula não fossem atingidas.

Bravo, Raichelis e Marsiglia (2015) destacam que no segundo mandato do governo Lula, no âmbito da saúde, expressa-se pelo Programa Mais Saúde do Ministério da Saúde (2007-2011), que implica uma aceleração da construção de novos equipamentos de saúde, como as unidades de pronto-atendimento, muitas delas, gerenciadas por Organizações Sociais - OS e Fundação Estatal de direito privado, na lógica das parcerias público-privadas (ANDREAZZI e BRAVO, 2012). No campo das políticas sociais, inclusive na saúde, destaca-se a ênfase em programas focais como o Bolsa Família. Bravo (2006) identifica algumas contradições no primeiro governo Lula, mas com uma orientação enfática na focalização, na precarização, na terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e na falta de vontade política para viabilizar a concepção de Seguridade Social.

Lima, Baptista e Machado (2017) discorrem que no governo Dilma (2011-2016), durante o primeiro mandato, houve dois ministros no cargo, com trajetórias na saúde pública, adotaram-se como marcos governamentais a expansão das Unidades de Pronto-Atendimento (UPA), outro componente da rede de urgências e o Programa Mais Médico. O Programa Mais

Médicos trouxe polêmicas e desgaste para o governo ao propor a contratação de médicos formados no exterior (brasileiros ou estrangeiros) sem a necessidade de validação de diplomas, com destaque para os médicos cubanos, cuja lotação foi feita mediante intermediação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O programa previa a expansão de vagas de graduação e residência médica; mudanças curriculares; e provimento de médicos em áreas de alta vulnerabilidade social e difícil fixação de profissionais. A incorporação de médicos estrangeiros gerou intensa reação negativa da corporação médica, representada pelos conselhos profissionais. Apesar do sucesso do programa no curto prazo, é difícil dimensionar seus custos políticos para o governo e efeitos para o sistema público de saúde em longo prazo, já que a substituição dos médicos estrangeiros seria necessária após três anos de contratação. Em 2016, a política de saúde mergulhou em uma fase de indefinições e instabilidade com o agravamento da crise política, que culminou com o afastamento temporário da Presidente Dilma Rousseff em maio e a confirmação do seu *impeachment* pelo Senado Federal em agosto de 2016 que pois fim a 14 anos de um governo que representava a classe trabalhadora.

O vice Michel Temer assumiu a presidência (2016-2018) e com ele, as investidas neoliberais sobre as políticas públicas se intensificam. de acordo com Mendes (2017), com o corte de gastos na saúde que, sofre um limite de investimento por vinte anos e também com criação de um Plano de Saúde Acessível, que prioriza o setor privado. Estas duas frentes do Governo Temer, geraram um caos ainda maior na saúde. Através dessa análise histórica, podemos perceber como a saúde no Brasil nunca se deu de forma amplamente democrática, outrora ela fora somente para os ricos, outrora somente para os trabalhadores formais. Mesmo com a luta do Movimento Sanitário e a implementação do SUS, que garantiam legalmente a saúde como uma política pública universal de direito, a saúde esbarrou no interesse econômico de grupos burgueses que visavam lucrar com o desmonte das políticas públicas.

De acordo com o documentário "História da Saúde no Brasil" publicado pela FIOCRUZ (2016) O Brasil mudou de patamar na saúde pública os avanços são inegáveis, mas os desafios continuam imensos até hoje o SUS não recebe verba suficientes e isso tem reflexos diretos nas qualidades do atendimento, a saúde também segue sofrendo as consequências da corrupção e do gigantismo do Brasil, assim com ha 500 anos ainda estamos em busca de uma saúde de qualidade para o povo brasileiro e esperamos pelo momento onde o Brasil faça valer o artigo 196 da constituição “saúde um direito de todos , um dever do estado”.

2.4 – A Atuação do Assistente Social na política de saúde

O Assistente Social que atua na área da saúde enfrenta desafios e tem características diversas, segundo Bravo e Matos (2006), o surgimento e o desenvolvimento do Serviço Social no período de 1930 a 1964, bem como a ação profissional na área da saúde, mostram algumas evidências significativas. A expansão do Serviço Social no país, entretanto, ocorre a partir de 1945, relacionada com as exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função do término da 2ª Guerra Mundial. Nesta década, a ação profissional na saúde também se amplia, transformando-se no setor que mais vem absorvendo os assistentes sociais.

De acordo com Bravo (2014) a influência norte-americana na profissão substituiu a europeia, que marcou a conjuntura anterior, tanto no nível da formação profissional como nas instituições prestadoras de serviços. O “novo” conceito de Saúde, elaborado em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais, determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social. Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social.

Ainda, tomando por base Bravo e Matos (2006), outro fator importante refere-se à consolidação da Política Nacional de Saúde no país com ampliação dos gastos com a assistência médica, pela previdência social. Esta assistência, por não ser universal, gerou uma contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. O assistente social vai atuar nos hospitais colocando-se entre a instituição e a população, a fim de viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Para tanto, o profissional utiliza-se das seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientação previdenciária.

Bravo (2000) afirma que, o Serviço Social sofreu profundas transformações, no pós 1964, que tiveram rebatimento no trabalho do assistente social na área da saúde. A profissão, do seu desenvolvimento até os anos de 1960, não teve polêmica de patamar que ameaçasse o bloco hegemônico conservador que dominou tanto a produção do conhecimento como as entidades organizativas e o trabalho profissional. Alguns assistentes sociais com posições progressistas questionavam a direção do Serviço Social, mas não tiveram condição de alterá-

la. Nos anos de 1960, esta situação começou a se modificar, surgindo um debate na profissão questionando o seu conservadorismo. Essa discussão não surgiu de forma isolada, mas com respaldo das questões levantadas pelas ciências sociais e humanas, principalmente em torno da temática do “desenvolvimento” e de suas repercussões na América Latina. Esse processo de crítica foi abortado pelo golpe militar de 1964, com a neutralização dos protagonistas sócio-políticos comprometidos com a democratização da sociedade e do Estado.

A modernização conservadora implantada no País, de acordo com Bravo e Matos (2006), exigiu a renovação do Serviço Social, em face de as novas estratégias de controle e repressão da classe trabalhadora efetivadas pelo Estado e pelo grande capital, bem como para o atendimento das novas demandas submetidas à racionalidade burocrática. O principal veículo responsável pela elaboração teórica do Serviço Social, no período de 1965 a 1975, foi o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS). Este difundiu a “perspectiva modernizadora” no sentido de adequar a profissão às exigências postas pelos processos sócio-políticos emergentes no pós 1964 (Netto, 1996). Esta perspectiva teve como núcleo central a tematização do Serviço Social como integrador no processo de desenvolvimento, com aportes extraídos do estrutural-funcionalismo norte-americano, sem questionar a ordem sócio-política e sim, com a preocupação de inserir a profissão numa moldura teórica e metodológica.

A década de 1980, Brasil, foi um período de grande mobilização política, como também de aprofundamento da crise econômica que se evidenciou na ditadura milita Nessa conjuntura há um movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorre no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e a incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo.

Num balanço do Serviço Social na área da Saúde dos anos de 1980, observa-se uma mudança de posições, a saber: a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 1985 e 1989; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde.

De acordo com Souza (2001) e o relatório do CFESS, pode-se considerar que, na atualidade, tem-se uma entidade forte e combativa na defesa das políticas públicas, incluso às da saúde. Entretanto, esta realidade e predisposição de luta nos espaços de controle social (no

qual os Conselhos são estratégicos) ainda não foram apropriadas pelos Assistentes Sociais e nem incorporadas como atividade integrante do seu trabalho.

Ao analisar a trajetória do Serviço Social na área da saúde e, principalmente nos anos de 1990, Bravo e Matos (2006) discorrem sobre alguns desafios postos na atualidade: a incorporação da agenda ético-política da Reforma Sanitária; a construção de novos modelos de fazer saúde com base na integralidade, a intersetorialidade e a atuação em equipe; o estabelecimento da cooperação entre ensino-gestão-atenção; controle social e a supressão dos modelos assistenciais verticais e voltados somente para a assistência médica. Como principais diretrizes para a atual gestão são destacadas: a ampliação do atendimento no SUS, de modo especial na atenção básica; o combate às endemias; e a melhoria do acesso aos medicamentos. Algumas estratégias também têm sido ressaltadas para viabilização dos objetivos e metas a serem alcançados, cabendo destacar: a política de educação para o SUS (mudança na prática e formação); a capacitação continuada de conselheiros de saúde; o acesso à informação; a ênfase na educação para saúde; a ampliação das contratações de agentes comunitários de saúde e a efetivação de outras contratações (auxiliar e técnico de saneamento, agentes de vigilância sanitária e agentes de saúde mental); e o fortalecimento do Programa de Saúde da Família, transformando os pólos de capacitação específicos em capacitação de recursos humanos. Segundo Miotto (2006), os parâmetros de atuação profissional na saúde se estruturam sustentadas no conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais são destinadas, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens definidas. A ação profissional, portanto, contém os fundamentos teórico-metodológico e ético-político construído pela profissão em determinado momento histórico e os procedimentos técnico-operativos.

Os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários, mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional. A partir do exposto, se explicitam as principais ações desenvolvidas pelo assistente social nesses quatro eixos. Importante destacar que esses eixos não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade.

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas as necessidades apresentadas pelos usuários.

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (MATOS,2003, p.30).

De acordo com Matos (2003) Considera-se que o nosso Código de Ética do Serviço Social de 1993 apresenta ferramentas fundantes para o trabalho dos Assistentes Sociais na saúde. Destaca-se entre seus onze (11) princípios fundamentais:

Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática; Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores; Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional. (CFESS. Código de Ética Profissional de 1993.Princípios Fundamentais.)

Ou seja, pensar hoje uma atuação competente e crítica do Serviço Social na área da saúde, ao nosso ver, é:

Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas. (CFESS. Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Política de Saúde. 2010. p.30)

A atuação do Assistente Social na área da saúde referente HIV/AIDS, está diretamente ligada ao enfrentamento do estigma do preconceito onde a sociedade, ao perpetuar informações equivocadas torna mais difícil a atuação do profissional, que busca orientar sobre a importância do tratamento e acompanhamento.

De acordo com o CFESS (2012) o preconceito é a expressão das relações conservadoras da sociabilidade burguesa e de seus individualismos que, por sua vez remete a exploração cada vez mais bárbara. A banalização deste fundamento representa um desvalor que emerge nas mais diferentes formas da vida cotidiana e o desafio de seu enfrentamento, deve provocar na categoria de assistentes sócias, processos de alta reflexão com vistas a uma intervenção profissional marcadas por emancipatórias, na perspectiva de outra ordem societária.

O assistente social no combate ao preconceito fortalece a dimensão política da profissão, respaldada pelos princípios éticos do Serviço Social que não discriminada por questão de inserção da classe social, gênero, ética, religião, nacionalidade, orientação sexual, identidade

de gênero, idade e condição física”, como aponta nosso Código de Ética., que também afirma que devemos ter empenho na eliminação de todas as formas de preconceito.

Na atualidade o preconceito está presente nas práticas de discriminação contra as formas de vida e comportamentos em suas diferenças e particularidades. A dinâmica da vida cotidiana favorece a reprodução do senso comum, com suas analogias e estereótipos, dando lugar aos preconceitos. Mas, embora o hábito e a repetição, a unidade entre o pensamento e a ação alimentem a reprodução do senso comum e dos preconceitos, sua origem é social. Os indivíduos vinculam-se aos preconceitos na vida cotidiana pelo fato de “na própria sociedade predominam – embora em outro plano e com variações – sistemas de preconceitos estereotipados e estereótipos de comportamento carregados de preconceitos” (HELLER, 2000, p. 50).

Pode se entender, de acordo com a citação acima, que o preconceito muitas das vezes é passado de geração em geração, transmitidas e popularizadas por meio de provérbios, através dos ensinamentos que os mais antigos com sua vivência, adquiriram e que acreditam ser o correto, pois a reprodução do senso comum por esses grupos possui função social, de orientação moral e política.

De acordo com CFESS (2016), a luta contra o preconceito é individual e coletiva; é uma pequena mediação no universo das lutas históricas pela liberdade e emancipação humana, mas indispensável ao alcance de ambas. O preconceito está presente em diversas práticas de discriminação contra formas de vida e modos de comportamento que não são aceitos em suas diferenças e particularidades. Mas os diferentes preconceitos – contra mulheres, negros/as, homossexuais, imigrantes, idosos/as, pessoas com deficiência, entre outros/ as – comungam de uma mesma atitude, de um mesmo comportamento e forma de pensar.

2.5 - O HIV/AIDS

A atuação do Assistente Social na saúde, voltada ao tratamento do HIV/AIDS é de extrema importância, pois o profissional tem uma proposta de trabalho voltada ao acolhimento, enquanto diretriz da prática profissional envolvendo, o paciente e família, trabalhando para proporcionar uma aproximação saúde/família, interagindo a família nos processos abordados com o paciente e esclarecendo o quanto é importante a estrutura de pessoas em que o indivíduo mais ama no processo mais complexo de sua vida, para que assim tenha forças para enfrentar a nova realidade e continuar com o tratamento.

No dia 1º de dezembro, celebramos o Dia Mundial de Luta Contra a AIDS. De acordo com informações adquiridas no site oficial do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS - UNAIDS⁶, em consulta realizada no ano de 2018, esse dia foi estabelecido pela Assembleia Mundial de Saúde e Organização das Nações Unidas - ONU, em 1987, sendo adotado pelo Ministério da Saúde desde 1988, devido à grande relevância dessa doença.

Segundo a UNAIDS (2012), a AIDS é responsável por mais de 1 milhão de mortes anualmente no mundo. E mesmo já passados 30 anos do estabelecimento desse dia de reflexão e conscientização, a AIDS ainda acomete grande número de pessoas no Brasil e no mundo, e continua cercada de preconceitos e tabus.

Ainda segundo a UNAIDS (2012), a AIDS, sigla para síndrome da imunodeficiência adquirida, é uma doença do sistema imunológico causada pelo vírus HIV, sigla para vírus da imunodeficiência humana. O HIV originou-se de outro vírus, chamado SIV, que é encontrado no sistema imunológico de chimpanzés e do macaco-verde africano. O SIV não causa doença alguma nos animais que infecta; porém, como é um vírus altamente mutante, deu origem ao HIV.

Partindo de estudos realizados e disponibilizados pela UNAIDS (2012), acredita-se que a transmissão para o ser humano aconteceu em tribos da África Central que caçavam ou domesticavam chimpanzés e macacos-verdes. Não há consenso sobre a data das primeiras transmissões, mas é provável que tenham acontecido muitas décadas antes do reconhecimento da doença, em 1982, e que ela tenha inicialmente permanecido restrita a pequenos grupos e tribos da África Central, na região subsaariana. Só então na década de 1970, Estados Unidos, Haiti e África Central apresentaram os primeiros casos da infecção: surgiram diversos casos de doenças que ninguém sabia como explicar na época. Isso se deve ao fato da Aids fragilizar

⁶ UNAIDS O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) mobiliza e inspira o mundo para alcançar sua visão compartilhada de zero nova infecção por HIV, zero discriminação e zero morte relacionada à AIDS. O UNAIDS une os esforços de 11 organizações da ONU – ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, UNFPA, UNODC, ONU Mulheres, OIT, UNESCO, OMS e Banco Mundial – e trabalha em colaboração com parceiros nacionais e internacionais para maximizar resultados da resposta à AIDS. fonte: <https://unaids.org.br/>

o sistema imunológico e, portanto, deixa o portador mais suscetível a diversas outras doenças, que podem ser fatais, ou seja, o paciente não é acometido fatalmente pela AIDS, mas sim de outras doenças que não são combatidas pelo organismo em decorrência da AIDS.

Acreditava-se que a primeira pessoa a levar o vírus para os Estados Unidos foi um comissário de bordo franco canadense chamado Gaetan Dugas, conhecido como o “Paciente Zero”. No entanto, um estudo publicado na “*Nature*”, em 2016, revelou que a amostra do sangue de Dugas continha uma variação do vírus que já havia infectado homens antes dele começar a frequentar Nova York, mudando assim a história da epidemia. Imagina-se que o erro tenha ocorrido por uma confusão: Dugas era identificado como “paciente O”, com a letra “O”, que significa “out[side]-of-California” (termo utilizado para pacientes infectados fora do estado), e o símbolo circular ambíguo começou a ser lido como zero, erroneamente. Assim, a troca levou a se pensar que ele teria sido a primeira pessoa infectada fora da África e o intitulem como “o homem que nos deu a AIDS”, conforme manchete do *New York Post*.

Segundo o site do Instituto Oswaldo Cruz (IOC), o primeiro caso de AIDS no Brasil foi registrado em 1980, em São Paulo e confirmado dois anos depois. No Brasil, como no restante do mundo, a história da AIDS está repleta de preconceitos e foi até intitulada como “Peste-Gay”, conforme reportagem publicada no *Jornal Notícias Populares*, em 1983. É fato que, embora o HIV seja encontrado em vários fluidos corporais (sangue, leite materno, secreções vaginais e sêmen), a carga viral presente no sêmen é maior, tornando-o a via mais comum de infecção. Assim, homens que fazem sexo com outros homens - HSH têm probabilidade maior de se infectar, o que não dizima a possibilidade de outros grupos se infectar igualmente.

O sexo não é a única via de contaminação, como ocorreu no caso reportado no *Journal of Medical Case Reports* em 2017, a infecção pelo vírus HIV foi adquirida através de um ritual de curandeiro tradicional, no qual ocorreu o corte da pele do curandeiro seguido pela da paciente usando o mesmo instrumento, na Tanzânia, África Oriental. Fanáticos diziam que a AIDS havia sido criada por uma força divina para acabar com os gays e, depois, com os afrodescendentes, grupos nos quais os primeiros casos de AIDS foram registrados.

Vale lembrar que os gays e afrodescendentes, já eram discriminados naquela época, o que explica a postura preconceituosa adotada. Infelizmente esse preconceito ainda persiste nos dias atuais, mesmo com todo o esclarecimento acerca da doença, criando uma barreira entre populações-chave para essa epidemia e a testagem e serviços de tratamento.

