



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

**MILCA OLIVEIRA CLEMENTINO**

**O TRABALHO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL: as demandas, as respostas e a potencialidade da relativa autonomia nos serviços de assistência especializada em HIV/AIDS do município de Campina Grande/PB**

**Campina Grande-PB**

**2018**

**MILCA OLIVEIRA CLEMENTINO**

**O TRABALHO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL: as demandas, as respostas e a potencialidade da relativa autonomia nos serviços de assistência especializada em HIV/AIDS do município de Campina Grande/PB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr. Moema Amélia Serpa Lopes de Souza

**Campina Grande- PB**

**2018**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

C626t Clementino, Milca Oliveira.  
O trabalho profissional do/a Assistente social [manuscrito] : as demandas, as respostas e a potencialidade da relativa autonomia nos serviços de assistência especializada em HIV/AIDS do município de Campina Grande/PB / Milca Oliveira Clementino. - 2018.  
142 p.  
Digitado.  
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas , 2018.  
"Orientação : Profa. Dra. Moema Amélia Serpa Lopes de Souza , Departamento de Serviço Social - CCSA."  
1. Serviço Social. 2. Assistente social. 3. Assistência social especializada. 4. Portador de HIV. I. Título  
21. ed. CDD 361.3


MILCA OLIVEIRA CLEMENTINO

**O TRABALHO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL: as demandas, as respostas e a potencialidade da relativa autonomia nos serviços de assistência especializada em HIV/AIDS do município de Campina Grande/PB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social

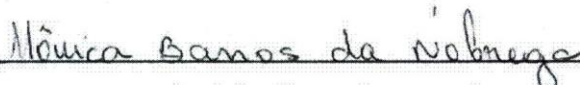
Aprovado em 21 de 09 2018

**BANCA EXAMINADORA**



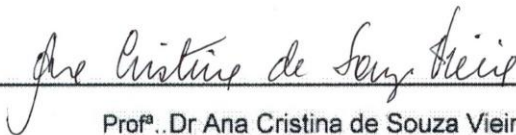
---

Profª. Dr Moema Amélia Serpa Lopes de Sousa  
(Orientadora)



---

Profª. Dr Mônica Barros da Nóbrega  
(Examinadora interna)



---

Profª. Dr Ana Cristina de Souza Vieira  
(Examinadora externa)

Dedico,

**A Maria de Fátima Oliveira Clementino [Mãe] e  
Francisco Aldo Clementino [pai]**

Que entendendo esse movimento natural da vida: de ir e vir, segurar e soltar, apoiando as decisões que me levavam para longe, aprendendo a abraçar à distancia, não me impediram de voar, me libertaram do porto seguro, para que eu pudesse navegar nas ondas do meu próprio destino ( Rubem Alves, adaptado).

## AGRADECIMENTOS

Agradecer,  
É um ato de perceber  
Com quantas mãos construímos nossos sonhos!

A caminhada é árdua, insegurança, medos, alegrias, tristezas nos acompanham no processo. Na incerteza do amanhã seguimos com a certeza que não caminhamos sozinhos, nem poderíamos, somos incentivados, apoiados, fortalecidos... Tem sido assim minha vida acadêmica, quando pensei em desistir vi que alguém me dava forças para seguir, e assim, brevemente citarei as pessoas mais importantes nesse processo. Todas foram, indiscutivelmente, imprescindíveis para o início e conclusão desse ciclo.

A Começar por **Maria de Fátima Oliveira Clementino [Mãe] e Francisco Aldo Clementino [pai]**, pela confiança e apoio incondicional em todos os momentos da minha vida.

Aos **meus irmãos** [Rivail, Rivani, João, Dalva, Antônio e Jurani]. Um agradecimento especial a **Jurani Oliveira Clementino**, que possibilitou todas as condições objetivas para que eu conseguisse me manter em Campina Grande, durante o período da graduação e do Mestrado em Serviço Social.

À minha orientadora, **Moema Amélia Serpa**, pelas orientações tão necessárias ao objeto de estudo. Cada conversa me entusiasmava, nossa relação foi de muita confiança, o que permitia dividir questionamentos, angústias, e compartilhar descobertas.

À **Socorro Pontes de Souza**, minha professora orientadora da graduação, que contribuiu para as primeiras aproximações com a discussão do trabalho profissional, orientando meu estágio e trabalhos posteriores (TCC; artigos científicos).

A **turma 2016** do mestrado acadêmico em Serviço Social, **Márcia, Nathalia, Laise**, em especial a **Mayara, Alexandra, Flávio, Sayonara e Daliane**. Construímos verdadeiros laços de amizades recíprocas. Agradeço também por todos os momentos de descontração em sala e fora dela. Esse processo se tornou mais leve e gratificante com a ajuda e alegria de cada um de vocês.

A **Sara Duarte**, amiga/irmã que acolhia minhas angústias cotidianas; **Flávia Jaiane** pelo incentivo durante a seleção, **Nívea**, integrou a turma como aluna

especial, e se tornou uma grande amiga. E a **Mayara**, pelos textos, livros e angustias compartilhadas!

**Aos professores do curso de graduação e Pós-Graduação em Serviço Social** da Universidade Estadual da Paraíba que muito contribuíram para a minha formação profissional.

**As assistentes sociais** que colaboraram para a coleta de dados, possibilitando os resultados aproximativos desse estudo. Agradecimento especial a **Lúcia de Fátima** coordenadora do SAE, e **Gizelda** coordenadora do setor de Serviço Social do HUAC, que prontamente fizeram as mediações necessárias para a anuência institucional e coleta de dados juntos às assistentes sociais.

A **banca examinadora**, nas pessoas de **Mônica Barros da Nóbrega** (UEPB) e **Ana Cristina de Souza Vieira** (UFPE) pelas valiosas sugestões e contribuições a esse trabalho.

E finalizo agradecendo o apoio institucional da CAPES e do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da UEPB.