A história da AIDS está repleta de luta! Não só luta contra o preconceito, mas também luta em prol de condições de tratamento. Pela primeira vez, o relatório UNAIDS de 2017,

mostra que mais da metade de todas as pessoas que vivem com HIV/AIDS no mundo (53%) agora têm acesso ao tratamento do HIV/AIDS (dado de 2016).

O Brasil tem um programa de assistência ao HIV/AIDS bastante abrangente que é elogiado nas discussões internacionais, como a OMS, e serve de modelo para outros países, porque mudou o paradigma no tratamento da doença. Apesar de contarmos com um programa HIV/AIDS de grande destaque, ainda nos deparamos com alguns casos de falta de medicamento retroviral na rede pública de saúde, onde tais medicamentos devem ser fornecidos de forma gratuita e o acesso a esses medicamentos deveria ser garantida sem interrupções.

A falta dessa medicação e descontinuidade no tratamento gera prejuízos graves ao paciente. O paciente que fica sem esse medicamento por um dia ou dois pode fazer com que o vírus fique ainda mais resistente.

No tange a temática HIV/AIDS, as principais expressões da questão social são: questões familiares, hospitalizações, direitos sociais, transporte e medicação. Faz-se ainda necessário um trabalho voltado a questões como sexualidade, preconceito, discriminação e morte. Até porque o Serviço Social atua de início no atendimento ao usuário, mas este atendimento precisa se estender à família com uma expectativa de educação, prevenção e assistência. A maior gravidade nos casos de indivíduos soropositivos é a exclusão social e o preconceito que limita, que fere, que o distancia do tratamento, da busca de vontade de viver.

De acordo com Gomes, Silva e Oliveira (2011) é extensa a degradação que as diversas formas de preconceito fazem aos pacientes, pois estes ficam em estado de depressão, solidão e este é um momento em que o apoio da família e amigos e todo tipo de auxílio de especialistas são indispensáveis para autoestima, força para enfrentar esta nova fase da vida, que virá cheia de obstáculos a serem enfrentados, como o vírus do preconceito, que machuca mais que a própria doença. Talvez se a sociedade não fosse tão preconceituosa, muitas pessoas teriam iniciado seu tratamento, dado continuidade, mas visto que a discriminação é espraiada, muitos indivíduos se isolam, fazendo com que estes demorem para fazer testes e procurar tratamento precocemente.

Ainda de acordo com Gomes, Silva e Oliveira(2011) diante da complexidade da doença, permeada por estigmas e preconceitos o paciente sofre transformações diversas, muitas vezes drásticas, no meio social em que vive e com quem convive, por isso o impacto que ele sofre desde a descoberta do diagnóstico, o leva à deparar-se com medos em relação à morte, vista no senso comum como algo que é imediato, às modificações físicas e suas relações afetivas,

íntimas e familiares, trazendo conflitos que muitas vezes não são fáceis de serem enfrentados e solucionados.

A AIDS é um dos muitos desafios que o Serviço Social deverá enfrentar na década de 1990 de acordo com faleiros e Netto (1996) e mesmo autores conceituados, que se inscrevem fora da profissão, mas se ocupam do social já atentaram para as consequências da pandemia (BERLINGER, 1993; ALVES, 1995 apud HOBBSAWM, 1995). Para que os Assistentes Sociais possam responder às muitas demandas existentes e emergentes nesta esfera, urge que melhor conheçam um enorme conjunto das expressões da "questão social" que derivam da AIDS (minorias, classes sociais, saúde pública, exclusão/inclusão, Estado, empregabilidade, etc.). Em resumo, é fundamental ter conhecimento teórico, vontade política e competência técnica (NETTO, 1996) para atuar com base teórica e com prática teleológica e ter a clareza de que o que se encontra em jogo não é apenas a resposta imediata (ou imediatista) a demandas postas na prática profissional, mas uma reelaboração e redefinição das próprias formas de enfrentamento destas a longo prazo, bem como suas consequências para a profissão e para a sociedade.

Em 1996, durante o lançamento de um estudo estimativo do número de crianças vítimas da AIDS no Brasil, o Instituto PROMUNDO em colaboração com o UNICEF divulgou a necessidade de novas políticas públicas que garantissem o acesso a essas terapias antiretrovirais. Como consequência, o governo federal incorporou em seu Plano Diretor para a Saúde de 1997, uma nova política para fornecer medicamentos a mulheres e crianças infectadas pelo HIV. Essas duas populações se tornaram prioridade para o trabalho de assistência a AIDS no Brasil.

No Brasil, os programas governamentais de DST/AIDS têm enfatizado intervenções direcionadas às crianças que se encontram nesse estágio terciário da doença⁷. Em relação à vulnerabilidade social, as dificuldades encontradas para a implementação de um novo paradigma de intervenção e políticas sociais é ainda maior. Isto em razão da necessidade de ampliar a noção epidêmica e incorporar variáveis culturais, sócio-econômicas e políticas que

⁷ Estágio 1 - Infecção aguda (Entre 2 e 4 semanas depois da infecção pelo HIV, você pode se sentir doente, com sintomas similares ao da gripe. Essa fase é denominada síndrome retroviral aguda (ARS) ou infecção HIV primária, e é a resposta natural do corpo à infecção por HIV); Estágio 2 - Fase assintomática (Esse estágio costuma ser chamado de infecção HIV assintomática ou infecção HIV crônica. Durante essa fase, o HIV ainda está ativo, mas reproduz em níveis muito baixos. Estágio 3 - AIDS (Esta é a fase da infecção que ocorre quando o sistema imunológico está seriamente danificado e você se torna vulnerável a infecções e cânceres relacionados a infecções, as chamadas doenças oportunistas. Quando o número de suas células CD4 cai abaixo de 200 células por milímetro cúbico de sangue (200 células/mm³), é considerado que você progrediu do HIV para a AIDS. (A contagem normal de CD4 fica entre 500 e 1.600 células/mm³). Você também pode ser diagnosticado com AIDS se você desenvolver uma ou mais das doenças oportunistas, independentemente de sua contagem de CD4. Sem tratamento, as pessoas que são diagnosticadas com AIDS normalmente sobrevivem cerca de 3 anos. Uma vez com uma doença oportunista perigosa, a expectativa de vida sem tratamento cai para cerca de 1 ano. Pessoas com AIDS precisam de tratamento médico para evitar a morte).

fonte: <https://www.unasus.gov.br/noticia/especialista-esclarece-principais-duvidas-sobre-infeccao-aguda-pelo-hiv>

influenciam diretamente no comportamento de populações específicas, principalmente após a transmissão do HIV.

A realidade da AIDS na vida brasileira e mundial têm dados alarmantes, porém com bons resultados a serem reconhecidos. Um deles é que o objetivo de alcançar 15 milhões de pessoas em tratamento para o HIV no Brasil foi atingido. E o número de novas infecções diminuíram 35,5%. No mundo, o número de pessoas vivendo com HIV em 2014 era de 36,9 milhões de pessoas, segundo o UNAIDS.

Pela primeira vez na história de metas, nós conseguimos parar e reverter o ciclo da epidemia de AIDS e conseguimos colocar 15 milhões de pessoas em tratamento. Agora, isso nos dá uma esperança muito grande de continuar a colocar mais pessoas em tratamento e prevenindo para evitar que mais pessoas sejam infectadas. (UNAIDS. Mundo supera metas contra a AIDS nove meses antes do prazo. 2015. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org/unaidsmundo-supera-metas-contra-aids-nove-meses-antes-do-prazo/>>).

O papel da mídia é fundamental, principalmente quando se trata de fomentar o engajamento sistemático dos veículos de comunicação com a questão do HIV/AIDS, abordando sempre os prós e os contras da realidade do vírus.

Segundo a UNAIDS, a mídia deve ser vista como aliada, porque é a parceria direta e indireta na divulgação de informações importantes e no alcance de um número significativo de pessoas e favorecimento com a redução de óbitos por complicações acerca do vírus, uma das preocupações com os veículos utilizados pela mídia é que essa informação chegue de forma adequada e correta ao público, sem distorções pois,

Se as questões de HIV e discriminação não forem tratadas de forma séria e rigorosa pela mídia, torna-se muito fácil que, no lugar de informar a sociedade, ela acaba reforçando uma série de estigmas, estereótipos e situações que estão longe de contribuir para a resposta à epidemia. (UNAIDS. Estigma e Discriminação. Consultado. 2018. Disponível em:<<https://unaidso.org/br/estigma-e-discriminacao/>>)

Um dos principais esforços nessa parceria com a mídia é o de quebrar o discurso do medo, que ainda é muito utilizado como recurso, mas que em nada contribui para o fim da epidemia e, principalmente, para o fim do estigma e da discriminação em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS.

De acordo com a UNAIDS, o objetivo é ampliar esse trabalho que já tem sido feito pelo UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS no Brasil) nos bastidores e oferecer oficinas e ferramentas a profissionais da mídia para que possam se adaptar a essa nova realidade da resposta à epidemia; Ao incentivar a mídia na utilização de termos corretos, no emprego de terminologias e conceitos adequados ao contexto atual, nós iremos fortalecer esse compromisso e essa parceria para a sensibilização e a conscientização da sociedade sobre a importância da prevenção, do tratamento e da não discriminação. Esta conscientização deve

atingir as populações chaves que segundo o Ministério da Saúde (2018) são: maiores taxas de prevalência de infecção do HIV/AIDS (Profissionais do Sexo, Gays e HSH, Pessoas Privadas de Liberdade, Pessoas Trans., Pessoas que usam álcool e outras drogas) e as prioritárias: resultado de dinâmicas sociais locais e, portanto, variam de acordo com o território (população negra, jovens, indígenas e pessoas em situação de rua).

De acordo com o Boletim Epidemiológico, divulgado pelo Ministério da Saúde em 2016, relata que nos últimos dez anos, há uma tendência de queda de casos de HIV/AIDS em mulheres e aumento em homens. Em 2016, foram 22 casos de HIV/AIDS em homens para cada 10 casos em mulheres. Em relação à faixa etária, a taxa de detecção quase triplicou entre os homens de 15 a 19 anos, passando de 2,4 casos por 100 mil habitantes em 2006 para 6,7 casos em 2016. Entre os com 20 a 24 anos passou de 16 casos de AIDS por 100 mil habitantes, em 2006, para 33,9 casos em 2016. Já nas mulheres, houve aumento da doença entre 15 a 19 anos, passou de 3,6 casos para 4,1. Também há crescimento em idosas acima dos 60 anos, passando de 5,6 para 6,4 casos por 100 mil habitantes. Quanto à forma de transmissão, a doença cresce entre homens que fazem sexo com homens, observando-se uma mudança de perfil nos últimos dez anos, quando a proporção maior de casos era de transmissão heterossexual. Na comparação com 2006, observa-se aumento de 33% nos casos de transmissão entre homens que fazem sexo com homens.

Um recorde de 19,5 milhões de pessoas têm agora acesso à terapia antirretroviral e, pela primeira vez, mais de metade de todas as pessoas que vivem com HIV estão em tratamento. Mais países estão pagando, eles mesmos, pelos custos do tratamento do HIV. Mais pessoas vivendo com HIV estão empregadas, mais meninas estão na escola, há menos órfãos, há menos problemas de saúde e menos pobreza. Famílias e comunidades estão se sentindo mais seguras. (UNAIDS. Nosso desafio de acabar com a AIDS está apenas começando. Consultado. 2017. Disponível em: <https://unaids.org.br/2017/07/nosso-desafio-de-acabar-com-aids-esta-apanas-comecando-diz-michel-sidibe/>)

Pesquisas do Boletim Epidemiológico,(2016) afirmam ainda que a transmissão vertical⁸ do HIV/AIDS vem diminuindo consideravelmente, tendo sido eliminada, por exemplo, no Município de Curitiba, graças ao acompanhamento ao pré natal. Essa redução acontece graças ao esforço de toda a rede do SUS na ampliação da testagem e detecção precoce do HIV entre gestantes, aliado ao reforço na oferta de tratamento (BASTOS, RICARDO. MS, 2012).

O maior índice de transmissão vertical ocorre durante o trabalho de parto ou no momento do parto, totalizando cerca de 65%, enquanto os demais 35% ocorrem intra uterino,

⁸ Segundo o Guia de Terminologias elaborado pela UNAIDS 2017, a transmissão do HIV de mãe para filho, conhecido como transmissão vertical, ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o trabalho de parto, o parto propriamente dito (contato com as secreções cérvico-vaginais e sangue materno) ou a amamentação. É conhecida mundialmente pela sigla em inglês MTCT (Mother-to-Child Transmission).

principalmente nos últimos meses de gestação e pela amamentação considerada um risco adicional, sendo que o risco de transmissão pela amamentação chega a 30% quando a mãe é infectada pelo vírus durante o período de aleitamento.

Visando diminuir o número de infecções pelo HIV por transmissão vertical, vários estudos foram feitos e comprovou-se a eficácia da utilização dos antirretrovirais na gestante e no recém-nascido como meio de profilaxia para o não desenvolvimento da soro conversão do filho da mãe portadora do HIV/AIDS. Entretanto, antes do tratamento ou profilaxia é necessário o diagnóstico da paciente ainda na fase de gestação. Desta forma, as recomendações do Ministério da Saúde (2007) instruem que todas as gestantes devem ser estimuladas a realizar o teste anti-HIV na primeira consulta de pré-natal e se possível no início do terceiro trimestre de gestação, sendo admissível a utilização de testes rápidos se necessário.

Dados do Relatório de Monitoramento Clínico do HIV/AIDS(2016), divulgados pelo Ministério da Saúde em Dezembro de 2016, mostraram que, das 830 mil pessoas que viviam com HIV/AIDS no Brasil, 84% já estão diagnosticadas; que 72% destas estavam em tratamento antirretroviral; e que, destas, 91% já tinham carga viral indetectável. Isso revela que a meta 90-90-90, proposta pelo UNAIDS e assumida por diversos países para a aceleração da Resposta pelo fim da epidemia de AIDS, que se define em metas para o tratamento: 90% diagnosticados, 90% em tratamento e 90% com supressão viral; está bem próxima. Quanto mais pessoas diagnosticadas e mais pessoas em tratamento precoce, menos pessoas doentes e menos vírus sendo transmitido. As metas estipulam que, até 2020, todas as pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil sejam diagnosticadas; que 90% das pessoas diagnosticadas estejam em tratamento; e que 90% das pessoas em tratamento alcancem carga viral indetectável⁹ (supressão viral, ou redução da circulação do vírus no sangue para menos de 1.000 cópias/mL).

⁹ Para a grande maioria das pessoas que vivem com HIV, podem ser indicadas medicações antirretrovirais capazes de reduzir a quantidade de HIV no sangue para níveis que são indetectáveis por testes laboratoriais padrão. O uso contínuo do medicamento antirretroviral traz a possibilidade de recuperação da qualidade de vida.
fonte: <https://unaids.org.br/2017/07/indetectavel-saude-publica-e-supressao-viral-do-hiv/>

2.6 - O campo empírico da pesquisa: um olhar acerca do Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico.

Faz-se necessário apresentar brevemente o município de Duque de Caxias, onde está localizado o Hospital Ismélia da Silveira, que comporta o Programa de Atendimento Especializado Pediátrico, campo empírico desta pesquisa.

Duque de Caxias é um município do estado do Rio de Janeiro integrante da região metropolitana da cidade, situado na região da Baixada Fluminense configurando como o terceiro município mais populoso do estado, depois da Capital, e de São Gonçalo, e o mais populoso da Baixada Fluminense. O nome da cidade homenageia o patrono do exército brasileiro Luís Alves de Lima e Silva, o Duque de Caxias, também chamado de “O Pacificador”, nascido na região em 1803. Ela foi fundada dia 21 de dezembro de 1943. Com área de 464,573 Km² e população estimativa de 890,97 habitantes, o Município de Duque de Caxias conta com quatro distritos e 66 bairros, IBGE (2017).

De acordo com o site oficial da Prefeitura de Duque de Caxias, em consulta realizada no ano de 2018, a saúde no referido município é administrada pela Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, apresentando como atribuições: planejar, desenvolver, coordenar, orientar e executar a política de saúde no município, compreendendo tanto a prevenção, quanto o cuidado ambulatorial e hospitalar, observando a legislação vigente. Para isto é necessário formular e programar as estratégias de atenção à saúde, atenção primária, secundária e terciária e a vigilância em saúde em consonância com os princípios do SUS.

Conforme o Plano de estágio elaborado por uma das autoras e a supervisora de campo, o Hospital Infantil Ismélia Silveira - HIIS onde funciona o Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico, pertence à Secretaria Municipal de Saúde de Duque de Caxias, foi inaugurado em 22 de agosto de 1970, porém, já existia como uma unidade humanitária criada por um grupo de mulheres do Município, a Associação das Companheiras das Crianças, oferecendo cuidados médicos. É o único hospital municipal que atende somente crianças em Duque de Caxias. Os Principais serviços realizados no HIIS são o atendimento a crianças e adolescentes acidentados, urgências, enfermaria, atendimento gratuito, atendimento 24 horas. Os Serviços especializados encontrados no hospital são os de cardiologia, pediatria, programa de atendimento especializado que atende casos de HIV/AIDS e sífilis congênita, ambulatório de acompanhamento familiar onde atende casos voltados a violação dos direitos da criança, serviço social, ortopedia, oftalmologia, pequenas cirurgias, clínica médica, outros: neurologia, psiquiatria, otorrinolaringologia, dermatologia e homeopatia. A população usuária em sua

maioria, habitantes da cidade de duque de Caxias e alguns bairros adjacentes, sendo crianças, jovens e adultos.

O Serviço Social na instituição está inserido em todos os programas oferecidos na unidade e no plantão social, onde dão informações sobre os direitos sociais e etc. As frentes de ação e atuação do Serviço Social estão voltadas para a garantia dos direitos da população usuária do HIIS. Buscando trazer qualidade nos atendimentos aos usuários orientados seus direitos e elaborando e colocando em prática projetos voltados para a cidadania.

O Serviço Social no Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico (SAEP) trabalha com a garantia do direito dos usuários e seus familiares, enfatizando a importância do tratamento e da permanência no programa, efetuando uma busca ativa aos usuários que se ausentaram e ou entraram em abandono de tratamento. Agindo com uma equipe multidisciplinar, o programa conta com oito profissionais, sendo duas técnicas de enfermagem, uma assistente social, três pediatras, uma enfermeira e uma nutricionista. O SAEP, de janeiro de 2008, registrou um total de 498 usuários, cabendo ressaltar que só o Serviço Social em 2018, atendeu 181 usuários de janeiro a setembro, deste que são correspondentes entre acompanhamentos de casos e novos casos.

Os públicos alvos deste programa são os infanto-juvenis e adolescentes que de alguma forma foram expostos ao HIV/AIDS. O usuário ao chegar ao programa passa pela enfermagem, onde são realizados os atendimentos primários como encaminhamento médico para o programa, pesagem, altura, marcação de consulta para o pediatra, nutricionista e Serviço Social, sendo que na maioria das vezes, o usuário, após passar pela enfermagem já segue diretamente para o atendimento com o Serviço Social, onde é preenchida a ficha social¹⁰ que será alimentada por todos os dados do usuário, tendo um diálogo com o assistente social, momento este que o usuário vai expor sua particularidade ao profissional de forma para que o assistente social possa garantir a orientação correta dos seus direitos.

Na primeira consulta com o pediatra, serão solicitados exames que poderão comprovar ou não a exposição ao HIV, quando comprovado, dar-se início ao tratamento, onde passarão a receber de forma gratuita as medicações necessárias e ter consultas mensais e exames periodicamente para que seja verificado o quantitativo da carga viral. Quando esses usuários se encontram como recém-nascidos, são encaminhados à nutrição, onde por meio do programa recebem fórmulas alimentícias, já que não pode ser efetuado o aleitamento materno. Esses recém-nascidos ficarão em acompanhamento com consultas e medicações durante o

¹⁰ Em anexo B.

período de 1 ano e 6 meses para assim realizarem o exame final chamado ELISA¹¹, comprovando o diagnóstico ou não do HIV/AIDS, caso comprovado, eles passarão a ter o acompanhamento no SAEP até os seus 18 anos não completos efetuando a transição para o SAE Adulto, caso o exame resultar negativo no método ELISA, terão alta do programa.

A articulação das redes de serviços se dá através do contato multiprofissional com a secretaria de saúde, conselhos regionais, instituições de diversas especificidades, fóruns, reuniões, palestras, congressos, conselho das mulheres, conselho de proteção a crianças, jovens e adolescentes, conselhos tutelares, Ministério Público, tornando o atendimento completo e articulado para que viabilize ao usuário condições básicas para que se mantenha no programa, tendo por base as políticas assistenciais de saúde e o ECA.

¹¹ De acordo com o Ministério da Saúde (2009) o método ELISA (do inglês Enzyme-linked Immunosorbent assay) ou Ensaio de imunoabsorção enzimática é um teste imunoenzimático que permite a detecção de anticorpos específicos. Quando o ELISA fornece um resultado positivo pelo HIV precisa ser confirmado por outro exame mais específico western Blot, Immunoblot e Imunofluorescência indireta para o HIV-1. O resultado positivo só é liberado se o exame confirmatório também for positivo.

3 - CAPÍTULO III: A PESQUISA DE CAMPO

3.1- Metodologia

A metodologia é um caminho que se percorre para atingir os objetivos definidos no estudo. Demo (2012) afirma que ao estudar metodologia e as técnicas de pesquisa, conseguimos aprender como gerar, manusear e analisar dados.

A atividade básica da ciência é a pesquisa, onde descobrimos a realidade interminável, tendo como subsídios procedimentos teóricos de referenciais investigativos para direcionar nossa pesquisa e ter o domínio bibliográfico e um aprofundamento de um conhecimento já existente (PEDRO DEMO, 2012, p.5).

Através da pesquisa, nos deparamos com diversas modificações da realidade, pois sempre nos deparamos com algo novo, mais atual, permitindo a transformação constante. A pesquisa deve ser uma atividade cotidiana com a busca de informações para solucionar um problema ou uma inquietação de situações vivenciadas.

3.1.1- Método

Segundo Barroco (2007) ao se afirmar que o pensamento marxista e a explicação marxista de mundo se materializam na teoria social crítica, é preciso, anteriormente, reconhecer que o processo de conhecimento é fruto da elaboração mental, mas também da vivência do homem. O homem teoriza em cima de sua vivência, sendo o conhecimento próprio da vida humana, pois o homem tem a consciência que lhe dá a capacidade de visualizar a realidade no plano das ideias e antecipar o futuro, ou idealizar diversos futuros, possibilitando trabalhar com as precauções ou ações de fatos negativos que podem ocorrer.

A Teoria Social Crítica foi gestada dentro de um contexto Capitalista. E, nesse Sistema Econômico, Marx considera que o homem é submetido a um quadro de alienação, restando-lhe como alternativa assumir uma postura crítica frente a essas realidades que o oprime, sendo que a práxis é justamente aquela que “[...] permite a suspensão dessa alienação evidentemente não sem contradições e conflitos” (BARROCO, 2007, p. 194).

A consciência se apropria da realidade, trabalhando com ela em nível intelectual. Pode-se dizer, então, que os principais elementos do conhecimento são: o concreto e o abstrato. De acordo com Netto (2011, p. 21 apud Marx, 1985 p. 271): “a teoria é o movimento real do objeto transposto para o cérebro do pesquisador – é o real reproduzido e interpretado no plano ideal (do pensamento)”, ou seja, a teoria (o conhecimento teórico) é o próprio conhecimento do objeto, de sua “estrutura” e “dinâmica”. E esta reprodução (que constitui propriamente o conhecimento teórico) será tanto mais correta e verdadeira quanto mais fiel o sujeito for ao objeto.

Netto (2011) apresenta que o objetivo de um pesquisador deve ser a distinção entre “a aparência e a essência”, ou seja, é apreender a essência entre “a estrutura e a dinâmica do objeto”. Numa frase, o método de pesquisa que, por meio de procedimentos analíticos, propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto pesquisado/analizado.

Em nosso estudo, realizamos a análise da história do HIV/AIDS em sua totalidade, utilizando a historicidade que nos permite adquirir informações acerca da gênese e do avanço da doença, nos possibilitando o conhecimento amplo acerca da temática. Além disso, buscamos compreender a realidade do Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico, refletindo acerca da atuação do Assistente Social neste espaço, pontuando suas particularidades.

Nossa análise se fez presente dentro de uma realidade social, apresentada no campo empírico da nossa pesquisa, no Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico, localizado em Duque de Caxias, através das demandas presentes no programa e da concepção da assistente social atuante no programa SAEP.

3.1.2 - Tipo de Pesquisa

Inicialmente a pesquisa se deu de forma exploratória e bibliográfica, pois estávamos conhecendo o tema de forma mais aprofundada. Os tipos de pesquisa que utilizamos na construção deste estudo foram: pesquisa bibliográfica e exploratória; documental; quantitativa e qualitativa.

A pesquisa bibliográfica e exploratória, segundo Gil (2002), nos permite entrar em contato com o que já se produziu e se registrou sobre o tema, com base em materiais constituídos, principalmente de livros e artigos científicos, a fim de garantir uma qualidade ao leitor e permitir aprofundamento teórico.

Nossa pesquisa também se configura como documental, pois nos debruçamos sobre a fonte rica e estável de dados contidos nos documentos presentes na instituição, como as fichas sociais, relatórios, plano de estágio, nos possibilitando familiarizar com os casos sociais contidos nesta pesquisa.

Faz-se muito importante a análise documental, pois tem sido amplamente utilizada nas ciências sociais, a fim de descrever e/ou conferir fatos sociais, estabelecendo suas particularidades ou tendências.

A pesquisa também apresenta uma abordagem quali - quantitativa, pois ocorreu a coleta de dados numéricos de crianças atendidas no SAEP, além da análise desses dados, que nos

proporcionou uma observação ampla do problema de pesquisa, analisando também a fala da assistente social atuante no SAEP, que foi entrevistada com questões referentes à temática abordada.

De acordo com Martinelli (1994) a abordagem quantitativa serve de fundamento ao conhecimento produzido pela pesquisa qualitativa. Os dados quantitativos possibilitam a compreensão da abrangência do fenômeno, a relação entre pesquisa quantitativa e qualitativa é de complementaridade e de articulação. Segundo Minayo (2000) a pesquisa qualitativa possibilita resposta a questões particulares que não podem ser quantificadas como o universo de significados, de motivos, de aspirações, de crenças, de valores e atitudes da atuação do Serviço Social, no cenário brasileiro.

3.1.3- Universo/Amostra

O universo desta pesquisa é composto pelas 29 novas crianças que ingressaram no Serviço de Atendimento Especializado - SAEP, expostos ao HIV/AIDS, entre janeiro e setembro de 2018. Trabalhamos com 21 dessas crianças, que vem a ser a amostra do nosso estudo. Este recorte foi realizado, tendo como critério, os casos novos que foram atendidos pela Assistente Social do SAEP, sendo assim, tiveram a ficha socioeconômica aberta e elaborada pelo Serviço Social. Das 21 fichas socioeconômicas abertas pela Assistente Social do SAEP, constatamos em 07, novos atendimentos realizados pela Assistente Social para fins de acompanhamento às famílias que geraram um novo registro escrito da profissional de Serviço Social em forma de relatório social, analisados pelas autoras desta pesquisa. Além disso, entrevistamos a Assistente Social do SAEP, visando conhecer com base na sua vivência o trabalho realizado pelo Serviço Social dentro do SAEP.

3.1.4- Instrumento/Procedimento

Os instrumentos de pesquisa utilizados para a coleta de dados foram: os prontuários das crianças atendidas no SAEP, as fichas socioeconômicas¹² das crianças atendidas no SAEP abertas pela Assistente Social, os livros de registro específicos utilizados pelo Serviço Social com informações dos atendimentos realizados e a entrevista realizada com a Assistente Social. Todo esse material consultado visava a levantar informações válidas e úteis para pesquisa.

A utilização da ficha socioeconômica permitiu facilitar a análise dos dados referentes às crianças e seus respectivos familiares atendidos pela Assistente Social do SAEP, por meio

¹² Anexo B- Ficha de identificação socioeconômica

desse instrumentos, conseguimos dados referentes a: faixa etária, sexo, diagnóstico, responsáveis pelas crianças mantêm de forma organizada, todos os atendimentos prestados a estes, desde atendimentos realizados pela equipe multiprofissional atuante no SAEP, por isso, também utilizamos como instrumento de coleta de dados. No livro do Serviço Social, encontramos as evoluções de cada atendimento feito pelo assistente social atuante no SAEP.

a pesquisa documental apresenta algumas vantagens por ser “fonte rica e estável de dados”: não implica altos custos, não exige contato com os sujeitos da pesquisa e possibilita uma leitura aprofundada das fontes. Ela é semelhante à pesquisa bibliográfica, segundo o autor, e o que a diferencia é a natureza das fontes, sendo material que ainda não recebeu tratamento analítico, ou que ainda pode ser reelaborado de acordo com os objetivos da pesquisa. (GIL, 2002, p.62-3)

Outro instrumento utilizado pela assistente social constitui-se em uma entrevista social, instrumento este utilizado pelo profissional de Serviço Social, pois permite um atendimento face a face com o usuário. Para coleta de dados da pesquisa, optamos por utilizar também de uma entrevista realizada com a Assistente Social do SAEP. A entrevista realizada na pesquisa se define como entrevista semi estruturada¹³, “que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada” (Minayo 2008, p. 64).

Utilizamos também em nossa pesquisa, o TCLE¹⁴ - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O TCLE deve ser elaborado pelo pesquisador responsável em linguagem acessível à compreensão do participante da pesquisa. A proteção do participante da pesquisa constitui as razões fundamentais das Normas e Diretrizes Brasileiras que ordenam as pesquisas envolvendo seres humanos, incluindo as Resoluções Nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde - CNS. O TCLE deverá ser obtido após o participante da pesquisa e/ou seu responsável legal estar suficientemente esclarecido de todos os possíveis benefícios, riscos e procedimentos que serão realizadas e fornecidas todas as informações pertinentes à pesquisa.

¹³ Em Apêndice B - Roteiro de Entrevista.

¹⁴ Em anexo A modelo de TCLE

3.2- ANÁLISES DE DADOS

A aproximação com o campo empírico da pesquisa se deu de forma gradual, onde a cada visita ao espaço pesquisado, coletávamos dados relevantes para este estudo. Nossa facilidade em meio à busca por dados, se deu através do livre acesso a arquivos, fichas e livros de registro, tendo em vista que uma das autoras já apresentava familiaridade com o referido programa, por realizar estágio na área de Serviço Social, no campo empírico da pesquisa.

As demais autoras, por meio da aproximação com o campo empírico da pesquisa puderam conhecer de forma mais aprofundada o trabalho realizado pelo SAEP, através de visitas institucionais constantes ao espaço, além de participar de algumas reuniões de grupo; rodas de conversa, e palestras que abordavam a temática HIV/AIDS.

O nosso maior desafio na realização deste estudo foi o espaço físico do campo empírico pesquisado, que por ser muito pequeno não tínhamos um lugar fixo para que essa análise de dados ocorresse de forma contínua, onde a todo o momento tínhamos que ficar transitando de um espaço para outro. A periodicidade da coleta de dados ocorreu entre os meses de janeiro a setembro de 2018.

3.2.1- EIXO 1: O perfil socioeconômico das famílias atendidas no Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico - SAEP do município de Duque de Caxias.

Segundo os Parâmetros para a Atuação do Assistente Social publicado pelo Conselho Federal de Serviço Social (2010) o levantamento do perfil socioeconômico tem intenção de conhecer a população usuária para que haja promoção de ações, sendo um dos estudos preliminares e fundamentais para que se possam estabelecer metas e estratégias para melhoria dos problemas. O perfil socioeconômico é um objeto de trabalho muito importante para o profissional de Serviço Social que precisa conhecer a realidade social e com base nisso criar estratégias para intervenção de forma a minimizar as mazelas causadas pela desigualdade social.

Desta forma, o Assistente Social atuante no Programa SAEP, utiliza as informações das fichas sociais para acessar o perfil socioeconômico das crianças que deram entrada de janeiro a setembro de 2018 foi levantado através das fichas socioeconômicas que foram preenchidas em conjunto às crianças e seus responsáveis a partir do atendimento realizado pela Assistente Social atuante no SAEP, de onde tiramos as informações para traçar indicadores seguintes expostos e interpretados nos gráficos abaixo: diagnóstico, Faixa Etária, Sexo, .Responsável

pela criança, Inserção no mercado de trabalho do responsável pela criança, outras origens de renda do sustento da criança, Renda total do grupo familiar, Bairro por Distrito, Água e Rede de esgoto. A partir desses dados foi possível traçar o perfil socioeconômico destes usuários.

3.2.1.1 – DIAGNÓSTICO



De acordo com o gráfico acima, é possível verificar, tomando por base as fichas socioeconômicas analisadas das crianças que foram atendidas pela equipe de Serviço Social do SAEP em 2018 que, 95% dos casos estão expostos ao HIV, enquanto 5% dos casos estão com o HIV positivo. O UNAIDS (2017) por meio do seu site oficial, relata acreditar que a utilização ponderada de linguagem apropriada, tem o poder de fortalecer a resposta global à epidemia, sendo assim, decidiu desenvolver diretrizes de terminologias para serem utilizadas por estudantes, imprensa, funcionários, pesquisadores etc, que falem acerca da temática. Desta forma, expusemos o gráfico acima com as terminologias de exposição ao HIV e HIV positivo, no sentido de facilitar a visualização do leitor.

Assim, “exposição ao HIV” abrange as crianças que tiveram contato com o vírus de forma vertical e estão sob investigação e realizando medicação, ou seja, aderiram corretamente o programa e poderão ter alta do SAEP. Já durante a realização de pré-natal, segundo a OMS(2016), a gestante com HIV positivo passa a fazer tratamento anti-retrovirale significa utilizar de medicamentos com propósito de prevenir que o HIV seja transmitido para o bebê, sendo a profilaxia feita durante todo o pré-natal, no momento do parto e após o parto para mãe e bebê. Após o nascimento, a criança passa a ser acompanhada pelo SAEP onde

receberá consultas nas áreas de Pediatria, Nutrição, Enfermagem e Serviço Social. Por meio, dessas consultas, o usuário terá acesso à liberação de receita de medicamentos necessários ao tratamento, ao recebimento de fórmulas de leites, uma vez que a mãe, com HIV, não pode amamentar a criança, a orientações gerais sobre acesso a benefícios, etc.

Ressalta-se que, segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância UNICEF¹⁵, em crianças de até 18 meses, os resultados dos testes sorológicos são de difícil interpretação, visto que a base dos testes são os anticorpos e, nesse caso, um resultado positivo pode ou não significar infecção, já que a criança, até a primeira metade do seu segundo ano de vida, tem anticorpos da mãe em seu corpo. Já o “HIV positivo” abrange as crianças que, por algum motivo, ou não realizaram o tratamento de forma adequada ou sequer o iniciaram: pré-natal inadequado, amamentação, diagnóstico tardio, falta de adesão ao programa, entre outros, são os exemplos mais recorrentes no SAEP. O tratamento inadequado faz com que ocorra a infecção da doença e esta criança se torne positiva, mesmo estando abaixo de 18 meses, realizando assim um tratamento contínuo, visto que essa criança não terá alta do programa, até os 18 anos incompletos, e depois passando para SAE adulto onde continuará recebendo o tratamento.

Os números expostos no gráfico expressam as metas para alcançar a considerada agenda de “Aceleração da Resposta”¹⁶ para acabar com a epidemia de AIDS até 2030, organizada por alguns países, incluindo Brasil e promovido pelo monitoramento Global da AIDS. A OMS promove um método abrangente de prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho, sendo uma parte importante desta estratégia, proporcionar tratamento adequado, cuidados e apoio às mães que vivem com HIV, aos seus filhos e outros membros da família. Desde 2005, devido a programas eficazes que impedem a transmissão de mãe para filho, o número de crianças HIV positivas diminuiu cerca de 70%, segundo a mesma.