Com os meus cordiais agradecimentos, ratifico:

“E é tão bonito quando a gente entende  
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá  
E é tão bonito quando a gente sente  
Que nunca está sozinho por mais que pense estar”

-Gonzaguinha

## RESUMO

O Serviço Social é uma profissão que está inserida na divisão social e técnica do trabalho na sociabilidade capitalista, compreendida no processo de reprodução das relações sociais, é chamada a intervir nas várias expressões da “questão social” através das políticas sociais. No campo da saúde pública, a ação profissional incide sobre o processo saúde/doença da população, que na contemporaneidade se apresenta mediado por retrocessos no âmbito das políticas sociais e precarização das condições de trabalho. É nesse campo de tensões e contradições que se situam as demandas, as respostas profissionais e o desafio de assegurar a relativa autonomia da profissão. Nesse sentido, visando ampliar as reflexões acerca do trabalho do/a assistente social no espaço sócio - ocupacional da saúde, o presente estudo nos direcionou para identificar e analisar as demandas e respostas profissionais dos/as assistentes sociais que atuam nos serviços de assistência especializada em HIV/Aids do município de Campina Grande/Paraíba, buscando revelar a relativa autonomia profissional. Para tanto, nossas análises se fundamentam teórico-metodologicamente no método crítico-dialético, estruturando o processo de investigação em um estudo bibliográfico, documental e empírico, e por meio de sucessivas aproximações das informações coletadas realizamos a síntese analítica. Como lócus da pesquisa foram selecionados os serviços de saúde que oferecem assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids, são eles, o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), o Serviço de Assistência Especializada (SAE), e o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). Os resultados aproximativos reforçam a complexidade das demandas, incluindo as advindas da particularidade que envolve o HIV/AIDS; demonstram as condições em que se estabelecem as respostas, cada vez mais limitadas frente às condições objetivas ao exercício profissional, e revelam os esforços cotidiano dos assistentes sociais em mediar o acesso dos usuários à política de saúde, evidenciando, desse modo, que ao passo que os desafios e limites tensionam a relativa autonomia, requer a necessidade de mediações para assegurá-la. No estudo, a relativa autonomia se revela no tensionamento dos limites e nas possibilidades encontradas para atender às necessidades dos usuários, através do empenho por uma atuação à luz da defesa dos direitos da classe trabalhadora.

**Palavras-chave:** Serviço Social. Demandas e respostas profissionais. Relativa autonomia.



## ABSTRACT

The Social Service is a job that is inserted in the social and technical division of labor in capitalist sociability, understood in the process of reproduction of social relations, the professional is called to intervene in the various expressions of the "social question" through social politics. In the field of public health, the professional action focuses on the health/disease process of the population, which in the present times is mediated by setbacks in social politics and precarious working conditions. It is in this field of tensions and contradictions that the demands, the professional answers and the challenge to assure the relative independence of the profession are placed. Thus, aiming to broaden the reflections about the social worker's work in the socio-occupational space of health, this dissertation directed us to identify and analyze the demands and professional responses of the social workers who work in the specialized services of HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus) in the city of Campina Grande/Paraíba, seeking to discover the relative professional independence. To this end, our analyzes are based theoretically-methodologically on the critical-dialectical method, structuring the research process in a bibliographic, documentary and empirical study, and through successive approximations of the information collected we will carry out the analytical synthesis. As a place of research, the health services that provide assistance to people living with HIV / AIDS were selected: the Testing and Counseling Center (CTA), the Specialized Assistance Service (SAE), and the Alcides Carneiro University Hospital (HUAC). The approximate results reinforce the complexity of the demands, adding the processes arising from the particularity that involves HIV/AIDS; corroborated the conditions in which responses are established, increasingly limited in relation to the objective conditions for professional practice, and revealed the daily efforts of social workers to mediate users' access to health policy, thus showing that, while the challenges and limits stress the relative independence, requires the need for mediations to ensure it. In this study, the relative independence is revealed in the tensioning of limits and in the possibilities found to meet the needs of users, through the commitment for an action in accordance with the defense of the rights of the proletarian class.

**Keywords:** Social service. Professional demands and responses. Relative independence.

## LISTA DE SIGLAS

ABIA - Associação Interdisciplinar de Aids

ADT - Serviços de Atendimento Domiciliar Terapêutico

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ARV - Antirretrovirais

BPC - Benefício de prestação continuada

CEDMEX - Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcional

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

CTA - Centro de Aconselhamento e Testagem

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EC - Emenda Constitucional

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HUAC - Hospital Universitário Alcides Carneiro

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

MS - Ministério da Saúde

ONGs - Organizações Não Governamentais

OSCIPs- Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público

OSs - Organizações Sociais

PDRE – Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado

PEP - Profilaxia Pós-Exposição

PN/DTS/Aids - Programa Nacional de Aids

PrEP - Profilaxia Pré-Exposição

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SAE - Serviço de Assistência Especializada

SICLOM - Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SIM - Sistema de Informações sobre Mortalidade

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISCEL - Sistema de Informação de Exames Laboratoriais

SUS - Sistema Único de Saúde

UEPB - Universidade Estadual da Paraíba

UFCG - Universidade Federal de Campina Grande

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	11
CAPÍTULO 2 - DEMANDAS, RESPOSTAS PROFISSIONAIS E A RELATIVA AUTONOMIA NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL .....	18
2.1 Demandas e respostas profissionais: aproximações conceituais .....	19
2.2 Demandas postas aos assistentes sociais na área da saúde: particularizando a atuação junto as pessoas vivendo com HIV/Aids .....	26
2.3 A relativa autonomia profissional: discutindo os tensionamentos e as possibilidades na intervenção profissional .....	35
CAPÍTULO 3 - O SOLO HISTÓRICO DO TRABALHO PROFISSIONAL: INTENSIFICAÇÃO DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO, RETIRADA DE DIREITOS SOCIAIS E CONTRARREFORMA NA SAÚDE E NA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS .....	44
3.1 O exercício profissional do/a assistente social no marco da intensificação da precarização do trabalho e retirada de direitos sociais .....	45
3.2 Trabalho em serviços: a particularidade na política de saúde .....	53
3.3 A política de saúde brasileira no contexto da contrarreforma do Estado e os desafios para o enfrentamento do HIV/Aids .....	59
3.3.1 O perfil da epidemia de HIV/Aids no contexto brasileiro: a interiorização e pauperização em destaque.....	70
CAPÍTULO 4 - AS DEMANDAS, AS RESPOSTAS E A RELATIVA AUTONOMIA DAS ASSISTENTES SOCIAIS NOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB .....	78
4.1 Os serviços de assistência especializada em HIV/Aids do município de Campina Grande/PB .....	78
4.1.1 Conhecendo o perfil das assistentes sociais participantes da pesquisa.....	81
4.2 As demandas e respostas profissionais das assistentes sociais: elementos norteadores à relativa autonomia .....	87
4.2.1 Os tensionamentos nas respostas profissionais das assistentes sociais e a condução da relativa autonomia profissional .....	102
4.2.2 As possibilidades ao exercício da relativa autonomia reveladas pelas ações de planejamento e estratégias profissionais .....	110
4.3 Vinculações aproximativas as indicações da relativa autonomia.....	114
5. ALGUMAS REFLEXÕES CONCLUSIVAS .....	121
REFERÊNCIAS .....	124
APÊNDICES .....	135
ANEXOS .....	138

## 1. INTRODUÇÃO

Compreendendo o Serviço Social como uma profissão construída historicamente e mediada pelas relações sociais presentes na sociabilidade capitalista, uma das mediações necessárias para apreender o trabalho profissional perpassa pela análise de como tem sido requisitada, assim como pelas condições de respostas ao que lhe é fundamento de existência: as expressões da “questão social”<sup>1</sup>.