¹⁵ O Fundo das Nações Unidas para a Infância (em inglês: United Nations Children's Fund - UNICEF) é um órgão das Nações Unidas que tem como objetivo promover a defesa dos direitos das crianças, ajudar a dar resposta às suas necessidades e contribuir para o seu desenvolvimento. O UNICEF rege-se pela Convenção sobre os Direitos da Criança e trabalha para que esses direitos se convertam em princípios éticos permanentes e em códigos de conduta internacionais para as crianças. fonte: <https://www.conhecimentogeral.inf.br/unicef/>

¹⁶ de acordo com UNAIDS (2017) Na Reunião de Alto Nível das Nações Unidas para Acabar com a AIDS, que aconteceu em 2016, os países se comprometeram a alcançar os 10 Compromissos de Aceleração da Resposta até 2020—uma agenda que visa acabar com a epidemia de AIDS até 2030 como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Para ajudar a garantir que os prazos sejam cumpridos, a Assembleia Geral das Nações Unidas solicitou um relatório anual sobre os progressos alcançados no cumprimento desses 10 compromissos.

3.2.1.2- FAIXA ETÁRIA



Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos dados coletados nas fichas socioeconômicas preenchidas pelo serviço social do SAEP

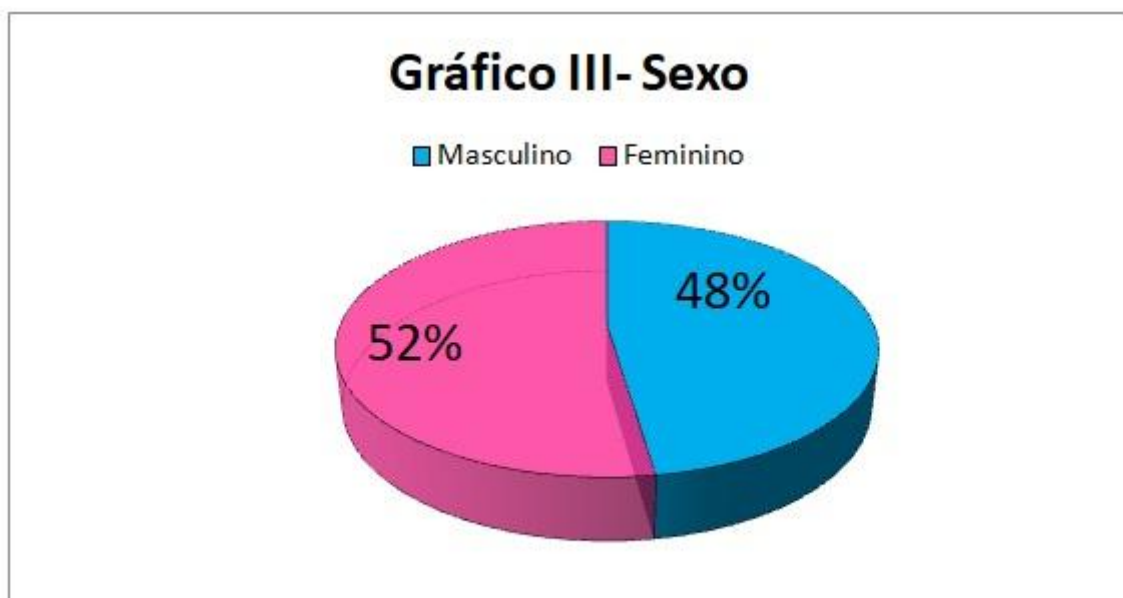
Pode-se perceber no gráfico acima que, 25% das crianças atendidas pelo Serviço Social do SAEP encontram-se com 06 meses de vida; enquanto, 19% do total corresponde as crianças com 04 e 10 meses de vida; já 7% do total correspondem as crianças que ainda apresentam dias de vida, e por fim, 6% do total correspondem as crianças com 01, 03, 05, 07, 09 meses de vida.

Como demonstra o gráfico acima, o tratamento ao HIV/AIDS se inicia logo após o nascimento da criança, mesmo que a mãe na época de gestante não realize de forma adequada o pré-natal; e segundo estudos nacionais de abrangência local existem falhas na assistência pré-natal, tais como: dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, afetando sua qualidade e efetividade. A falta de vínculo entre os serviços que prestam a assistência pré-natal, ao parto e pós-parto é outro problema identificado, resultando na peregrinação da gestante em trabalho de parto na busca de uma vaga para internação, trazendo riscos adicionais à saúde da parturiente e do recém-nato, o que explica a descoberta e início do tratamento contra o HIV/AIDS, somente a partir do sexto mês de vida, muita das vezes quando os sintomas começam a surgir. De acordo com dados do Ministério da Saúde (2016), 21 mil crianças no Brasil são soropositivas, isto é, possuem o vírus HIV/AIDS. E a falta de informação é o maior aliado da proliferação da doença.

Diante do exposto, cabe ressaltar a necessidade de promover ações de conscientização acerca do vírus HIV/AIDS, abordando cuidados para prevenção e também cuidados com o tratamento, já que pensamentos baseados em senso comum promovem que, uma vez com o vírus, nada mais poderá ser feito. Devemos desconstruir esse pensamento da sociedade com práticas que possibilitem a inclusão dos mais diversos grupos sociais.

Baseado nestas práticas transversais a assuntos preconizados no Código de Ética Profissional do Serviço Social e no Projeto Ético Político, o Assistente Social é um dos mais que apresentar familiaridade com a temática, cuja intervenção visa, enfrentar a “vulnerabilidade social” em suas diversas particularidades vivenciadas por essas famílias.

3.2.1.3 – SEXO



Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos dados coletados nas fichas socioeconômicas preenchidas pelo serviço social do SAEP

Das crianças ingressantes no SAEP atendidas pelo Serviço Social, a maioria do sexo feminino 52% do total, o que corresponde a 11 crianças, enquanto 10 crianças são do sexo masculino, o que correspondendo a 48%. do total.

Segundo levantamento de 2016, apresentando pela UNAIDS Brasil, existem no mundo 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV, sendo que, atualmente, 18,2 milhões têm acesso à terapia antirretroviral. Do total de casos, 17,8 são mulheres, e 77% das pacientes soropositivas que engravidam têm acesso ao tratamento para prevenir a transmissão da infecção ao feto, resultando em uma grande diminuição do número de novos casos em crianças, porém ainda assim ocorrem diversos casos já que um terço das gestantes brasileiras que tiveram bebê em 2016 não tiveram acesso ao pré-natal adequado. Isso corresponde a 1

milhão dos partos realizados no ano de 2016, segundo o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM).

Destaca-se a falta de acesso pela desigualdade entre as regiões como um grande motivo para o não acompanhamento da gestante via o pré-natal, como também a preparação para a gestação, a realização de algumas vacinas e ingestão de ácido fólico, e também os exames necessários durante o pré-natal. Não adianta ela fazer o número de consultas necessárias e o posto de saúde não dar condições para os exames, segundo a Comissão Nacional Especial de Medicina Fetal da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), ressaltando que o ideal é a gestante fazer nove consultas durante a gestação. Além disso, a comissão destaca também, que atualmente é considerado parte do pré-natal a participação do pai, para que ele tenha a oportunidade de fazer exames e tomar vacinas, como a tríplice bacteriana, importantes para proteção do bebê.

O primeiro fator que torna a mulher mais propensa a adquirir o HIV diz respeito às suas próprias características físicas. A mucosa da vagina, ao ter contato com o esperma de um homem soropositivo, facilita que o vírus da HIV/AIDS se instale no corpo. “Há células ali propensas à penetração do vírus”, conta a médica pesquisadora Sandra Wagner Cardoso, do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, no Rio de Janeiro. Além disso, a superfície de contato do órgão genital feminino é muito maior comparada ao masculino, o que também favorece a infecção.
(SAÚDE. AIDS: entenda por que as mulheres estão mais expostas à doença. Consultado. 2018. Disponível em: <https://saude.abril.com.br/medicina/aids-entenda-por-que-as-mulheres-estao-mais-expostas-a-doenca/>)

De acordo com estudos do Dr. Thomas Quinn¹⁷ (2000) as mulheres são biologicamente diferentes dos homens, pois as mulheres são frequentemente infectadas por múltiplas variedades virais, enquanto que os homens não apresentam este tipo de infecção múltipla. Isto pode ocorrer porque as mulheres estão sendo infectadas com mais de um tipo de HIV, ou porque o vírus estaria tendo mutações no interior de seus corpos.

Quim (2000), afirma ainda que as mulheres são portadoras naturais de mais células T CD4, células supostamente capazes de reconhecer e ajudar a atacar o HIV/AIDS, mas que, por sua vez, são também alvos do vírus. Uma resposta imune mais forte poderia pressionar o vírus, fazendo com que ele se transformasse de um tipo para outro, para confundir as células de defesa do organismo.

O sexo das pessoas não foi associado de modo significativo com a progressão para a doença AIDS e para a morte, conforme fala da Dra. Blair durante o congresso da Sétima Conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas realizada em fevereiro de 200 nos

¹⁷ Pesquisador do HIV/AIDS na Universidade Johns Hopkins em Baltimore e também um dos organizadores da Sétima Conferência sobre Retrovírus e Infecções Oportunistas.

EUA, em que participou junto ao Dr. Quim, mas destaca que este assunto merece a necessidade de mais pesquisas futuras.

3.2.1.4 – RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA



Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos dados coletados nas fichas socioeconômicas preenchidas pelo serviço social do SAEP

De acordo com o gráfico acima, a maior parte das famílias atendidas no SAEP, são compostas pelo modelo monoparental feminina, 52%, que é um fenômeno crescente na contemporaneidade da sociedade brasileira. O número de famílias monoparentais femininas é muito maior em relação a masculina, que no gráfico representa 14%, apontando que ainda hoje se associa a ideia de cuidados com os filhos à figura da mulher. As famílias constituídas por pai e mãe, conhecida como família nuclear/conjugal, representam 24% do universo do nosso estudo, enquanto, 10% das famílias das crianças pesquisadas, apresentam a avó como responsável da crianças atendida.

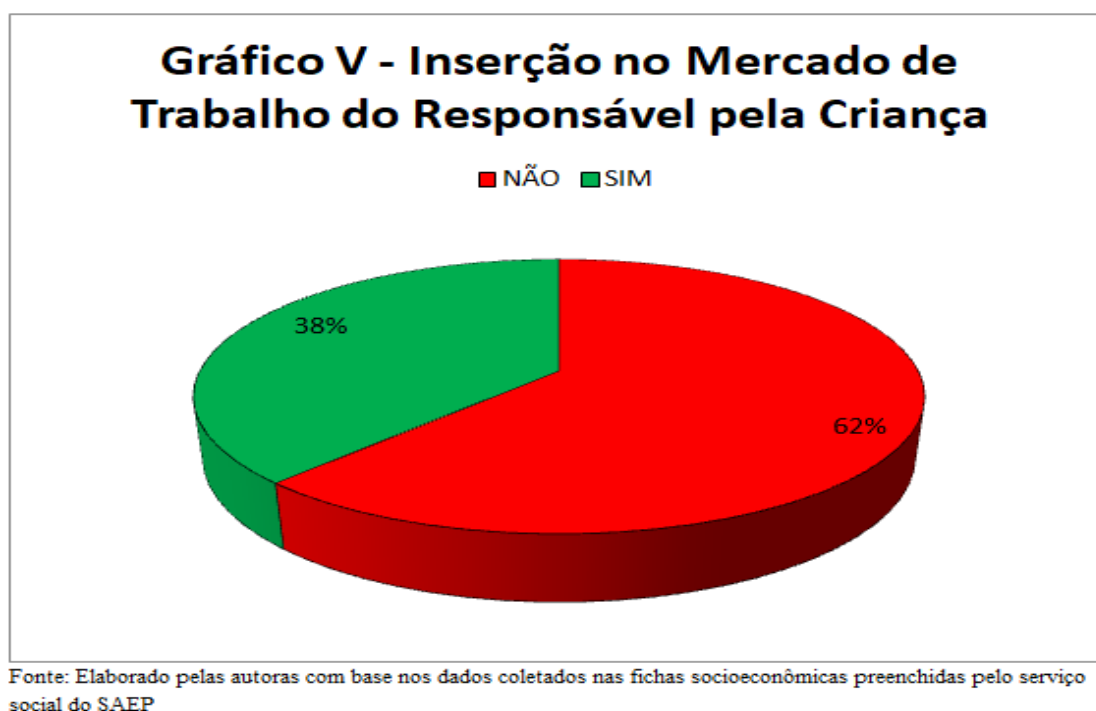
A família monoparental encontra proteção estatal preconizada na Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu art. 226, § 4º, consistindo a mesma na comunidade formada por qualquer dos pais e seus descendentes. Assim, essa tipologia de família, pode-se originar de uma união desfeita, em que conviviam pais e filhos e, após a dissolução, passou-se a conviver um dos pais com os filhos; pode-se formar também quando advier a morte de um dos cônjuges; ou de mães e das diferentes formas possíveis em que se possa imaginar apenas um dos genitores convivendo com seus filhos.

Nesse contexto, pode-se inferir que a família monoparental sempre existiu, pois a filiação concubinária, o abandono do lar por um dos cônjuges e mesmo a morte de um deles

não são fenômenos do mundo moderno, podendo-se afirmar, categoricamente, que já existiam na antiguidade. A sociedade precisa entender que o modelo de família nuclear constituída pela figura do pai, mãe e filhos já não é o modelo absoluto na sociedade. Os tempos são outros, as famílias mudaram e a sociedade e o Estado, precisam trabalhar para que as tipologias familiares reconhecidas na atualidade possam ter seus direitos assegurados independentemente de sua estrutura.

Destacamos, que as famílias precisam de políticas sociais que atendam na prática às suas necessidades e especificidades, não apenas com respostas paliativas, mas com ações concretas por parte de Programas de Transferência de Renda, tais como o Bolsa Família que coloca a responsável familiar a mulher, tendência no Brasil e nos países da América Latina e Caribe, que centralizam a mulher como única responsável pela criança.

3.2.1.5 – INSERÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO DO RESPONSÁVEL PELA CRIANÇA.



De acordo com o exposto no gráfico acima é possível identificar que 62% dos responsáveis pelas crianças que realizam tratamento no SAEP, não estão inseridos no mercado de trabalho e um dos motivos para que esta fatalidade ocorra é a baixa qualificação do trabalhador.

A desvalorização relativa da força de trabalho, decorrente da eliminação ou redução dos custos de aprendizagem, implica imediatamente uma maior valorização do capital, pois tudo o que encurta o tempo de trabalho necessário para a reprodução

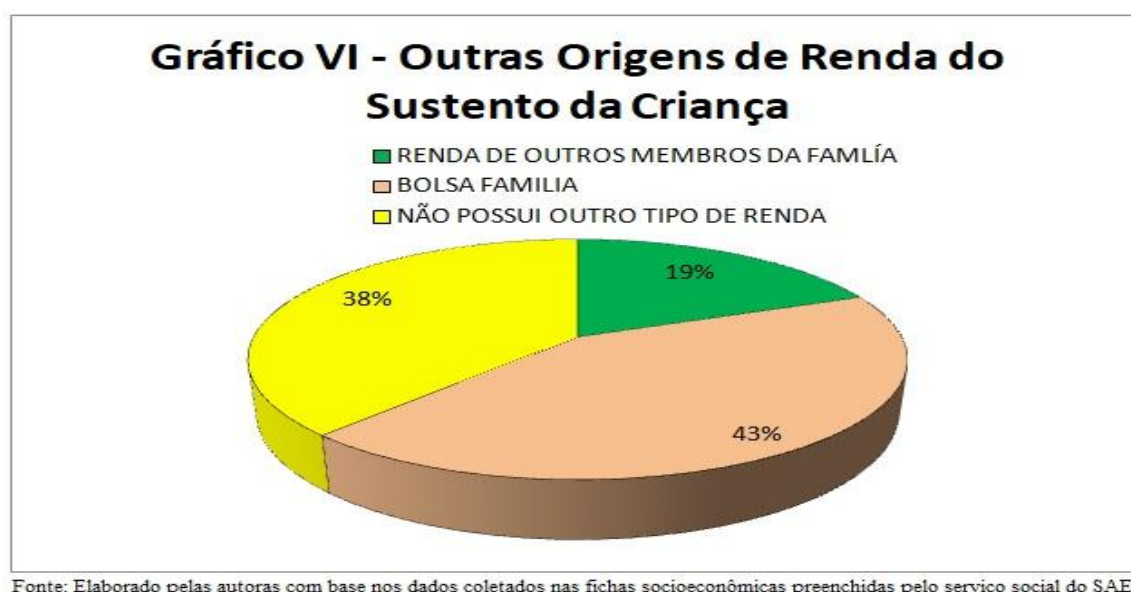
da força de trabalho estende, ao mesmo tempo, os domínios de mais-trabalho” (MARX, 2013, p. 424).

A falta de qualificação é apresentada por trabalhadores inativos e por desempregados como o principal entrave para voltar ao mercado de trabalho. Já para os empregados assalariados, a experiência profissional é o que mais conta, segundo levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada IPEA (2011) muitas vezes há emprego para a vaga que o trabalhador está procurando, porém, o mesmo não possui formação adequada para exercer aquela função, pois por muita das vezes teve que optar por trabalhos informais para conseguir o sustento ao invés do estudo.

O trabalho informal cresceu 7,7% no segundo trimestre deste ano (2018), comparativamente ao segundo trimestre do ano passado (2017), no Rio de Janeiro, a informação constatada é de levantamento divulgado em agosto de 2018 pela Federação do Comércio de Bens, Serviços e Turismo do Estado do Rio (Fecomércio RJ), baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que aponta o aumento do desemprego no país. Ao mesmo tempo, a renda do trabalhador tem diminuído.

Levantamos a hipótese, que a permanência da criança no acompanhamento/tratamento no SAEP, está atrelada a alguns fatores, como o desemprego, que gera dificuldades financeiras no deslocamento e a ocupação do tempo, seja por trabalho formal ou informal, ocasionando uma fragilidade para acompanhar essas crianças.

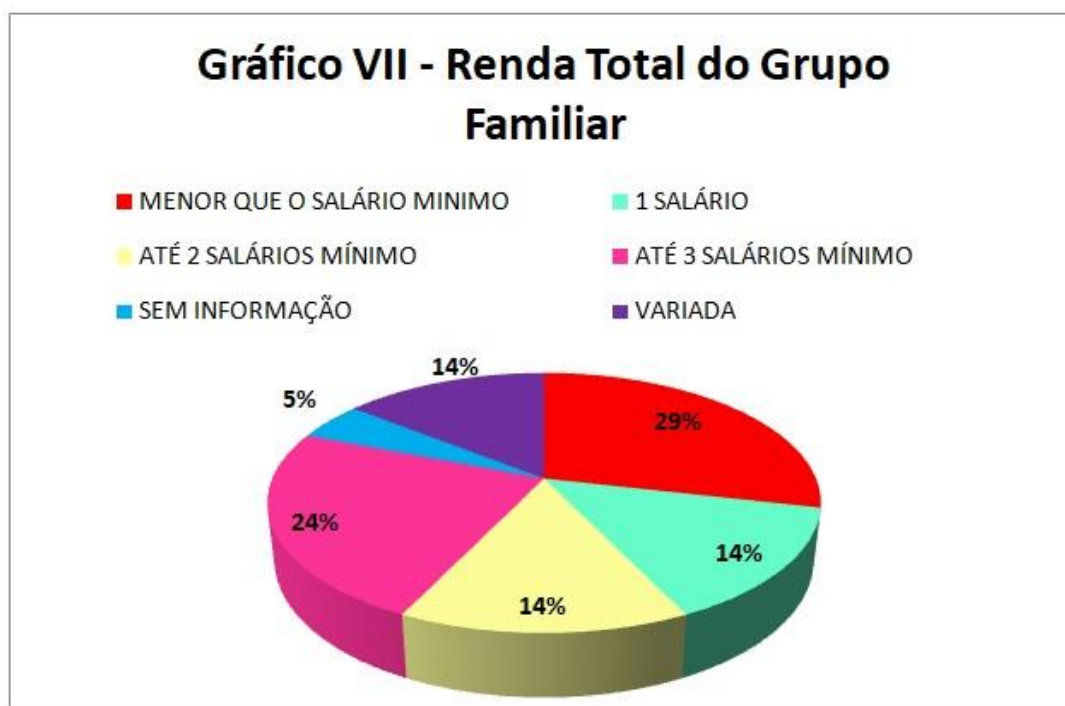
3.2.1.6 – OUTRAS ORIGENS DE RENDA DO SUSTENTO DA CRIANÇA



De acordo com o gráfico acima, a maior parte das famílias das crianças ingressantes no SAEP em 2018, recebem o benefício do Programa Bolsa Família, cerca de 43% do total, sendo esta renda, a única fonte de sustento da família. De acordo com Ministério de Desenvolvimento Social (2012), em todo o Brasil, mais de 13,9 milhões de famílias são atendidas pelo Programa Bolsa Família, que caracteriza-se por ser um programa de transferência direta de renda, direcionado às famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país, de modo que consigam superar a situação de vulnerabilidade e pobreza buscando garantir a essas famílias o direito à alimentação e o acesso à educação e à saúde.

Como mostra o gráfico acima também podemos ver que 19% das famílias possuem renda de outros membros da família sendo esses, tios que ajudam financeiramente e os avós das crianças que a maioria das vezes recebem aposentadoria e que assumem o sustento da criança e 38% não possuem nenhum outro tipo de renda que auxilia no custeio familiar.

3.2.1.7 – RENDA TOTAL DO GRUPO FAMILIAR



Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos dados coletados nas fichas socioeconômicas preenchidas pelo serviço social do SAEP

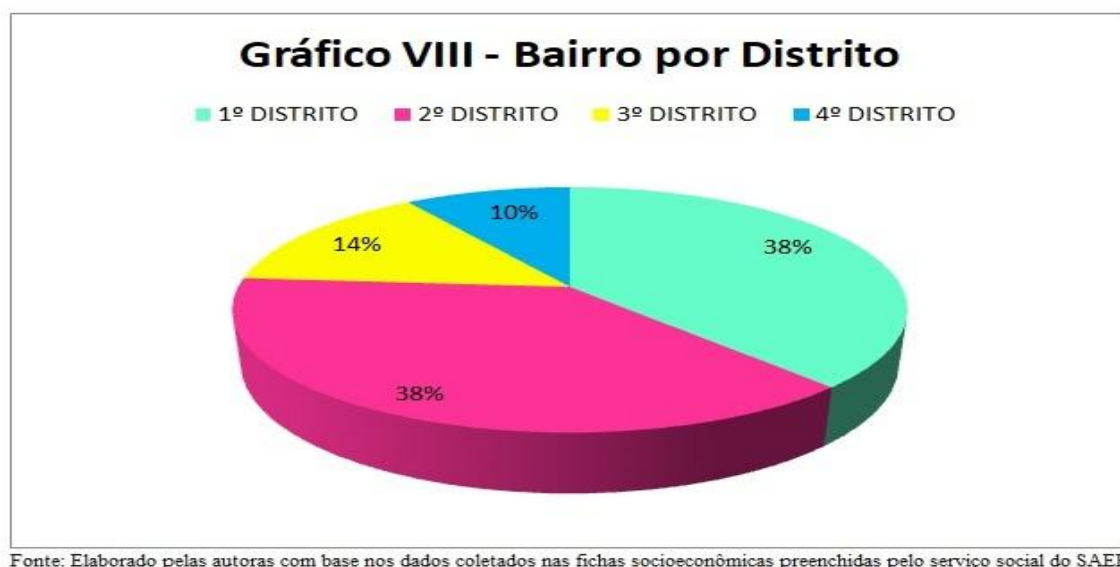
Conforme o gráfico acima, a renda total do grupo familiar das crianças atendidas pelo Serviço Social do SAEP em 2018, 29 % das famílias que deram entrada entre os meses janeiro e setembro de 2018 têm renda menor que um salário mínimo; em contrapartida 24% tem renda de até três salários mínimos; 14% tem rendas variadas, renda de um salário mínimo, até dois salários e 5% por algum motivo não especificado não apresentam informação sobre renda.

No que diz respeito à distribuição de renda no país, a Síntese dos Indicadores Sociais de 2017 comprovou, mais uma vez, que o Brasil continua um país de alta desigualdade de renda, quando considerados os dados de renda per capita de todas as fontes, e não apenas o rendimento do trabalho, nesse cálculo, a renda disponível é dividida por todos os moradores do domicílio, incluindo os que não trabalham, a situação é ainda mais grave. A renda média mensal per capita dos 5% brasileiros com menor poder aquisitivo era de apenas R\$ 47,00 em 2016. A pobreza era ainda mais aguda no Norte e Nordeste, com R\$ 38,00 e R\$ 33,00, respectivamente.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) metade dos brasileiros tem renda menor que um salário mínimo. Segundo dados levantados pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), em 2016, o rendimento médio dos 50% que recebiam os piores salários ficou em apenas R\$ 747, abaixo dos R\$ 880 estipulados como salário mínimo naquele ano, o IBGE mudou a metodologia para calcular a desigualdade entre ricos e pobres no Brasil, porém reafirma, um problema nacional, tendo em vista que a diferença de renda persiste.

O Brasil é um dos países, onde a desigualdade é das maiores do mundo, é uma das grandes mazelas, principalmente daquelas famílias que tem dentro de sua composição crianças que tenham a saúde comprometida e que precise de renda para o acompanhamento que muitas das vezes esse acompanhamento é por toda vida.,visto que essas famílias necessitam da assistência pública para ter acesso aos procedimentos necessários para cada particularidade.

3.2.1.8 – BAIRRO POR DISTRITO



De acordo com o gráfico acima, a maioria das famílias das crianças atendidas no SAEP em 2018, residem nos 1º e 2º distritos do Município de Duque de Caxias que juntos forma um total de 76%, ficando em segundo lugar o 3º distrito com 14% e por último o 4º distrito com 10%.

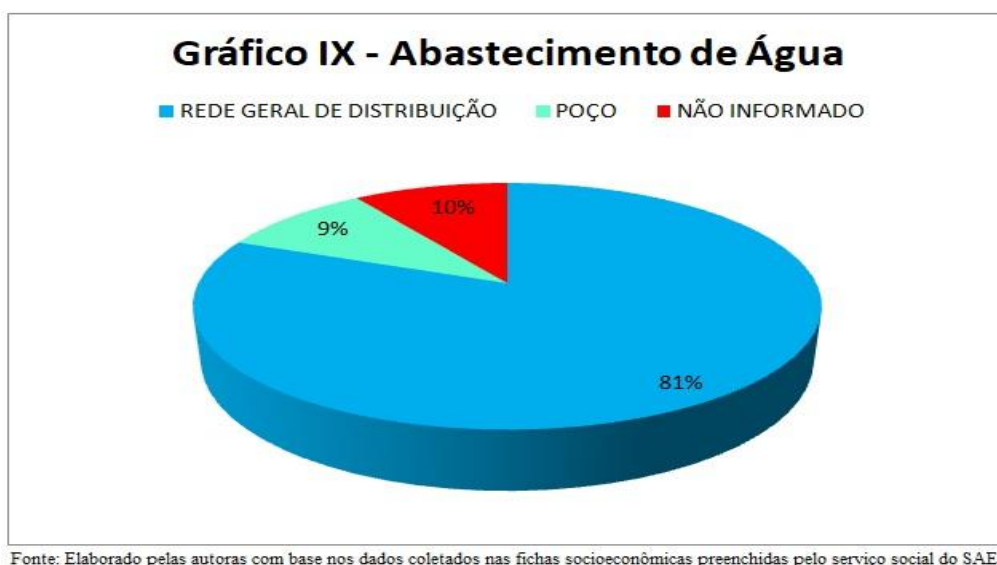
A Estratégia Saúde da Família (ESF), muito conhecida como Programa Saúde da Família (PSF), vem sendo proposta adotada pelo Ministério da Saúde como uma forma de reorganização da atenção básica com possibilidade de reorientação do sistema de saúde, incorporando como princípios as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade -, estruturando-se a partir da Unidade Básica de Saúde (UBS). O município de Duque de Caxias faz parte da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro. Segundo dados de 2017 do IBGE, é o município mais populoso da Baixada Fluminense, com 855.048 habitantes. É uma região que apresenta inúmeros problemas relacionados a processo de ocupação desordenada, densidade demográfica e altos índices de violência urbana (Brasil, 2005). Sua organização segundo o Ministério da Saúde de Duque de Caxias, se dá por meio de quatro distritos¹⁸.

No ano de 2002, o município aderiu ao Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), realizando um novo projeto em que foram contemplados vários itens que consideravam tanto a situação atual onde se encontra a dificuldade de acesso do cidadão aos serviços de saúde quanto a almejada onde acreditava que a ampliação da cobertura da ESF facilitaria o fluxo de atendimento devido à organização da porta de entrada ao sistema pelas unidades do programa.(Brasil, 2003).

Mattos (2001) considera que, para que seja alcançada a integralidade, é necessário que a organização das práticas esteja voltada para a articulação entre assistência e práticas de saúde pública, o que necessariamente gera tensão entre a demanda espontânea por consulta e a criação pelos serviços de demanda programada. O autor ressalta que os serviços de saúde atendem predominantemente demandas individuais e têm na assistência médica o principal recurso tecnológico disponibilizado em escalas de acesso progressivamente mais difíceis.

¹⁸ 1º distrito (Centro), onde a maior parte das habitações e as atividades econômicas se concentram; 2º distrito (Campos Elíseos), no qual se localizam as indústrias de transformação e distribuição de produtos manufaturados; 3º distrito (Imbariê), área de grandes reservas florestais e estabelecimentos não ocupados e 4º distrito (Xerém) considerado rural, com poucos núcleo habitacionais. fonte:Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Saúde da Família. *Projeto municipal de expansão da saúde da família*. Duque de Caxias, 2002

3.2.1.9 – ÁGUA



De acordo com o gráfico acima, 81% das famílias das crianças atendidas pelo Serviço Social do SAEP em 2018, possuem acesso à água potável, por meio de encanamento, enquanto 9% afirmaram ter acesso a água potável, por meio de poços e 10% por algum motivo desconhecido não apontaram a forma como abastecem a água de sua moradia.

A lei nº 11.445 de 2007 que estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico e para a política federal de saneamento básico define que o abastecimento de água é constituído pelas atividades e instalações necessárias ao abastecimento público de água potável, desde a captação até as ligações prediais e respectivos instrumentos de medição.

Segundo uma nota informativa publicada em 2017 pela Companhia Estadual de Águas e Esgotos - CEDAE, A Baixada Fluminense tem áreas onde o abastecimento é irregular ou realizado através de poços artesianos devido a décadas de crescimento desordenado e ocupação irregular do solo não coibidos pelos poderes municipais.

Segundo o Ministério da Saúde (2006) a água é um nutriente essencial, que corresponde de 60 a 75% do peso do corpo. O seu consumo é garantido pela ingestão de água potável e ela também está presente na composição dos diferentes alimentos sólidos (principalmente verduras, legumes e frutas) e líquidos (sucos de frutas e vegetais e leite, por exemplo). O ideal é ingerir de 8 a 10 copos por dia. As funções da água são: Ajudar no bom funcionamento dos rins, coração, intestinos, estômago, fígado e músculos; auxiliar na digestão, absorção e excreção; regular a temperatura do corpo; transportar os nutrientes do intestino para o sangue.

Em pessoas com HIV/AIDS o Ministério da Saúde recomenda o consumo de água como um dos cuidados para fortalecer a defesa do corpo: Beba no mínimo 2 litros de água (6 a 8 copos) por dia (filtrada ou fervida). Lave as mãos com água e sabão, principalmente antes do preparo dos alimentos e antes das refeições. É uma medida simples que evita muitas

doenças. Uma vez que o HIV está ligado a deficiência das células de defesa do corpo, a água potável se torna grande aliada.

3.2.1.10 – REDE DE ESGOTO



De acordo com o gráfico acima 76% das famílias das crianças atendidas pela equipe de Serviço Social do SAEP, possui em suas residências rede de esgoto, mas ainda existem famílias com vala a céu aberto, cerca de 5% do total pesquisado, uma questão que deveria ser solucionada de acordo Lei do Saneamento Básico, onde a legislação federal prevê a universalização dos serviços de abastecimento de água e tratamento da rede de esgoto para garantir a saúde dos brasileiros. O Governo Federal estabelece diretrizes gerais, formula e apoia programas de saneamento em âmbito nacional. Os Estados operam e mantêm sistemas de saneamento, além de estabelecer as regras tarifárias e de subsídios nos sistemas operados pelo estado e a prefeitura compete ao município prestar, diretamente ou via concessão a empresas privadas, os serviços de saneamento básico, coleta, tratamento e disposição final de esgotos sanitários. As prefeituras são responsáveis também por elaborar os Planos Municipais de Saneamento Básico (PMSB), que são os estudos financeiros para prestação do serviço, definição das tarifas e outros detalhes. O município que não preparar o plano fica impedido de contar com recursos federais disponíveis para os projetos de água e esgoto.

Ainda segundo o gráfico 10% por motivo desconhecido não informam o tipo de rede de esgoto e 9% informam usar outro tipo de rede de esgoto. Um estudo do Atlas Esgoto¹⁹ publicado pela Agência Nacional de Águas (ANA) em 2017, sete municípios da região não oferecem qualquer tipo de tratamento para o esgoto e alguns sequer coletam. Os

¹⁹ A Agência Nacional de Águas (ANA) e a Secretaria Nacional de Saneamento Ambiental, apresentam o Atlas Esgotos que traz a análise da situação do esgotamento sanitário nas 5.570 cidades brasileiras e dos impactos do lançamento dos esgotos nos rios, lagos e reservatórios do País.

dois maiores municípios da Baixada Fluminense têm baixo índice de tratamento: Duque de Caxias trata apenas 15,4% e Nova Iguaçu 4,0%. Nestes municípios mais da metade do esgoto é lançado nos rios. Infelizmente muito ainda há de se fazer para garantir-se a universalização do acesso aos direitos de saneamento básico como está previsto em lei.

3.2.2 – EIXO II: Os Principais Fatores que Levam as Crianças a contraírem o vírus HIV.

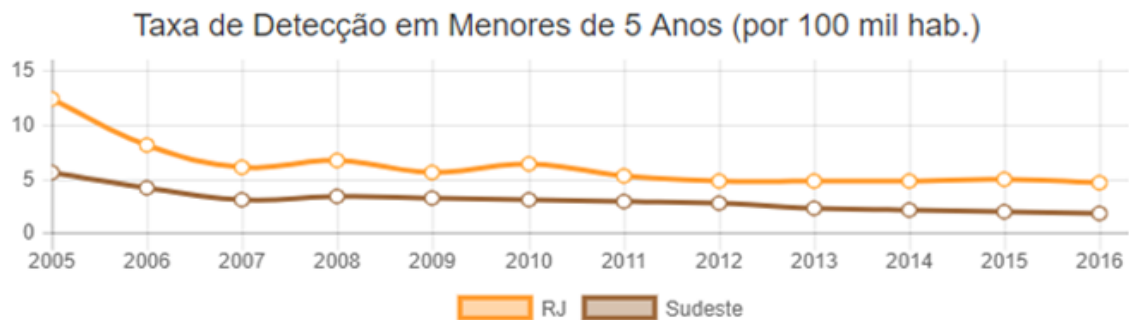
Diante das informações oriundas de nossa pesquisa no livro do Serviço Social as crianças atendidas pelo Serviço Social do SAEP de janeiro a setembro 2018, observamos que todas que deram entrada neste período foram exposta ao HIV/AIDS por transmissão vertical, que segundo o UNAIDS (2017) ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação (intra-uterino), trabalho de parto, o parto propriamente dito (contato com secreções cérvico-vaginais e sangue materno) ou amamentação e é conhecido mundialmente pela sigla em inglês MTCT (Mother to Child Transmission). Mais frequentemente, a transmissão ocorre nas primeiras semanas ou meses de vida, mas pode ocorrer mais tarde. A transmissão pela amamentação é mais provável em mães que têm uma concentração elevada de vírus no corpo, incluindo as que adquiriram a infecção durante o período em que estavam amamentando seu bebê.