Desse modo, o Serviço Social não está alheio às mudanças em curso, que se apresentam nas formas de enfrentamento das expressões da “questão social”, e na contemporaneidade se dão via restrições ao acesso às políticas e direitos sociais, padronização e tecnificação de ações e serviços, reestruturação das ações do Estado e precarização do mercado de trabalho. Nesta direção as análises que orientam esse estudo enfocam uma política de saúde que vem sofrendo impactos da conjuntura de desmonte dos direitos sociais, e uma doença [HIV/Aids] marcada pelo estigma e preconceito, e que sofre uma mudança de perfil epidemiológico, incorporando, cada vez mais, uma população pauperizada e residente fora das metrópoles, revelando a pauperização e interiorização da doença.

A conjuntura em questão impõe tensionamentos entre o projeto profissional e a condição de trabalhador assalariado do/a assistente social inserido em uma dinâmica macrossocietária, que de acordo com Guerra (2009), Miotto e Nogueira (2013), impõe demandas e exige respostas a partir de princípios e desenhos institucionais pré-estabelecidos, que na atualidade se configuram como limitados, focalizados e centralizados.

Tomando como base essas ponderações mais gerais torna-se relevante avançar nas investigações que envolvem o trabalho profissional do/a assistente social, que nos direciona para a área da saúde e, particularmente, junto às pessoas vivendo com HIV/Aids<sup>2</sup>, tendo em vista a nossa aproximação com essa área durante o processo de formação em Serviço Social e a experiência de estágio no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/Aids do município de Campina Grande/PB.

---

<sup>1</sup>“Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz em comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 2007b, p. 27).

<sup>2</sup> O uso da expressão HIV/Aids segue a mesma nomenclatura usada pelo Ministério da saúde.

Como resultado dessa experiência foi produzido o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado: “Serviço Social e HIV/Aids: uma análise da prática profissional no Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids e hepatites virais (SAE) do município de Campina Grande-PB”, cujos resultados demonstraram a predominância de ações individuais e seletivas frente às demandas e os desafios enfrentados pela falta de recursos e de condições objetivas para a qualidade dos serviços prestados aos usuários (CLEMENTINO, 2014).

Os resultados aproximativos nos instigaram a ir além, reforçando as análises sobre o trabalho profissional vimos a necessidade de nos determos na discussão da relativa autonomia profissional, considerando esta como mediação necessária para se avançar na defesa das competências e atribuições profissionais.

Dessa forma, a inserção profissional no SAE e posteriores estudos com a temática do trabalho do/a assistente social na saúde, têm possibilitado uma aproximação com as demandas específicas nesse campo.

Portanto, da experiência e do processo investigativo, surgiram novas inquietações sobre o trabalho profissional no âmbito da saúde, que nos direcionaram no sentido de buscar identificar e analisar as demandas e respostas profissionais dos/as assistentes sociais que atuam nos serviços de assistência especializada em HIV/Aids do município de Campina Grande/PB, visando revelar a relativa autonomia profissional, considerando que o cotidiano do trabalho apresenta-se como um campo de expressões concretas de desigualdades, manifestações, contradições e confrontos de interesses antagônicos, incluindo os institucionais e dos usuários. Esse contexto tende a direcionar as demandas e respostas profissionais e, conseqüentemente, flexiona a relativa autonomia profissional, ao mesmo tempo exige dos profissionais a sua defesa.

Nesse sentido, a partir das demandas e respostas, o debate da relativa autonomia se faz relevante na intenção de identificar no atual contexto, como tem se revelado, considerando que a relativa autonomia “[...] assegura ao profissional agir em conformidade com as suas prerrogativas legais, previstas na legislação profissional e, no caso do Serviço Social, na direção do projeto ético-político, superando a concepção meramente técnica da profissão” (SIMÕES, 2012, p. 48).

Assim, reiteramos a necessidade de analisar os fatores que contribuem para ampliar ou reduzir as demandas e respostas profissionais e a construção de estratégias que possibilitem a relativa autonomia profissional, estejam eles

relacionados com a constituição da profissão ou com as características dos diferentes processos de trabalho em que se insere o/a assistente social (SIMÕES, 2012). Seguindo essa orientação, as intenções desse estudo tiveram como lócus empírico os serviços de saúde que compõem a rede de assistência especializada em HIV/AIDS do município de Campina Grande/PB, a saber, o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), o Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids (SAE), e o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

Para tanto, partimos de um questionamento que orientou nossa proposta de investigação e nos direcionou aos objetivos do estudo:

- Quais as demandas e respostas profissionais dos/as assistentes sociais inseridos nos serviços de assistência especializada em HIV/Aids do município de Campina Grande/PB, e como tem se revelado a relativa autonomia profissional em um contexto de intensificação da precarização do trabalho e retirada de direitos sociais?

A partir dessa indagação, delimitou-se como objetivo geral do estudo, analisar as demandas e respostas profissionais dos/as assistentes sociais que atuam nos serviços de assistência especializada em HIV/Aids do município de Campina Grande/PB buscando revelar a relativa autonomia profissional. E como objetivos específicos, identificar as principais demandas que chegam para os profissionais de Serviço Social inseridos nos serviços de assistência especializada em HIV/Aids do município de Campina Grande/PB; Identificar as respostas profissionais e contrastar, a partir delas, como tem se revelado a relativa autonomia profissional nos espaços lócus da pesquisa; Apreender a tendência da política nacional de saúde de atendimento ao HIV/Aids identificando de que forma a sua operacionalização tem repercutido nas respostas profissionais dos assistentes sociais nos espaços lócus da pesquisa.