Estima-se que mais de um milhão de crianças em todo o mundo sejam portadoras do HIV. Cerca de quatro em cada dez crianças HIV positivas morrem antes de completar um ano de idade segundo o Ministério da Saúde (2005). Constatam-se elevados coeficientes de mortalidade e dificuldades relacionadas ao acesso, diagnóstico e ao tratamento. Entretanto, com uma boa assistência preventiva e tratamento precoce de infecções comuns, às crianças soropositivas podem viver muito além de seu primeiro ano. O HIV deu origem a muitas questões difíceis. Uma delas é decidir sobre o aleitamento. Dois terços dessas crianças são infectados durante a gestação e o parto. O restante é infectado durante o aleitamento.

O leite materno é considerado pela OMS o melhor alimento para um bebê até os 2 anos de idade, entretanto, se a mãe for HIV positivo, substituir o aleitamento pode reduzir o risco de transmissão do vírus para o bebê. Por sua vez, métodos alternativos de alimentação também apresentam riscos não ao HIV, mas quando são utilizados substitutos para o leite materno, o recém-nascido corre cinco vezes mais riscos de contrair infecções bacterianas do que quando é amamentado pela mãe.

No fim de 2005, segundo estimativas da UNAIDS, 2,5 milhões de crianças estavam vivendo com a infecção pelo HIV; somente no ano de 2005, cerca de 700.000 crianças estavam recém-infectadas com o HIV em âmbito global, e a maioria delas viviam em países

menos desenvolvidos. Mais de 90% das crianças infectadas, adquiriram o HIV por transmissão da mãe para o filho durante a gravidez, ou no nascimento por meio do leite materno; dados obtidos antes de 1994 indicavam taxas de transmissão vertical que variavam de 12 a 42%; e as taxas mais altas de transmissão foram observadas entre a população que amamentava (UNAIDS, 2005).



Fonte: MS/SVS/Departamento de DST,AIDS e Hepatites Virais.

Em 2000, de acordo com o Ministério da Saúde (2005) o desenvolvimento e a implementação de intervenções eficazes para reduzir a transmissão vertical do HIV reduziram acentuadamente o número de novas infecções pediátricas nos países que oferecem os antirretrovirais. O Brasil e a Argentina foram os dois países que mais rapidamente asseguraram a disponibilidade dos medicamentos. No Brasil, a priorização política do controle da AIDS vem gerando resultados importantes no controle da epidemia. No gráfico acima, observamos a diminuição de infecções em menores de cinco anos, os dados apontam que a detecção da doença em menores de cinco anos caiu 36% nos últimos treze anos. Em 2010, eram 3,9 casos para cada 100 mil habitantes. O índice passou para 2,5 casos em cada 100 mil habitantes em 2015.

Para evitarmos novas infecções em crianças, visto que é provável que não se saiba se uma criança está infectada pelo HIV/AIDS, todas as escolas e creches devem adotar medidas especiais para lidar com acidentes, como hemorragias nasais, e para limpar e desinfetar superfícies contaminadas com sangue. Durante a limpeza, o profissional deve ser instruído a evitar o contato da pele com o sangue, luvas cirúrgicas devem estar sempre à disposição e as mãos devem ser lavadas depois de removê-las. As superfícies contaminadas devem ser limpas e desinfetadas com solução recém-preparada de 1 medida de água sanitária para 10 a 100 medidas de água. Essas práticas (chamadas de precauções universais) são seguidas não somente para crianças com infecção por HIV/AIDS, mas para todas as crianças e em todas as situações que envolvam sangue.

3.2.3 – EIXO III: As principais expressões da “questão social” identificadas pelo Serviço Social no Atendimento às Famílias do SAEP.

Analisando as histórias de vida das famílias pelo livro do Serviço Social e entrevista com a Assistente Social do programa SAEP, notamos que a desintegração do núcleo familiar devia-se não somente à HIV/AIDS, mas também à pobreza, vida em comunidade, ao tráfico e consumo de drogas, à morte violenta e incapacidade de cuidar dos próprios filhos, advinda da falta de estrutura que deveria ser concedida pelo Estado e suas políticas que deveriam atingir a toda diversidade social. Ou seja, a HIV/AIDS fazia parte de um universo maior de fatores condicionantes da desintegração familiar e não podia ser considerada como única causa, principalmente na vida das crianças, sentir-se doente ou estar limitado fisicamente, deixa de ser a característica mais dominante.

É relevante engendrar a HIV/AIDS, não como uma demanda qualquer a ser trabalhada, mas como um problema profundo ao qual, para qualificá-la, é imprescindível ações de múltiplos conhecimentos, interventivos, investigativos. Sendo importante, além do conhecimento científico, conhecimento humano e social, para deste modo garantir ao ser social a dignidade de sua existência.

O preconceito contra pessoas que vivem com HIV/AIDS é tanto, que a discriminação aos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de AIDS foi definida como crime através da Lei Nº 12.984, de 02 de junho de 2014, e pode levar à prisão por 1 a 4 anos e multa os indivíduos que apresentarem conduta discriminatória contra o portador do HIV e o doente de AIDS, em razão da sua condição de portador ou de doente.

Art. 1º Constitui crime punível com reclusão, de 1 (um) a 4 (quatro) anos, e multa, as seguintes condutas discriminatórias contra o portador do HIV e o doente de aids, em razão da sua condição de portador ou de doente:

I - recusar, procrastinar, cancelar ou segregar a inscrição ou impedir que permaneça como aluno em creche ou estabelecimento de ensino de qualquer curso ou grau, público ou privado;

II - negar emprego ou trabalho;

III - exonerar ou demitir de seu cargo ou emprego;

IV - segregar no ambiente de trabalho ou escolar;

V - divulgar a condição do portador do HIV ou de doente de aids, com intuito de ofender-lhe a dignidade;

VI - recusar ou retardar atendimento de saúde.

(LEI Nº 12.984, DE 2 DE JUNHO DE 2014. Define o 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/112984.htm)

O preconceito que gira em torno do tema, também faz com que o tema não seja debatido em profundidade nas escolas. O uso de drogas pelos familiares das crianças atendidas no SAEP, também é considerado uma expressão da questão social identificadas na instituição pesquisada, tal situação é considerado um comportamento de alto risco para a infecção pelo HIV/AIDS. Os usuários de drogas injetáveis podem se infectar quando usam a mesma seringa com outras pessoas. Mesmo as pessoas que não se injetam drogas mas as consomem de outra maneira podem se infectar por meio de relações sexuais sem preservativos, assim como as pessoas sob efeito do álcool frequentemente se envolvem em relacionamentos sexuais sem proteção, com mais de um parceiro sexual, aumentando o risco de contágio por doenças infecciosas, inclusive o HIV.

Segundo o Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde - CONBRACIS (2017), considerarmos a problemática do HIV/AIDS, como uma das expressões da “questão social”, passamos a ponderar que as nuances, contradições e as dificuldades de conter o aumento dos casos da doença no contexto brasileiro e no mundo, perpassa pelas condições do processo 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.

O desemprego, expressão da questão social, também atinge os familiares dos usuários do SAEP, segundo o IBGE (2001) mais da metade das pessoas que possuem o HIV/AIDS vivem desempregadas, os dados são do encontro sobre os 20 anos de combate à AIDS, realizado pelo Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS de São Paulo - GAPA-SP. A questão do desemprego é reveladora dos avanços, retrocessos e desafios contabilizados em duas décadas da doença, A GAPA-SP relata que os pacientes com HIV se sentem bem para trabalhar, mas revelam que a permanência do preconceito faz com que se afastem-se dos outros.

O Assistente Social deve atuar de forma crítica e capaz de intervir na realidade social, tendo como objetivo amenizar as várias expressões da questão social que chegam à instituição em que atua. Esse profissional deve ser apto para atuar em diversas áreas, porém suas ações devem possuir a centralidade na família para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos. (PNAS, 2004).

O Assistente Social atua com as mais diversas expressões da questão social, e mesmo atuando na área da saúde ele faz articulação entre as políticas visto que uma mesma pessoa pode ser usuária de várias políticas. No SAEP mesmo podemos encontrar usuários que além de serem usuários da política de saúde fazendo uso da política de assistência como o bolsa família como vimos nos gráficos, o Assistente Social se faz um profissional da totalidade,

com o objetivo de promover a garantia de direitos e isso faz com que ele vá além da atuação imediata que é o que aquele usuário está precisando naquele instante pra muito mais. Seu trabalho sempre pautado no seu Código de Ética e utilizando o seu conhecimento teórico-metodológico e técnico-operativo.

3.2.4 – EIXO IV: O Trabalho Realizado Pelo Serviço Social no Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico.

Este eixo foi construído com base na entrevista realizada com a única assistente social que atua no SAEP, conciliando com pesquisas bibliográficas, visando conhecer qual o trabalho e a contribuição do Serviço Social neste espaço.

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras.” (CFESS. Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Política de Saúde. ANO. p.33)

A ação profissional que, segundo Mioto e Nogueira (2006), se estruturam sustentadas no conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais são destinadas, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens definidas. A ação profissional, portanto, contém os fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos. O reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional, conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, 1996, demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais.

O Serviço Social desenvolve ações como: orientações ao indivíduo e suas famílias e grupos; acompanhamento da integralidade dos cuidados em saúde; promoção da integração dos serviços oferecidos pelo SAEP; realiza também orientação individual; entrevista, estudos e laudos sociais; acompanhamento de situações de saúde e sócio assistenciais dos usuários e seus familiares, facilitando o acesso do usuário; assessoria em Serviço Social junto a outras instituições.

Podemos observar com a entrevista realizada junto a assistente social do SAEP, que o trabalho do Serviço Social parte do atendimento com as crianças e seus familiares e/ou responsáveis. Esse atendimento ocorre a partir das demandas que chegam ao programa com suspeita de exposição ao HIV/AIDS e com diagnóstico positivo. Sendo este atendimento que

realiza no primeiro momento uma entrevista preliminar com base na ficha social²⁰ para coleta de dados, para que desta forma consiga se aproximar um pouco da realidade vivida pela família atendida, assim orientá-los sobre a importância da adesão ao tratamento e orientá-los sobre os benefícios. 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.

O conceito de entrevista parte da técnica utilizada pelos profissionais do Serviço Social junto aos usuários para levantamento e registro de informações. Esta técnica visa compor a história de vida, definir procedimentos metodológicos, e colaborar no diagnóstico social. A entrevista é um instrumento de trabalho do assistente social, e através dela é possível produzir confrontos de conhecimentos e objetivos a serem alcançados. Segundo Lewgoy (2007), é na entrevista que uma ou mais pessoas podem estabelecer uma relação profissional, quanto quem entrevista e o que é entrevistado saem transformados através do intercâmbio de informações, com a finalidade de colher informações sobre os usuários.

Durante essa entrevista, se faz a observação que também é um instrumento utilizado pelo Serviço Social que consiste na:

Ação de perceber, tomar conhecimento de um fato ou conhecimento que ajude a explicar a compreensão da realidade objeto do trabalho e, como tal, encontrar os caminhos necessários aos objetivos a serem alcançados. É um processo mental e, ao mesmo tempo, técnico. (SOUZA, 2000 p.126).

A observação é um instrumento importante em momentos de decisão em que o assistente social precisa ter segurança, fixando-se nos objetivos no qual se pretende alcançar.

O trabalho do Serviço Social no SAEP, está vinculado a partir desta entrevista e observação à orientações que partem da escuta da assistente social que segundo Chepeul (2002), dentro da intervenção e atuação profissional, a prática de ouvir ganha destaque na medida, que a escuta realizada de forma qualificada, proporciona ao assistente social, interpretar a realidade a ele apresentada, interpretação esta realizada de diferentes níveis já que as pessoas possuem diferentes formas de ouvir. De modo que, desta escuta, o Assistente Social possa trabalhar em conjunto com as redes de apoio mobilizando-as, redes socioassistenciais e redes intersetoriais para que haja uma articulação.

O CFESS (2014) reafirma a importância do/a assistente social na equipe multiprofissional, inclusive em programas de HIV/AIDS. Reafirma também, como fundamental, o desenvolvimento de suas atividades com competência, eficiência e

²⁰ Anexo b

responsabilidade, tendo como referência a lei que regulamenta o exercício profissional, suas atribuições privativas e competências previstas pelo artigo 4º e 5º da Lei nº 8662/93, na perspectiva de potencialização da orientação social, com vistas à ampliação do acesso dos indivíduos e da coletividade aos direitos sociais.

Assim, observamos, durante a entrevista realizada com a assistente social do SAEP, uma busca de estabelecer trabalho em rede junto a outras instituições de saúde e socioassistenciais, a fim de garantir a integralidade dos cuidados e a qualidade dos serviços prestados, buscando 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, garantindo o acesso dos usuários à rede de serviços e direitos de saúde ofertados, sem preconceito ou discriminação de qualquer natureza.

3.2.5 – EIXO V: A concepção de família e a sua importância na visão da assistente social do Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico

Como já vínhamos destacando no decorrer deste estudo, a família se faz importante para as pessoas que convivem com o HIV/AIDS, desta forma construímos este eixo com base na entrevista realizada com Assistente Social atuante no SAEP e pesquisa bibliográfica, a fim de confirmar ainda mais esta importância do núcleo familiar, principalmente dentro do SAEP.

A assistente social atuante no referido programa, narra que a família é a mais importante instituição da sociedade onde se constrói sentimentos que são adquiridos no espaço da intimidade e a importância da família no SAEP está ligado ao acompanhamento e a continuidade ao tratamento que é executado dentro desse programa. Ela expõe que dentro do SAEP existem as mais diversas configurações familiares, pois sendo a sociedade dinâmica e estando em constante transformação, assim também é a estrutura familiar, que não é estática e sente os impactos desta mudança. A família como um grupo de pessoas que compartilham as mesmas histórias, culturas e conflitos. Relata também que a concepção de família pode ser difícil, devido a existirem diversos tipos de famílias e a concepção que cada uma delas tem de si mesma deve e precisa ser respeitada. Cada família é única na sociedade.

A família é o primeiro sujeito que referencia e completa a proteção e a socialização dos indivíduos, e que independente das diversas formas e desenhos que a família contemporânea apresente, ela se constitui como canal de iniciação e aprendizagem dos afetos e das relações sociais. (CARVALHO, 2002 p.93).

A família, nas suas mais diversas configurações constitui-se como um espaço altamente complexo. É construída e reconstruída histórica e cotidianamente, através das relações e

negociações que estabelece entre seus membros e outras esferas da sociedade, tais como: Estado, trabalho e mercado. Reconhece-se também que além de sua capacidade de produção de subjetividades, ela também é uma unidade de cuidado e de redistribuição interna de recursos. Portanto, ela não é apenas uma construção privada, mas também pública e tem um papel importante na estruturação da sociedade em seus aspectos sociais, políticos e econômicos. E, nesse contexto, pode-se dizer que é a família que “cobre as insuficiências das políticas públicas, ou seja, longe de ser um “refúgio num mundo sem coração” é atravessada pela questão social”. (MIOTO, CAMPOS, LIMA, 2004)

A dificuldade das famílias que vivem ou convivem com o vírus do HIV/AIDS, se reflete diretamente no tratamento das crianças expostas ou com o diagnóstico positivo. O estigma da doença interfere na revelação diagnóstica, a qual acontece, na maioria dos casos em uma fase especial e delicada da vida que é a adolescência. É bastante comum as famílias ocultar o diagnóstico até onde podem, objetivando a proteção das crianças e adolescentes. O desconhecimento sobre o assunto massacra os usuários com diagnósticos positivos do vírus obrigados a silenciar-se e a enfrentar discriminações absurdas por parte muitas vezes da própria família, vizinhos e até profissionais de saúde. Isto pode desencadear um auto preconceito altamente prejudicial, afetando a autoestima e inviabilizando o cuidado pessoal.

Todavia, a discriminação ao usuário com HIV/AIDS não afeta somente a ele e seu núcleo social direto, desencadeia sim em intercorrências que afetam endemicamente a todos considerando que o preconceito cega as pessoas, pressupõe conceitos que não são reais acabando por afastar todos da prevenção. O HIV/AIDS é tido como um fenômeno social, pois suas implicações perpassam a saúde do corpo, atingindo o emocional e a saúde mental do indivíduo e consequentemente afetando diretamente seu tratamento de saúde e suas relações sociais.

3.2.6 – EIXO VI: As possibilidades, os limites e as estratégias de trabalho do assistente social no Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico (SAEP)

Este estudo tem como objetivo analisar as possibilidades, os limites e as estratégias presente no cotidiano profissional da Assistente Social que atua no Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico, elaboramos este eixo com base na entrevista realizada com a Assistente Social e pesquisa bibliográfica com o intuito de correlacionar teoria e prática para que desta forma possamos adentrar de certa forma na realidade do Assistente Social atuante na área de saúde.

Para se pensar sobre o exercício profissional além da aparência, a todo o momento se faz necessário exercitar o movimento entre singular e universal no que diz respeito aos elementos envolvidos no exercício profissional cotidiano e suas interconexões com a dinâmica real da sociedade. (LACERDA, 2014).

Para Barroco (2003), a sociedade é uma totalidade organizada por várias totalidades, cuja reprodução pressupõe uma totalidade maior que se efetua de formas peculiares, com regularidades próprias. A práxis do Serviço Social materializa-se, por meio de duas categorias: teleologia e causalidade. A ação do profissional requer a análise da realidade que quanto mais sólida e rica de determinações acerca da situação, sempre tendo em mente como a primeira causa a economia, mais possível se torna a construção do objetivo teleologizado.

Após, a leitura da realidade com a prática teleológica vem a intervenção na realidade, que se dá por meio de orientações sociais, planejamentos, relatórios, encaminhamentos, etc. Busca-se materializar o objetivo na realidade a que se propõe o Assistente Social (viabilização de direitos, autonomia e cidadania, entre outros).

De acordo com a Assistente Social entrevistada, quando perguntada sobre as possibilidades da realização de seu trabalho como Assistente Social atuante no SAEP, a mesma respondeu que existem inúmeras possibilidades, que o trabalho do Serviço Social é coordenado com direito que por muitas vezes são violados, exigindo do profissional um olhar crítico, além da aparência para que então existe a possibilidade do indivíduo escrever a própria história.

Apenas a partir da identificação das necessidades em questão torna-se possível as intervenções necessárias para a construção do objetivo vislumbrado, que, no caso do Serviço Social, é a garantia do direito em questão do cidadão por meio de serviços e benefícios, buscando orientar suas ações para a emancipação humana. (LACERDA, 2014).

Como em toda atuação profissional, existem possibilidades e limites, e quando perguntado a Assistente Social, quais seriam os limites da sua atuação, foi respondido que os limites estão voltados para a questão da falta de articulação entre as redes e as políticas sociais, que dentro das redes não obtém êxito, pois são limitadas, burocráticas e politizadas.

Além disso, a realidade dos serviços de saúde, em geral, é palco de variados confrontos entre os direitos dos usuários, as normas e as práticas institucionais, demandando a intervenção profissional do Assistente Social com vistas a assegurar o cumprimento do direito. Outro desafio respondido pela mesma, abrange a política de recursos humanos, em que dentro do SAEP se tem uma equipe muito reduzida, impactando na qualidade dos atendimentos prestados aos usuários, além disso, o processo de trabalho muito precarizado

devido à falta de instrumentos, como materiais de escritório, exemplo: papel, fichas de encaminhamentos, máquina de xerox, telefone, caneta entre outros utensílios básicos até carro para realização de visita domiciliar. A Assistente Social relata ainda que um dos maiores desafios é de uma estrutura que não comporta a necessidade do programa.

O trabalho do Assistente Social é o de perceber a realidade objetivamente e identificar os meios para se trabalhar no intuito de chegar ao objetivo posto. De acordo com Carvalho e Netto (2011) A subjetividade do profissional precisa estar apta a ler a realidade enquanto fator concreto e a partir disso pensar nas estratégias de intervenção dentro das possibilidades históricas. Pensarmos de forma mais clara e menos leviana a direção social da nossa prática, não só porque trabalhamos especialmente na mediação dominados/dominação, mas também porque parece que a leitura da realidade complexa que vivemos hoje e o avenir são tarefas difíceis, assim como as escolhas dos processos e das estratégias de ação.

Ainda, em entrevista, perguntamos quais estratégias ou sugestões, a profissional de Serviço Social poderia apresentar em relação aos serviços prestados pela unidade de saúde e nos foi respondido que:

De início uma estratégia séria de sensibilizar os gestores da importância do programa, é um grande desafio ter-se um olhar sensibilizado no meio político, o que eu quero dizer, é dos gestores precisam estar cientes de como é importante o programa e da quantidade de casos que nós atendemos, sinalizando a falta de apoio que atualmente temos na rede e até mesmo dentro próprios setores na unidade, onde como por exemplo, os serviços nos laboratórios que por muitas vezes deixam de realizar algum exame, que são muito importantes para o tratamento; existe a falta de medicamentos na farmácia, tendo assim uma realidade muito macro e também muito micro. (Assistente Social do SAEP).

Assim, conseguimos por meio da entrevista com a Assistente Social do SAEP, perceber os limites e as possibilidades de atuação do Serviço Social para materialização dos direitos na vida do usuário e construir estratégias de reflexão da realidade junto ao usuário, no sentido de permitir que ele amplie seu entendimento sobre sua realidade para enfrentar suas questões pessoais.

Nesta perspectiva, o assistente social pode contribuir significativamente, quando for elemento constitutivo da equipe básica, na articulação das diferentes políticas sociais, na apreensão da realidade social dos usuários, partindo do conceito ampliado de saúde e no deciframento das expressões da questão social. Uma outra estratégia que precisa estar presente na atuação do programa SAEP é o combate ao preconceito com cunho conscientizador. O Código de Ética do/a Assistente Social, recusa enfaticamente o preconceito e a discriminação “empenho na eliminação de todas as formas de preconceito” e não discriminação, por “questão de inserção de classe social, gênero, etnia, religião,

nacionalidade, orientação sexual, identidade de gênero, idade e condição física” (CFESS, 2012, p.23/24).

A dinâmica da vida cotidiana favorece a reprodução do senso comum, com suas analogias e estereótipos, dando lugar aos preconceitos. Mas, embora o hábito e a repetição, a unidade entre o pensamento e a ação alimenta a reprodução do senso comum e dos preconceitos, sua origem é social. Os indivíduos vinculam-se aos preconceitos na vida cotidiana pelo fato de “na própria sociedade predominam – embora em outro plano e com variações – sistemas de preconceitos estereotipados e estereótipos de comportamento carregados de preconceitos” (HELLER, 2000, p. 50)

De acordo com Machado (1997) Na área da saúde reconhecem-se as dificuldades apresentadas por um contexto neoliberal²¹, de um enxugamento das políticas públicas e despolitização da sociedade. Aliada a esse direcionamento, compreende-se também que o trabalho em saúde é o resultante da macroestrutura de sua produção, englobando a organização social da produção dos serviços, as organizações corporativas, os projetos profissionais coletivos, as políticas de saúde e as relações estabelecidas entre o reconhecimento, o instrumento e o trabalhador. Com a política econômica de recorte neoliberal ocorre o favorecimento do mercado e do capital, que reflete na privatização, focalização e fragmentação das políticas sociais, particularmente a saúde que tem focalizado a assistência para determinada população, rompendo com o princípio da integralidade.

As dificuldades apresentadas pela Assistente Social, só poderão ser superadas se os profissionais se mobilizam conjuntamente para a divulgação da importância social de suas ações e se tiverem sempre como norte a realização de um exercício profissional qualificado e competente que dê respostas condizentes com as demandas socialmente determinadas.

Já, as possibilidades apresentadas pela Assistente Social atuante no SAEP são de oferecer um tratamento com qualidade dando as informações adequadas para a população visto que há uma estigmatização da doença que é considerada um peso para o usuário e seus familiares devido ao preconceito que vem da falta de informações adequadas e verdadeiras da doença, como prevenção, tratamento e qualidade de vida. As possibilidades em conjunto com bons equipamentos nos trazem uma atuação de qualidade dando uma resposta para a população atendida para que assim estreite-se o alto índice de abandono de tratamento.

²¹ “O ajuste neoliberal não é apenas de natureza econômica: faz parte de uma redefinição global do campo político-institucional e das relações sociais”. (SOARES, 2000, p.12). O modelo prevê políticas de liberalização, privatização, centradas no mercado. Conforme a maneira como cada país se insere no cenário internacional, sofre os impactos da —crise global” ou do —ajuste” dos países periféricos como o Brasil, sob a hegemonia norte-americana, significando redução de direitos, focalizando as políticas sociais de caráter universalistas aos mais pobres.

Porém, é preciso ter clareza de que o horizonte dessa conquista não irá resolver os problemas que envolvem as condições de vida e trabalho da população, o que não quer dizer que esse fato, deve inibir nossa luta por uma assistência de qualidade e pelo acesso universal aos serviços. (NETTO, 2003).

Segundo Bravo (2004), o objetivo da profissão nesta área envolve a compreensão dos aspectos sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões. Ou seja, a partir da compreensão da realidade, cabe ao profissional de Serviço Social formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde definido na Constituição Federal de 1988.

Desta forma, a prática profissional deverá pautar-se numa proposta que vise o enfrentamento das expressões da questão social que se apresentam "nos diversos níveis de complexidade da saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta densidade tecnológica" (CFESS.PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE, 2010, p. 20).

Diante disso, o Serviço Social na área da saúde, deve ter duas preocupações básicas e complementares sendo elas o conhecimento da realidade e a (re)formulação de suas estratégias de ação. O que requer do profissional competência teórico-metodológica para leitura da realidade, além de sensibilidade e vontade política, que movem a ação. Pensar nas possibilidades do Serviço Social na Saúde significa investigar e compreender as mediações do processo saúde – doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscou-se neste trabalho de conclusão de curso apresentar um estudo acerca das possibilidades e limites de atuação do Serviço Social dentro do Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico, a partir da visão da Assistente Social atuante neste espaço.

Primeiramente buscamos, a partir de um referencial teórico, apresentar a categoria questão social, além de uma compreensão do conceito de família e um breve resgate da política de saúde e a atuação do Assistente Social na mesma. Tomamos estas referências como base da pesquisa e análise de dados.

Destacamos algumas considerações que chegamos através da análise de dados desenvolvidos nos eixos.

No primeiro eixo, buscamos traçar e analisar o perfil das crianças que deram entrada no SAEP de Janeiro à Setembro de 2018. Concluímos que tratam-se de crianças em sua maioria do sexo feminino, com faixa etária entre dias e 10 meses, em sua maioria de família monoparental feminino, onde 95% estão ainda sob investigação o que significa que foram expostos ao HIV/AIDS, mas ainda há chances de terem alta do programa, ao contrário dos outros 5% que já foram diagnosticados com HIV/AIDS o que significa que se manterão com o tratamento no decorrer da vida, sendo primeiramente no Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico e após dada a maior idade, no serviço de Atendimento Especializado Adulto. Podemos neste primeiro eixo ainda analisar que 62% dos responsáveis das crianças não encontram-se no mercado de trabalho, 43% destes recebem o benefício do bolsa família e 29% vivem com renda menor que um salário mínimo. Os indicadores ainda apontam que 76% da população atendida no SAEP mora entre o 1º e 2º distrito, 81% tem abastecimento por rede distribuidora de água e 76% têm rede de esgoto.

No segundo eixo analisamos os principais fatores que levam as crianças a contraírem o vírus HIV/AIDS e com base no livro do Serviço Social observamos que 100% das crianças que deram entrada no SAEP de janeiro a setembro de 2018 tiveram contato com o vírus do HIV/AIDS através da transmissão vertical que acontece de mãe para filho, que ocorre durante a gestação (intra-uterino), trabalho de parto, o parto propriamente dito (contato com secreções cérvico-vaginais e sangue materno) ou amamentação. Com isso concluímos a importância do pré natal adequado, visto que durante a gravidez são realizados exames trazem o resultado de HIV/AIDS positivo ou negativo para mãe caso a mesma não saiba se é soropositiva. O diagnóstico e o tratamento precoce podem garantir o nascimento saudável do bebê. As gestantes que forem diagnosticadas com HIV/AIDS durante o pré-natal têm indicação de

tratamento com os medicamentos antirretrovirais durante toda gestação e, se orientado pelo médico, também no parto. O tratamento previne a transmissão vertical do HIV/AIDS para a criança. Segundo o Ministério da Saúde (2018) o recém-nascido deve receber o medicamento antirretroviral (xarope) e ser acompanhado no serviço de saúde. Recomenda-se também a não amamentação, evitando a transmissão do HIV/AIDS para a criança por meio do leite materno. Desta forma podemos nos salientar acerca da troca de informação correta que é um fator que pode fazer diferença principalmente quando se trata de um recém nascido que tem possibilidade de alta.

No terceiro eixo abordamos as principais expressões da “questão social” identificadas pelo Serviço Social no atendimento às Famílias do SAEP, neste eixo contemplamos a visão da assistente social acerca destas expressões em entrevista e notamos que a desintegração do núcleo familiar devia-se não somente à HIV/AIDS, mas também à pobreza, vida em comunidade, ao tráfico e consumo de drogas, à morte violenta e incapacidade de cuidar dos próprios filhos, advinda da falta de estrutura que deveria ser concedida pelo Estado e suas políticas que deveriam atingir a toda diversidade social. Ou seja, a HIV/AIDS fazia parte de um universo maior de fatores condicionantes da desintegração familiar e não podia ser considerada como única causa, principalmente na vida das crianças, sentir-se doente ou estar limitado fisicamente, deixa de ser a característica mais dominante. Para além disso o preconceito existente na sociedade onde se discrimina a pessoa que tem HIV/AIDS e doentes de HIV/AIDS também desencadeia intercorrências que afetam trabalho e levam a baixa auto-estima e depressão, podendo acarretar a morte.

O quarto eixo foi construído ainda com base na entrevista realizada com a Assistente Social do SAEP que expõe o trabalho realizado pelo Serviço Social no Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico. O Serviço Social dentro do SAEP desenvolve ações como: orientações ao indivíduo e suas famílias, através de reuniões, dinâmicas em grupo; acompanhamento da integralidade dos cuidados em saúde; promoção da integração dos serviços oferecidos pelo SAEP; realiza também orientação individual; entrevista, estudos e laudos sociais; acompanhamento de situações de saúde e sócio assistenciais dos usuários e seus familiares, facilitando o acesso do usuário; assessoria em Serviço Social junto a outras instituições. Assim concluímos que o Serviço Social dentro do SAEP efetua seu trabalho com base no seu Projeto Ético Político e de acordo com os parâmetros para atuação do Assistente Social na saúde.

No quinto eixo abordamos A concepção de família e a sua importância na visão da assistente social do Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico e podemos concluir que

a assistente social julga a família como fundamental, e inclui estas famílias em sua intervenção, visto que abordamos o HIV/AIDS em crianças que são completamente dependentes dos responsáveis para aderência ao tratamento. A importância do apoio familiar . O estigma da doença interfere na revelação diagnóstica, a qual acontece, na maioria dos casos em uma fase especial e delicada da vida que é a adolescência, logo o apoio familiar é fundamental para garantir que esta criança no futuro, consiga enfrentar os seus anseios. A Assistente social do SAEP define a família como a mais importante instituição da sociedade onde se constrói sentimentos que são adquiridos no espaço da intimidade.

Por último no sexto eixo contemplamos as possibilidades, os limites e as estratégias de trabalho da assistente social no Serviço de Atendimento Especializado Pediátrico SAEP através da entrevista realizada, que sua atuação profissional é envolvida diariamente por desafios tanto relacionados a manter as crianças em tratamento contínuo fazendo um trabalho com a família para que entenda-se a importância do tratamento, quanto na própria instituição que ainda não dá a devida importância ao programa e isso implica na estrutura física do SAEP que encontra-se em um ambiente mínimo com dificuldades para realização dos atendimentos da equipe multidisciplinar além da falta de objetos básicos como canetas, folhas, telefone, entre outros e implica também no atendimento que se torna precarizado devido a falta de apoio do estado e sociedade, onde se depara com sua limitação profissional. Observamos aqui que há não credibilidade da própria unidade de saúde no SAEP, limita a atuação do assistente social e a falta de entrosamento entre as redes limita os direitos dos usuários. Ainda em entrevista a Assistente Social do programa, a mesma respondeu que as possibilidades são inúmeras desde que o assistente social atue de forma crítica além da aparência para que então existe a possibilidade do indivíduo escrever a própria história. Com a prática teleológica vem a intervenção na realidade, que se dá por meio de orientações sociais, planejamentos, relatórios, encaminhamentos, etc. Busca-se materializar o objetivo na realidade a que se propõe o Assistente Social (viabilização de direitos, autonomia e cidadania, entre outros).

A atuação do Assistente Social tem por base os princípios defendidos pelo Projeto Ético Político do Serviço Social e o Código de Ética da profissão na medida em que visa a garantia da universalidade, equidade da assistência, acessibilidade e o respeito dos direitos dos usuários/as aos serviços de saúde.

Verificamos que é impreterível alcançar a população com informações acerca do HIV/AIDS para minimizar o preconceito contra pessoas com vírus do HIV, que precisam além de tratamento médico, psicológico e social, apoio familiar/afetiva para caminhar nesta nova trajetória. Durante nossa pesquisa percebemos que a hostilidade muita das vezes parte

dos profissionais atuantes no centro de saúde ao qual o indivíduo necessita. A falta de conhecimento constrói uma realidade, onde o HIV/AIDS torna-se uma doença estigmatizada, associada a assuntos polêmicos que afetam não apenas o paciente, mas todo o contexto sócio-familiar deixando de ser apenas um problema médico e tornando-se um problema social econômico, psicológico e político. Uma das estratégias que podemos inventariar é a aproximação dos profissionais da equipe multidisciplinar com as crianças durante o processo de cuidado é muito importante para adesão do tratamento, a aproximação com a realidade do usuário, tornar possível uma não culpabilização do indivíduo em questão e seus familiares, apresentando aos diversos profissionais de saúde que lidar com uma criança soropositiva não deve resumir-se ao trabalho com a doença enfrentada por ela. A aquisição dessa percepção é de fato complexa, principalmente por relacionar-se com a subjetividade, não só dos profissionais atuantes na área da saúde, mas de uma grande parte daqueles que restam cuidado à essa criança nas demais esferas. Adotar e difundir essa concepção no tratamento às crianças que vivem com HIV/AIDS é um grande passo para o reconhecimento de que, ainda que sejam elas, sujeitos com a peculiaridade de viver com o vírus HIV/AIDS, também são crianças como qualquer outra, que precisam de carinho, atenção, reconhecimento e acima de tudo, o direito de ser feliz.

Consideramos que precisamos ampliar o espaço de luta em favor do direito à saúde universal para todos de acordo com nossa Constituição Federal de 1988, para isso é importante refletir, discutir e construir políticas públicas, com instrumentos cabíveis a profissão, sendo para nós o principal deles: conhecimento, habilidade e atitude, que é sem dúvida um instrumento de trabalho que permite que o profissional de Serviço Social tenha uma real dimensão das diversas possibilidades de intervenção como verificamos no trabalho realizado pela Assistente Social do Programa SAEP junto à criança e sua família e a partir deste estudo reconhecemos o conceito de família e a contribuição da mesma para a presença nos atendimentos e consultas marcadas para acompanhamento dessa criança concretizando a adesão ao tratamento. Além disso, é fundamental construir redes de apoio que interajam de forma a contribuir com adesão ao tratamento e, assim, permitindo que o uso adequado das medicações e das mudanças no estilo de vida necessários para o controle do vírus e da doença facilite esse processo de adesão ao usuário.