Da aproximação com os dados empíricos e, portanto com a compreensão da dinâmica e movimento efetivo do real, surge a necessidade de contrastar a partir das respostas, dos limites e estratégias profissionais, como tem se revelado a relativa autonomia profissional dos sujeitos da pesquisa.

Os objetivos propostos nesta investigação exigiram um esforço teórico – metodológico de aproximações sucessivas com o real. O conhecimento se dá

através do real, entretanto não se esgota nele, já que o movimento desse real impõe novas determinações, é preciso considerar a dinâmica da totalidade, a partir do imediato/fragmentado, geral/particular em uma relação de negação e afirmação constante (TONET, 2013).

Para tanto, consideramos o método crítico-dialético “[...] o método da reconstrução do real por meio do pensamento e da exposição crítica desse real” (CHAGAS, 2011, p. 69) o que melhor corresponde à proposta dessa dissertação. Para tanto, de acordo com os objetivos e os procedimentos de coleta de dados, o estudo classifica-se como sendo bibliográfico, documental e empírico.

A pesquisa teve como lócus os três serviços de assistência especializada em HIV/Aids localizados na cidade de Campina Grande-PB. Essa rede de serviços atende diferentemente as demandas relacionadas ao HIV/AIDS: os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) realizam ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, no qual são oferecidos testes para HIV, sífilis e hepatites B e C; o Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids e hepatites virais (SAE) é uma unidade assistencial de caráter ambulatorial, que presta atendimento médico e oferece tratamento com assistência farmacêutica e psicossocial aos usuários e familiares; e o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) caracteriza-se como um hospital de ensino de média e alta complexidade, com abrangência regional, atendendo usuários de diferentes microrregiões da Paraíba e Estados circunvizinhos, sendo referência para os casos de internações em decorrência da Aids.

A escolha pelos referidos serviços se deu em virtude da existência de equipes multiprofissionais, incluído nelas os/as assistentes sociais. Dessa forma foi possível identificar as particularidades no que concerne as demandas e respostas profissionais requisitadas aos profissionais que atuam nestes espaços, assim como revelar a relativa autonomia, considerando serem serviços de média e alta complexidade que se diferenciam na oferta de serviços. Ademais, por atenderem uma demanda ampla, das cidades circunvizinhas e demais microrregiões do Estado, possibilitou acompanhar o processo de interiorização e pauperização<sup>3</sup> da doença.

---

<sup>3</sup>“O pauperismo constitui o asilo dos inválidos do exército ativo dos trabalhadores e o peso morto do exército industrial de reserva. Sua produção está incluída na produção da superpopulação relativa, sua necessidade na necessidade dela, e ambos constituem uma condição de existência da produção capitalista e do desenvolvimento da riqueza” (MARX, 1985b: 209, t. 1, v. II *apud* IAMAMOTO, 2015, p. 158). Ao nos referirmos ao processo de pauperização do HIV/Aids, estamos problematizando a



Fizeram parte do processo investigativo profissionais de Serviço Social dos três serviços, sendo que, do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e do Serviço de Assistência Especializada (SAE), foram incluídas todas as profissionais que totalizam 03 (três): uma (01) do CTA, e duas (02) do SAE. Do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC)<sup>4</sup> a seleção dos profissionais respeitou o critério de aproximação no atendimento aos usuários HIV/Aids, para tanto foram incluídas 04 (quatro) profissionais, sendo 03 (três) que atuam no ambulatório e enfermarias, e uma (01) que atua no Pronto Atendimento (PA)<sup>5</sup>. O universo total da pesquisa, portanto, contou com 07 (sete) assistentes sociais.

Os dados foram obtidos a partir de fontes primárias, colhidas junto aos sujeitos da pesquisa através de entrevista semi-estruturada, e fontes secundárias, considerando que buscamos suporte em autores que vêm contribuindo com análises teóricas sobre a profissão, bem como as resoluções lançadas pelo Conselho Federal de Serviço Social – CFESS e dados do Boletim Epidemiológico HIV/Aids, lançados pelo Ministério da Saúde que tenham relação com o tema aqui abordado. Adotamos a revisão bibliográfica, “[...] pré-requisito para a realização de toda e qualquer pesquisa [...]” (LIMA; MIOTO, 2007, p.38).

Para a coleta de dados empíricos se fez necessário a utilização dos seguintes instrumentos: um roteiro de entrevista semi-estruturada que foi dividido em duas partes: a primeira contendo perguntas fechadas, visando obter informações gerais da entrevistada, e a segunda contendo perguntas abertas destinadas a obter e aprofundar tendências e interpretações das profissionais sobre sua atividade profissional de acordo com os objetivos do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Recorreremos também ao uso de gravador, devidamente autorizado pelas entrevistadas<sup>6</sup>, mediante assinatura do Termo de

---

relação do avanço da doença em pessoas com menor poder aquisitivo, portanto com menos acesso a prevenção, e tratamento por inúmeros fatores, que interligados, acarreta em precariedade das condições saúde/doença

<sup>4</sup>A equipe de serviço social do HUAC conta atualmente com nove (09) assistentes sociais, entretanto foram priorizadas as assistentes sociais que atuam no ambulatório e enfermarias tendo em vista que o tratamento as pessoas que vivem com HIV/Aids se dão nos referidos setores do Hospital.

<sup>5</sup>A princípio, do HUAC, seriam entrevistadas duas (02) assistentes sociais que atuam no ambulatório e outras duas (02) da enfermarias, entretanto, uma delas tinha feito uma permuta uma semana antes da nossa coleta de dados, nesse caso entrou na coleta a que atua no Pronto Atendimento- PA.

<sup>6</sup>Das sete (07) profissionais entrevistadas apenas uma (01) se recusou a autorizar a gravação de voz, dessa forma, a entrevista foi manuscrita pela pesquisadora e no final apresentada à profissional que após lida e confirmada foi por ela assinada.

Autorização de gravação de voz. As sete entrevistas foram realizadas no período de 28 de abril a 08 de maio do corrente ano.

A análise dos dados, enquanto o momento da construção da exposição das sínteses se deu a partir de sucessivas aproximações na interpretação das informações colhidas no processo de investigação. Nossas análises ocorreram a partir de dados documentais e empíricos, considerando as informações apreendidas a partir das entrevistas. Para tanto, lançamos mão de quadros sínteses visando agrupar as informações, de modo a facilitar a interpretação das mesmas.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos o projeto de pesquisa foi submetido às exigências éticas e científicas, tendo a apreciação e aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB estando de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa definidas pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 466/12 e nº. 510/2016. Para tanto, visando preservar a identidade das entrevistadas, lançamos mão da identificação dos depoimentos pelo número das entrevistas utilizadas na coleta de dados [entrevista nº 1; e assim sucessivamente]. Todas as participantes tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que depois de explicado os objetivos da pesquisa foram assinados e entregues, a elas, uma cópia.

Concretamente, algumas análises centrais perpassam o estudo: trabalho profissional do/a assistente social e política de saúde e enfrentamento ao HIV/Aids. Para tanto, a exposição do objeto de pesquisa, através dos resultados aproximativos resultantes do estudo bibliográfico, documental e empírico foram sistematizados em três capítulos.

O capítulo II apresenta uma primeira aproximação com os principais conceitos-chaves do nosso objeto de estudo: demandas e respostas profissionais, bem como acerca da relativa autonomia, particularizando ainda o enfoque das demandas e respostas nos serviços de saúde junto às pessoas vivendo com HIV/Aids. Tal discussão é ponto de partida para apreender a dinâmica sócio-histórica e determinações colocadas à profissão.

No capítulo III optamos por delimitar a discussão do trabalho profissional no atual contexto de intensificação da precarização do trabalho resultante da crise estrutural do capital que provoca mudanças em vários âmbitos, inclusive para o trabalho no setor de serviços e nos direciona a particularizar a atual configuração da política de saúde e enfrentamento ao HIV/Aids, problematizando o atual perfil da

epidemia e sinalizando o processo de pauperização e interiorização da doença no contexto brasileiro.

O capítulo IV apresenta uma síntese analítica das informações coletadas junto as profissionais dos serviços lócus da pesquisa, mostrando que as demandas têm relação com a particularidade do HIV/Aids, apresentando o processo mais geral de necessidades dos usuários da saúde e da tendência da política de saúde no atual contexto, determinadas pela não universalidade do SUS. Ao mesmo tempo, são apresentados os tensionamentos de ordem estrutural para as respostas profissionais revelando a potencialidade da relativa autonomia, sinalizados a partir dos relatos das profissionais.

Finalizando esta síntese apresentamos algumas considerações gerais que sistematizam os principais resultados da pesquisa expondo, contudo novos elementos norteadores para estudos futuros, desdobramentos do presente objeto de pesquisa.

A exposição da dissertação intenciona colaborar com o debate acerca do trabalho profissional na saúde e, particularmente, junto a este segmento específico, buscando contribuir com as análises das demandas e respostas profissionais das assistentes sociais articulado ao debate da relativa autonomia profissional. Salientamos, ademais, que o estudo se propôs a trazer contribuições para os profissionais inseridos nos serviços mencionados, como forma de possibilitar subsídios importantes para análises e reflexões do trabalho profissional.

Dessa forma, consideramos que a socialização dos resultados se torna imprescindível aos estudantes e profissionais da área. As análises aqui empreendidas resgatam e reforçam elementos essenciais do trabalho profissional em tempos cada vez mais desafiadores para a classe trabalhadora de modo geral, e em particular, para os/as assistentes sociais e usuários dos serviços que demanda a atuação desse tipo de especialização profissional.

## **CAPÍTULO 2 - DEMANDAS, RESPOSTAS PROFISSIONAIS E A RELATIVA AUTONOMIA NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL**

Emergindo como uma especialização do trabalho no contexto da consolidação do capitalismo maduro, o Serviço Social “[...] se gesta e se desenvolve como profissão reconhecida na divisão social do trabalho industrial e expansão urbana” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008, p. 77) e como tal sofre inflexões do contexto político, econômico, social e cultural de cada época histórica.

Ao lado de outras profissões, o Serviço Social ocupa seu espaço na implementação de políticas sociais, seja em seu planejamento, seja na execução direta junto à população (TRINDADE, 2001). Ao atuar na prestação de serviços sociais vinculados às diversas políticas sociais, o profissional se insere na esfera das atividades não vinculadas diretamente à produção material, uma vez que, participa de atividades que estão na esfera da regulação das relações sociais (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008).

O trabalho profissional tem sua intervenção centrada na “questão social” voltado para a criação de condições necessárias ao processo de reprodução social, via ações que tanto incidem sobre as condições de vida dos trabalhadores (saúde, alimentação, habitação, lazer, moradia, dentre outros), assim como produzem efeitos ideológicos (ou não) que reforçam a aceitação das condições de compra e venda da força de trabalho (TRINDADE, 2001).

Essa linha argumentativa direciona as nossas análises, uma vez que a discussão das demandas postas aos assistentes sociais, incluindo na área da saúde e na particularidade do atendimento às pessoas vivendo com HIV/Aids, derivam de uma realidade histórica e contraditória, cujas respostas são tensionadas pela conjuntura social, política e econômica na qual estão inseridos os profissionais. Contradição esta que torna necessária a discussão da relativa autonomia profissional.

O ponto de partida das reflexões teóricas que abrangem o presente estudo pressupõe uma aproximação com os principais conceitos que envolvem a presente discussão. Desse modo, desencadeia-se a necessidade de resgatar a compreensão sobre demandas e respostas profissionais considerando a totalidade social de contradições e complexos sociais no qual se insere e é requisitado o trabalho profissional do/a assistente social.

Dessa forma, tomamos como referência estudos realizados na área da saúde que revelem as reconfigurações e complexificação das demandas colocadas à profissão, diante do movimento social, político, cultural e econômico vivenciado no país a partir da década de 1990.

Nesta direção, a relativa autonomia profissional assume o eixo das análises de modo a fornecer elementos indispensáveis ao resgate dos tensionamentos históricos e concretos que envolvem o exercício da profissão.

As ponderações pretendidas neste capítulo se tornam relevantes na medida em que servirão de base para análise das informações coletadas durante a pesquisa empírica e cujos resultados exigem aproximações teóricas que permitam compreender as particularidades do presente objeto de estudo.

## **2.1 Demandas e respostas profissionais: aproximações conceituais**

As complexas relações sociais e a ampliação das necessidades humano-sociais passam a exigir novas formas de atendimento das necessidades coletivas, via instituições e profissões. Nesta direção, a inserção do Serviço Social nos diversos processos de trabalho decorre da forma como a sociedade, através das organizações empregadoras, recortam/fragmentam as necessidades do ser social e, a partir disso, organizam os objetivos institucionais que se voltam para atuar sobre essas necessidades.