Para ampliar as ideias e contribuir para a pesquisa usamos a vivência da assistente social do SAEP para melhor entender os instrumentos e procedimentos de atuação do serviço social e quais os limites e possibilidades do serviço social neste espaço. A vulnerabilidade social e a

falta de informação são um dos maiores fatores que foram identificados de forma que se torne mais difícil o acompanhamento das crianças.

Esta pesquisa não se encerra por aqui, pois com o avanço tecnológico e social cada dia obtemos novas descobertas e estratégias para enfrentar as barreiras impostas pela falta de conhecimento que abre brechas para o preconceito que machuca tanto o indivíduo como sua família. A batalha ainda não está vencida, devemos materializar nosso Projeto Ético Profissional com atuações que aproximem a criança e sua família da realidade em que estão inseridas, a fim de que contribuam com seus amigos e parentes a promoção destas informações acerca da doença e da possibilidade de viver de forma saudável com o tratamento seguido de forma contínua; demonstrar para essas famílias o quão são importantes para a nossa sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEHRING, Eliane Rossetti ; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez 2007

BENZAKEN, Adele Schwartz. **Situação atual da resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS**. Disponível em <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/noticia/2017/64413/apresentacao_panorama_resposta_brasileira_a_epidem_24914.pdf>. Acesso em 15 de out. de 2018.

BONETTI, D. et al. **Serviço Social e Ética: Convite a uma nova práxis**. São Paulo: Cortez, 1996. BRASIL. Constituição Federal de 1988. Brasília, 1988

BRAGA, J.C.S.; PAULA, S.G. **Saúde e Previdência. Estudos de Política Social**. São Paulo: HUCITEC, 1986.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm>. Acesso em: 14 de jul. de 2018.

_____. **Lei Orgânica da Saúde (SUS)**, Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em 14 de out. de 2018.

_____. **Lei Orgânica da Saúde (SUS)**, Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 23 de out. de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa saúde da família**. Brasília, DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto de expansão e consolidação da saúde da família**. Brasília, DF, 2003.

BRAVO, Maria Inês Souza. **As Políticas Brasileiras de Seguridade Social: Saúde.** In: CFESS/ CEAD. *Capacitação em Serviço Social e Política Social*. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000.

_____. **A Política de Saúde na Década de 90: Projetos em Disputa.** In: *Superando Desafios – Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto*. Rio de Janeiro: UERJ/ HUPE. Serviço Social, 1999. Vol. 4.

_____. **A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica.** In: *Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

_____. **Política de Saúde no Brasil.** In: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. Disponível em <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-5.pdf>. Acesso em: 14 de jul. de 2018.

_____. **Questão da Saúde e Serviço Social: as práticas profissionais e as lutas no setor.** Tese de Doutorado. Departamento de Serviço Social PUC/SP, 1991.

_____. **Saúde e serviço social no capitalismo: Fundamentos sócio-históricos** 1a ed São Paulo 2014.

_____. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

_____. **Superando Desafios - O Serviço Social na Saúde na década de 90.** In: *Superando Desafios - Cadernos do Serviço Social do HUPE (03)*. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária.** In: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. Disponível em <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-3.pdf> Acesso em: 16 de ago. de 2018.

_____. **Reforma Sanitária e Projeto Ético- Político do Serviço Social: Elementos para o Debate.** In: *Saúde e Serviço Social*. BRAVO, M. I. S et al. (Orgs). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAVO, Maria Inês de Souza; SOUZA, Rodriane de Oliveira. **Conselhos de Saúde e Serviço Social: luta política e trabalho profissional.** In: *Ser Social – Revista do Programa de Pós-graduação em política Social (10)*. Brasília: UnB, 2002.

_____. et al. (orgs). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2004.

_____. et al. (orgs). **Saúde e Serviço Social** – 3a ed – São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.al.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: FLEURY, Sonia (Org.). **Democracia, descentralização e desenvolvimento**: Brasil e Espanha. Rio de Janeiro: Ed. FGV, 2006. p. 417-442.

CÉLIA. Regina. **Família, trabalho com famílias e serviço social**. In: **PALESTRA PROFERIDA NA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA (UEL)**. Serviço Social Rev., Londrina, v. 12, n. 2, p. 163-176, jan/jun. 2010. Disponível em <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7584/6835>>. Acesso em: 14 de jul. de 2018.

CORREIA. Maria Valéria Costa. **Controle Social na Saúde**. In: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. Disponível em <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-6.pdf>. Acesso em: 16 de jul. 2018.

DUQUE DE CAXIAS. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria de Saúde da Família. **Projeto municipal de expansão da saúde da família**. Duque de Caxias, 2002.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

FREITAS, Rita; BRAGA, Cenira; BARROS, Nívia. **Famílias e Serviço Social – Algumas Reflexões para o Debate**. In: **Família & Famílias: Práticas Sociais e Conversações Contemporâneas**, Rio de Janeiro, Lumen Juris, 2013 .

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. 4.Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GUERRA, Yolanda. O Brasil (do) real: **Alguns Elementos para pensar a reforma do Estado no Brasil. A racionalidade hegemônica do capitalismo no Brasil contemporâneo: uma análise das suas principais determinações**. 1998.

IAMAMOTO, M. V. **As Dimensões Ético-Políticas e Teórico-Metodológicas no Serviço Social Contemporâneo**. In: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. Disponível em <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf>. Acesso em: 20 de ago. de 2018.

_____. **A questão social no capitalismo**. Revista Temporalis – Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Ano 2. No 3 (jan/jul.2001). Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: Capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **Trabalho e indivíduo social: um estudo sobre a condição operária na agroindústria canavieira paulista.** São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **Transformações societárias, alterações no ‘mundo do trabalho’ e serviço social.** In: *SER Social*, Brasília, UNB, 2000. (Questão Social e Serviço Social,n.6.)

IANNI, O. **A ditadura do grande capital.** Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1981.

_____. **Estado e planejamento econômico no Brasil.** 4 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1986.

_____. **A Sociedade Global.** 10 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

LIMA, Júlio César França. **A política nacional de saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história?.** Disponível em <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/na-corda-bamba-cap_9.pdf> Acesso em 01 de out. de 2018.

MATOS, Maurílio. **A Saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal.** In: BRAVO, Maria Inês e PEREIRA, Potyara. *Política Social e Democracia.* São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

MATTOS, R. A. **Cuidado prudente para uma vida decente.** In: MATTOS, R. A; PINHEIRO, R. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade.* Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Abrasco, 2008.

MELO, Marcelo Paula de; FALLEIROS, Ialê. **Reforma da aparelhagem estatal: novas estratégias de legitimação social.** In: NEVES, Lúcia Maria W. (org.). *A nova pedagogia da hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso.* São Paulo: Xamã, 2005.

MIOTO, R. C. T; NOGUEIRA, V. M. R. **Desafios Atuais do SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais.** In *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.* Disponível em <<http://www.poderesocial.com.br/site/wp-content/uploads/2017/08/2.4-Desafios-Atuais-do-SUS-e-as-Exigências-para-os-Assistentes-Sociais-Vera-Maria-Ribeiro-Nogueira-e-Regina-Célia-Tamaso-Mioto.pdf>> Acesso em: 14 de set. de 2018.

PASTORINI, A. **“Quem mexe os fios das políticas sociais? Avanços e limites da categoria concessão conquista”**. Serviço Social e Sociedade n° 53. São Paulo, Cortez, mar. 1997.

PAULANI, Leda Maria. O projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses. In: PEREIRA, P. A. **A Assistência Social na perspectiva dos Direitos. Crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil**. Brasília, thesaurus, 1996.

PEREIRA-PEREIRA, Potyara A. **Alternativas socialistas às políticas sociais neoliberais**. *SER Social*, n. 13, p. 195-222, jul/dez. 2003.

SARTI, Cyntia A. **”Famílias enredadas”**. In: ACOSTA, A.R. e VITALE, Maria A. Faller. *Família: redes, Laços e Políticas Públicas*, 4.ed. São Paulo: Cortez e IEE/ PUC-SP, 2008.

SERVIÇO SOCIAL E SOCIEDADE, v.18, n.53, março 1997. Organizador: YASBEK, MARIA CARMELITA; VIANA, Ana L. **As políticas de saúde nas décadas de 80 e 90: O (longo) período das reformas**. In: *Ciências Sociais e Saúde para o ensino médico*. CANESQUI, Ana Maria (org). São Paulo: Hucitec, 2000.

SILVA, Bárbara Virgínia Groff da. **Políticas de Saúde no Brasil: elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde entre as décadas de 1980 e 1990**. Aedos n° 12, vol. 5, jan/Jul. 2013. Disponível em <<https://seer.ufrgs.br/aedos/article/viewFile/36854/26774>>. Acesso em: 22 de out. de 2018.

VIANNA, Maria L. T. **O silencioso desmonte da Seguridade Social no Brasil**. In: BRAVO, Maria I. S., PEREIRA, Potyara A. P. (orgs). *Política Social e democracia*. – São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

UNAIDS. **agências da ONU participam de debate sobre papel da mídia na resposta à epidemia de hiv**. Disponível em <<https://nacoesunidas.org/agencias-da-onu-participam-de-debate-sobre-papel-da-midia-na-resposta-a-epidemia-de-hiv/>>. Acesso em: 05 de ago. de 2018.

FIOCRUZ. **A epidemia da aids através do tempo**.

Disponível em <<http://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/linhadotempo.html>>. Acesso em: 21 de ago. de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Brasil registra queda no número de casos e de mortes por aids**. Disponível em:

<<http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/brasil-registra-queda-no-numero-de-casos-e-de-mortes-por-aids>>. Acesso em: 20 de out. de 2018.

UNICEF. Como prevenir a transmissão vertical do hiv e da sífilis no seu município (guia do gestor). Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/br_hivsifilis_gestores.pdf> Acesso em: 16 de set. de 2018.

IRMÃ DULCE. Crianças vítimas de abuso sexual têm maior risco de contrair hiv. Disponível em: <<https://www.irmadulce.org.br/portugues/noticia/institucional/2005/outubro/criancas-vitimas-de-abuso-sexual-tem-maior-risco-de-contrair-hiv>>. Acesso em: 02 de Nov. de 2018.

UNAIDS. Estatísticas. Disponível em: <<https://unaids.org.br/estatisticas>>. Acesso em: 16 de jun. de 2018.

UNAIDS. Guia de terminologia do UNAIDS.

Disponível em:

<https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/06/WEB_2018_01_18_GuiaTerminologia_UNAIDS.pdf>. Acesso em 01 de nov. de 2018.

UNAIDS. indetectável = intransmissível. saúde pública e supressão da carga viral do hiv. disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2018/07/indetectável-intransmissível_pt.pdf>. Acesso em 14 de jul. de 2018.

UNAIDS. Informações Básicas.

Disponível em <<https://unaids.org.br/informacoes-basicas/>>. Acesso em : 15 de ago. de 2018.

SECRETARIA NACIONAL DE SANEAMENTO AMBIENTAL. Lei do saneamento básico garante direitos aos usuários de serviços de água e esgoto. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2012/04/lei-do-saneamento-basico-garante-direitos-aos-usuarios-de-servicos-de-agua-e-esgoto>>. Acesso em 02 de out. de 2018.

UNAIDS. Medindo o progresso dos 10 compromissos de aceleração da resposta até 2020 por meio do monitoramento global da aids. Disponível em

<<https://unaids.org.br/2018/05/medindo-o-progresso-dos-10-compromissos-de-aceleracao-da-resposta-ate-2020-por-meio-do-monitoramento-global-da-aids/>>. Acesso em: 19 de set. de 2018.

UNAIDS. A ONU e a resposta à aids no Brasil. Disponível em <<https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/03/A-ONU-e-a-resposta-PORTUGU%C3%8AS.pdf>>. Acesso em: 16 de Set. de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. O que é o HIV. Disponível em <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>>. Acesso em: 15 de set. de 2018.

UNAIDS. O que significa estar com a carga viral indetectável? saúde pública e supressão da carga viral do HIV. Disponível em <<https://unaids.org.br/2017/07/indetectavel-saude-publica-e-supressao-viral-do-hiv/>>. Acesso em: 01 de ut. de 2018.

CRESS. O significado sócio-histórico dos direitos humanos, questão social e democracia no Brasil. Disponível em <<http://cress-mg.org.br/publicacoes/Home/Lei/86>>. Acesso em: 17 de Ago. de 2018

UNIARA. termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Disponível em <<http://www.uniara.com.br/comite-de-etica/termosobrigatorios/termo-de-consentimento-livre-e-esclarecido-tcle>>. Acesso em : 20 de ago. de 2018.

UNAIDS. Transmissão de mãe para filho. número de bebês nascidos com hiv cai 78% na américa latina e caribe, diz relatório da opas/oms. Disponível em <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/10/Numero_bebes_nascidos_com_HIV_AL.pdf>. Acesso em: 18 de ago. de 2018.

AGÊNCIA NACIONAL DA ÁGUA. Despoluição de bacias hidrográficas. Disponível em <<http://atlasegotos.ana.gov.br>>. Acesso em:13 de Set. de 2018.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com as normas da Resolução nº 466, do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012)

Você está sendo convidada para participar da pesquisa “Quais possibilidades e limites do serviço de atendimento especializado pediátrico na concepção do Serviço Social?” Você foi selecionada por estar atuando de forma ativa no SAE Pediátrico e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição envolvida no processo. O objetivo deste estudo é traçar o perfil socioeconômico das crianças que apresentam HIV/AIDS que iniciaram o acompanhamento no SAE pediátrico de Janeiro à Setembro de 2018; Conhecer qual o trabalho realizado pela equipe técnica do SAE

pediátrico acerca do acompanhamento às crianças que apresentam HIV/AIDS junto as suas famílias; Reconhecer o conceito de família e a contribuição da mesma ao acompanhamento realizado no SAE junto às crianças que apresentam HIV/AIDS na concepção da equipe técnica que atua nesse programa; Identificar as possibilidades e os limites do SAE pediátrico no acompanhamento as crianças que apresentam HIV/AIDS e suas famílias na concepção da equipe técnica que atua nesse programa; Inventariar as estratégias adotadas pela equipe técnica do SAE pediátrico no acompanhamento as crianças que apresentam HIV/AIDS e suas famílias.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder algumas questões previamente elaboradas visando atender os objetivos do estudo em uma entrevista. Os benefícios relacionados com a sua participação são de identificar os limites e as possibilidades do programa para que se possa trazer o benefício de enfrentamento do próprio limite do programa para com seus usuários.

Riscos: a pesquisa envolve sujeitos sociais e a descrição de suas opiniões e percepções, logo envolve riscos na comunicação e divulgação de informações. Logo, os pesquisadores se comprometem, no presente termo, a não utilizarem o nome ou dados de identificação dos entrevistados. Se o entrevistado achar que determinadas perguntas

incomodam, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais, podem escolher não responder, ou seja, o entrevistado pode deixar de responder quaisquer perguntas que o façam sentir incomodado.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, o método utilizado na elaboração deste estudo será o dialético-crítico, no que tange a produção e privacidade desta pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIGRANRIO, localizada na Rua Prof. José de Souza Herdy, 1160 – CEP 25071-202 TELEFONE (21).2672-7733 – ENDEREÇO ELETRÔNICO: cep@unigranrio.com.br

Rio de Janeiro, ____ de ____ de 20__.

autor da pesquisa

autor da pesquisa.

Sujeito da pesquisa

Pesquisador Responsável

ANEXO B – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DAS CRIANÇAS



ESTADO DO RIO DE JANEIRO
PREFEITURA MUNICIPAL DE DUQUE DE CAXIAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO SOCIAL

FICHA DE ATENDIMENTO SOCIAL

DATA: ____/____/____

I – IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Cartão SUS: _____ DN: ____/____/____ Idade: ____ Raça/Cor: ____

Filiação: _____

Documento de Identificação: _____ Tipo: _____

Identidade de Gênero: () Masculino () Feminino () Intersexual

Nome Social: _____

Responsável: _____

Possui Guarda/Curatela: () Sim () Não

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Referência: _____ Tel.: _____

II – COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nome	Vínculo	Idade	Escolaridade	Ocupação

Alguma pessoa com deficiência? Sim () Não () Qual? _____

III – TRABALHO E REMUNERAÇÃO

Está empregado? () Sim () Não Tipo de vínculo: _____ Renda familiar: _____

Outras fontes de sustento:

- () Benefício de Prestação Continuada () Programa Bolsa Família
() Seguro Desemprego () Auxílio Doença () Aposentadoria/Pensão
() Pensão Alimentícia () Ajuda/Doação de Terceiros

III – CONDIÇÕES DE MORADIA

Tipo de Habitação: () Casa de Alvenaria () Casa de Estuque

() Barraco de Madeira () Sem abrigo Número de cômodos do domicílio: _____

Forma de abastecimento de Água: () Rede Geral de Distribuição () Poço ou Nascente

() Outros

Forma de Escoamento de Esgoto: () Rede coletora de esgoto () Fossa Séptica

() Vale a céu aberto () Outros _____

Destino do Lixo: Coletado: () Sim () Não

Existe pavimentação no logradouro do seu domicílio? () Sim () Não

V – CONDIÇÕES DE SAÚDE

Diagnóstico: _____

Família acompanhada em Programa de Saúde? () Sim () Não

Qual? _____ Local: _____

VI – QUESTÕES SOCIAIS APRESENTADAS

VII – CONDUTA/EVOLUÇÃO

Assistente Social

Assinatura e Carimbo

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1 – QUAL O PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS USUÁRIOS ATENDIDOS NO PROGRAMA?**
- 2 – O QUE VOCÊ ENTENDE POR FAMÍLIA E QUAL A IMPORTÂNCIA DA PARTICIPAÇÃO DA FAMÍLIA NO PROGRAMA?**
- 3 – QUAIS AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NO PROGRAMA PARA O ENFRENTAMENTO DOS LIMITES DO USUÁRIO?**
- 4 – QUAL O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL ATUANTE NO PROGRAMA?**
- 5 – QUAIS AS POSSIBILIDADES E LIMITES DO ASSISTENTE SOCIAL NO PROGRAMA?**
- 6 – NA SUA VISÃO QUAIS AS POSSIBILIDADES DO USUÁRIO QUE ESTÁ PRESENTE NO PROGRAMA?**