Como afirma Iamamoto (2007a, p. 64, grifos originais),

O serviço social só pode afirmar-se como prática institucionalizada e *legitimada* na sociedade ao responder *necessidades sociais* derivadas da prática histórica das classes sociais na produção e reprodução dos meios de vida e de trabalho de forma socialmente determinada.

Esse enfoque, amplia a importância de problematizar a profissão, suas demandas e exigência de respostas profissionais no âmbito das relações sociais e das organizações institucionais a qual se vincula e, permite compreender que a profissão e seus efeitos não derivam exclusivamente da ação dos profissionais (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008), mas sim, de confrontos e contradições que decorrem do desenvolvimento e aprofundamento capitalista.

Na sociedade capitalista, cujas desigualdades sociais advêm de um contexto de expropriação do trabalho social, e suas consequências se manifestam através das expressões da “questão social”, algumas indicações analíticas se fazem necessárias ao conceito de demandas profissionais, a começar pela discussão de “necessidades” humano-sociais, que nessa sociedade assumem “[...] as necessidades de produção de mais-valia, e por conseguinte, de valorização do capital [...]” (BRAZ, 2013, p. 124).

Seguindo nesta direção é fundamental compreender que as necessidades não se esgotam, nem se resumem a sua natureza econômica, contudo, considerando as análises na sociedade do capital, as necessidades foram e continuam sendo as necessidades de produção e valorização de valores já criados (BRAZ, 2013).

As análises de Heller<sup>7</sup> (1978) nos fornecem elementos para (re)pensar as necessidades vinculadas à temática do valor na sociedade capitalista. O conjunto de observações desenvolvido pela autora apontam que:

[...] produção de mais valia; mais valia que reproduz a propriedade privada e a divisão do trabalho; cujo desenvolvimento da divisão do trabalho e a produtividade criam, junto com a riqueza material, também a riqueza e a multiplicidade das *necessidades*; as *necessidades* se repartem sempre em virtude da divisão do trabalho; o lugar ocupado dentro da divisão do trabalho determina a estrutura da *necessidade* ou, pelo menos, os seus limites (HELLER, 1978, *apud* BRAZ, 2013, p.227, grifos do autor)

Extraídas dos estudos marxianos, a análise evidencia que a produção, fruto do trabalho<sup>8</sup> social dos indivíduos pela qual resulta a mais-valia, existe para as necessidades de valorização de valores já criados, que se recriam e se moldam, para as necessidades do capital e seu desenvolvimento/acumulação. Dessa forma, para Braz (2013), compreender as necessidades sociais a partir de uma leitura

---

<sup>7</sup> Nossas análises se resumem aos conceitos de necessidades sociais que a autora extrai de Marx, não pretendem adentrar para o que Braz (2013), aponta de(des)caminhos assumidos posteriormente por Heller em que questiona e revisa o conceito de necessidades por ela assumido na obra “teoria de las necesidades em Marx”.

<sup>8</sup> É através da categoria trabalho (categoria mediadora por excelência do ser social, o trabalho responde pelo salto ontológico do ser orgânico para o ser social), que as mercadorias - forma em que se apresenta, nessa sociedade, o produto do trabalho humano - originam-se na sua forma natural, como valor de uso e, na sua forma social, como valor (MARX, 2008). “Na sociedade mercantil, o trabalho privado só se torna social pela transformação do trabalho concreto em trabalho abstrato” (IAMAMOTO, 2015, p. 62). Entende-se por trabalho concreto o trabalho que gera valor de uso, e por trabalho abstrato o trabalho gerador de valor de troca

marxiana, impõe incluir a relação de valor e sua vinculação à temática do valor de uso e de troca.

Conforme demonstra Marx, em *O' Capital*, o modo de produção capitalista se caracteriza pelo fato de seu sistema produtivo estar subordinado inteiramente às relações de troca de mercadorias, cuja finalidade está centrada no valor (MARX, 2013).

É na organização mercantil, cuja distribuição/organização do trabalho passa a ser regulada pelo mercado, que se torna possível a existência do valor. Enquanto valor de uso “[...] não tem valor senão para o uso e não adquire realidade senão no processo de consumo” (MARX, 2008, p. 56), mas enquanto valor de troca, expressa a natureza quantitativa de um produto/mercadoria determinado pelo trabalho socialmente necessário, assumindo uma proporção de fetiche e alienação ao ocultar o caráter da produção (MARX, 2008).

Nesse sentido, as necessidades são criadas com base no processo valorativo de mercado, de tal maneira que os modos de satisfação tornam social a necessidade. Até mesmo a necessidade mais elementar da fome, deixa de ser natural, tendo em vista que as relações sociais, como as de produção e consumo, determinam a forma de saciá-la (MARX, 2011). Nisso, compreendemos que a fome é uma necessidade humana básica em todas as sociedades, a forma de saciá-la passa a ser determinada socialmente conforme as exigências e desenvolvimento do modo de produção pré-estabelecido.

Dessa forma, em um contexto em que a hegemonia do capital controla a totalidade das relações sociais, ao passo que as formas de saciar as necessidades humanas são incorporadas socialmente, estas são transformadas em demandas sociais, atendidas parcialmente em diferentes momentos e estágios do desenvolvimento capitalista.

É das necessidades sociais e do conjunto de mudanças historicamente e socialmente criadas pelo processo de acumulação capitalista, que o conceito de demandas se apresenta: “as demandas, a rigor, são requisições técnico-operativas que através do mercado de trabalho, incorporam as exigências dos sujeitos demandantes” (MOTA; AMARAL, 2010, p. 25), ainda que “as necessidades sociais referidas às demandas são mera aparência que não expressam as necessidades sociais reais da classe trabalhadora, e inclusive as transfiguram em seu contrário” (HELLER, 1978, p.82 *apud* MOTA; AMARAL, 2010, p. 26).

Isso quer dizer, que “[...] as demandas não se confundem com as necessidades sociais propriamente ditas” (MOTA; AMARAL, 2010, p. 25), uma vez que as necessidades sociais dos indivíduos são incorporadas pelas instituições incluindo as criadas pelo Estado<sup>9</sup>, de forma fragmentada, seletiva, pragmática. “A demanda imediata, ao mesmo tempo manifesta e esconde a demanda real” (GUERRA, 2009, p. 81). Nesse sentido, as demandas sociais incorporadas pelas instituições empregadoras, e a exigência de respostas está conectada com as necessidades dos indivíduos, mas também, com as necessidades do capital.

De acordo com Trindade (2001), as demandas sociais, são históricas e produzidas por necessidades sociais que resultam da prática histórica das classes sociais, nos seus processos de produção e reprodução dos meios de vida e trabalho socialmente determinado. A complexidade dessas necessidades requer a articulação das atividades vinculadas para a produção de materiais, assim como daquelas voltadas à regulação das relações sociais. Assim,

Institucionaliza-se, então, a demanda social (mais geral), e dentro de cada instituição (de educação, saúde, assistência social etc.) aparecem necessidades sociais que serão atendidas sob a forma de demandas institucionais correspondentes aos serviços sociais oferecidos pela instituição. Isso significa que as demandas institucionais são canais de reconhecimento e legitimidade das demandas sociais (TRINDADE, et al, 2015, p. 04-05).

Destarte, é pelo reconhecimento de determinadas necessidades sociais, manifestas sob a forma de “demandas dos cidadãos” capturadas pelas instituições voltadas à execução de políticas sociais, que abre-se espaço sócio-ocupacionais para diversas profissões, mediado por procedimentos operacionais, competências técnicas e políticas na qual se inclui a profissão de Serviço Social (TRINDADE, et al, 2015).

A gênese/construção das profissões surge das necessidades sociais dos sujeitos, que conforme assinala Iamamoto (2015, p.219) “condicionada pelas lutas sociais e pelas relações de poder, transformam-se em demandas profissionais, reelaboradas na óptica dos empregadores no embate com os interesses dos cidadãos e cidadãs que recebem os serviços profissionais”.

---

<sup>9</sup> É no setor de serviços ofertados pelo Estado (educação, previdência, assistência social e saúde), que o/a assistente social se insere majoritariamente. Com uma maior inserção desses profissionais na saúde e assistência social.



Assim sendo, reafirmamos que as profissões se criam a partir das necessidades sociais e se desenvolvem a partir de sua utilidade social (IAMAMOTO, 2007a). É da tensão entre reprodução da desigualdade e produção de resistências que surgem demandas sociais, que incorporadas pelas instituições requisitam o trabalho do/a assistente social, uma atuação situada em um terreno movido por interesses sociais antagônicos inerentes à sociedade capitalista (IAMAMOTO, 2015) e particularizados nas demandas dos diferentes espaços nos quais atuam.

Segundo Trindade (2001), as requisições postas aos profissionais de Serviço Social estão/são permeadas pelas circunstâncias pelas quais se produzem e reproduzem as necessidades sociais e pela caracterização das intervenções sociais para o enfrentamento das manifestações da “questão social”, e neste sentido, “[...] dado o caráter instrumental das diversas modalidades de intervenção profissional, as demandas aparecem e chegam para os profissionais como requisições de caráter técnico-operativo [...]” (TRINDADE, et al, 2015, p. 05).

As requisições, “[...] expressam fundamentalmente um caráter político-ideológico, pois comportam em si as finalidades distintas e antagônicas dos sujeitos demandantes (TRINDADE, et al, 2015, p. 09). Em síntese,

[...] para o Serviço Social são dirigidas demandas sociais já institucionalizadas e convertidas em requisições profissionais de caráter técnico-operativo e político-ideológico, às quais o assistente social, mediante as condições colocadas no âmbito institucional, dará respostas (TRINDADE, et al, 2015, p. 09).

Adensando essa reflexão, Guerra (2009) afirma que as demandas que chegam ao Serviço Social, emanadas das necessidades mais imediatas das classes subalternas, se apresentam mediatizadas pela instituição (seus objetivos, metas, “missões”, interesses). E acrescenta, “[...] entendemos que a particularidade instrumental da profissão, localiza-se [...] no tipo de respostas que ela dá às demandas da sociedade [...]” (Ibidem, p. 84).

Essas reflexões têm como referência que a atuação profissional, como afirma Iamamoto e Carvalho (2008), responde tanto a demandas do capital como do trabalho, e o fortalecimento de um pólo ou outro se dá pela mediação de seu oposto, tendo em vista, que a profissão participa tanto dos mecanismos de dominação e de exploração, como também, ao mesmo tempo e pela mesma atividade, responde às necessidades da classe trabalhadora. Sendo as demandas perpassadas por

contradições de classes sociais, as respostas não fogem dessa relação. Nesta direção, a legitimidade da profissão, seu perfil profissional e reconhecimento social, se materializam e se expressam a partir das suas respostas em uma dada realidade social.

Na contemporaneidade, o/a

[...] assistente social, profissional executor das políticas sociais públicas, tem que dar respostas às demandas postas ao seu exercício profissional para uma população que dispõe, como única alternativa de sobrevivência, de serviços completamente desmontados e cada vez mais distanciados da função social que lhes compete (BEZERRA; ARAÚJO, 2007, p. 207)

Para Boschetti (2017, p. 64) “essa tensão estrutural se agudiza em tempos de crise, o avanço do conservadorismo, de criminalização das lutas sociais, de destruição e retenção de direitos sociais, impõe novos e também antigos desafios aos profissionais”.

Nas configurações contraditórias dos serviços e políticas sociais, nas quais se inserem as demandas e respostas do/a assistente social, exigem a mediação entre as demandas resultantes das precárias condições dos usuários das políticas públicas e as postas pelas instituições - que se configuram dentro de uma lógica seletiva, focalista e excludente (BEZERRA; ARAÚJO, 2007).

Dado o significado das necessidades sociais, seu reconhecimento como demandas sociais e institucionalização de algumas delas, fez-se compreender que as demandas que chegam como requisições para os profissionais de Serviço Social são contraditórias pela natureza constituída das demandas na ordem burguesa (TRINDADE, et al, 2015). Contudo, salienta as autoras,

Embora limitada pelas condições objetivas que revestem a atividade profissional, é essa natureza contraditória manifesta nas requisições profissionais colocadas ao Serviço Social que permite ao assistente social, ao atuar sobre uma dada realidade na sua intervenção cotidiana, diferenciar e antagonizar interesses, conteúdos e projetos de distintas classes (TRINDADE, et al, 2015, p. 06).

Dessa forma, tais análises, embora evidenciem o caráter contraditório da profissão, não deletam, quando analisadas a trajetória sócio-histórica do Serviço

Social e o processo denominado por Netto (2011b) de Intenção de Ruptura<sup>10</sup> nos anos 1980, a predominância das experiências que vão contra a lógica funcional da ordem e interesses capitalistas.

Nesse sentido é que Guerra (2009) adverte que os mesmos antagonismos que fazem gestar a contradição, possibilitam mecanismos de escamoteá-la. Indica que o caráter contraditório do Estado, das políticas sociais e instituições que impõe diferenças e divergências nas formas de dar respostas às demandas faz emergir a dimensão política da profissão. Para a autora o exercício da dimensão política faculta ao profissional questionar, alterar momentaneamente as relações de poder superando a mera ação de responder as demandas institucionais de forma instrumental, sem reflexões teóricas.

Nessa linha argumentativa, Montaño (2009, p. 160) é enfático ao dizer que,

A fração hegemônica da classe burguesa cria (e/ou determina) as profissões segundo os modelos de racionalidade segmentadora, mistificadora que a beneficiavam (uma racionalidade segmentadora, mistificadora e instrumental da realidade). No entanto não cria (e/ou determina) para todos e cada um dos profissionais a sua razão, orientação ideológica e prática político-profissional. Os profissionais, em determinadas condições, possuem certa autonomia relativa, como para beneficiar sua opção ideopolítica na prática profissional.

Assim, Nogueira e Tumeleiro (2015), se referem às categorias profissionais de nível superior, dentre elas o/a assistente social, denominando-os de “agentes estatais implementadores de políticas públicas” (p.217), na acepção dos autores, a designação se dá em razão da dimensão política em suas ações e da relativa autonomia que possuem no exercício profissional. Ou seja,

Nessa definição, a designação agente porta a noção de sujeito político e, na expressão implementadores, se reconhece a concepção não só de executores, mas da capacidade de criar, gestar e executar; requisitos fundamentais para o entendimento do ‘pessoal de Estado’ em sua condição potencial de trabalhador não alienado (NOGUEIRA; TUMELEIRO, 2015, p. 215).

Dessa forma a complexidade da realidade exige profissionais que não apenas respondam as demandas, mas que as compreendam nos seus significados

---

<sup>10</sup> Terceira vertente do movimento de Renovação do serviço social brasileiro. Emerge a partir de profissionais ligados a movimentos populares, sindicais e estudantis, tem como base a referência marxista que remete o serviço social a sua condição de classe (NETTO, 2011b)

sociais<sup>11</sup>. Para tanto, dentre os desafios para a formação em Serviço Social estão os de constituir profissionais capazes de atuar sobre a realidade identificando e se apropriando criticamente das suas demandas. Só assim, criam-se as possibilidades de construir estratégias sócio-políticas e profissionais que respondam as demandas legitimamente profissionais.

Somente a clareza da função da profissão no interior das relações sociais permite avançar na compreensão dos limites e possibilidades (GUERRA, 2008) ao exercício da relativa autonomia.

Para tanto, impõem-se a relevância de identificar e revelar nas respostas, a relativa autonomia profissional dos/as assistentes sociais inserido/as nos espaços sócio - ocupacionais, que no presente estudo se particularizam na política de saúde trazendo especificidades nas demandas e respostas profissionais.

Nesse sentido tomamos como referência que o/a assistente social, enquanto trabalhador assalariado está sujeito às inflexões do contexto social, político e econômico no qual se insere, contudo, compreendemos que a ação profissional fundada no estatuto teórico e princípios éticos-políticos tende a possibilitar, no exercício da ação profissional, os direcionamentos de respostas comprometidas com os interesses dos usuários dos serviços e suas necessidades mais gerais, ainda que transitórias.

Assim, importa analisar as reconfigurações das demandas na área da saúde abordando as particularidades do trabalho profissional junto as pessoas vivendo com HIV/Aids, de modo a possibilitar uma primeira aproximação com as singularidades que envolve o nosso objeto de estudo e, portanto com a direção assumida nas nossas análises para revelar a relativa autonomia.

## **2.2 Demandas postas aos assistentes sociais na área da saúde: particularizando a atuação junto as pessoas vivendo com HIV/Aids**

Como abordado nas análises anteriores à necessidade de intervenções profissionais, dentre elas a do/a assistente social para responder demandas, surge

---

<sup>11</sup>Aqui se encontra a necessidade de desenvolver a dimensão teórico-metodológica da profissão, que segundo a autora, tem que se constituir em uma requisição e exigência sócio-profissional (GUERRA, 2009).

da ampliação das necessidades sociais e institucionalização de algumas delas no processo de administrar os conflitos gestados pela relação capital e trabalho.

Dessa forma, no Brasil os espaços ocupacionais para os/as assistentes sociais começam a se ampliar já na década de 1940 em decorrência da nova fase de desenvolvimento das relações capitalistas no país. Esses profissionais passaram a ser recrutados/as por instituições estatais para realizar um conjunto de ações relativas à minimização de conflitos sociais (BRAVO, 2013). Nessa direção, ampliam-se os espaços de atuação, quando os/as assistentes sociais passam a atuar em trabalhos sociais de caráter comunitário, educativo e mobilizador, que envolvem diversos segmentos populacionais e diferentes áreas, com destaque para a educação e saúde (TRINDADE, 2001).

Contudo, a partir dos anos 1970, sintonizado com as novas requisições postas pelo processo de modernização conservadora do Estado, o Serviço Social brasileiro se moderniza e laiciza-se. Ampliam-se as funções atribuídas aos assistentes sociais nas diversas instituições criadas para atuar nas manifestações da “questão social”. Esses profissionais passam a assumir atividades de planejamento, coordenação, acompanhamento e avaliação de programas sociais (TRINDADE, 2001).

Nos finais dos anos 1980 assiste-se uma maior ampliação do mercado de trabalho frente ao estabelecimento do tripé da seguridade social (saúde, previdência e assistência social), a partir da Constituição Federal de 1988, estabelecendo novas demandas para os assistentes sociais, em especial, nessas políticas.

Particularmente na área da saúde ampliam-se os espaços de atuação profissional, sobretudo no contexto dos anos 1990 com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), e conseqüente descentralização da saúde pública brasileira (BRAVO, 2013), ainda que permaneçam graves problemas e ineficiente atendimento das necessidades dos usuários que tem repercussão direta no trabalho profissional.

Nesse sentido de acordo com Costa (1998), é neste contexto que emergem um conjunto de requisições expressivas da tensão existente entre as ações tradicionais da saúde e as novas proposições do SUS, e que também determinam o âmbito de atuação do profissional de Serviço Social.

No campo da saúde a maior absorção de assistentes sociais se dá pela interação de dois fatores, o primeiro está relacionado ao reconhecimento da

profissão, e o segundo deriva das necessidades que vão se apresentando a partir das condições históricas e sociais em que a saúde pública se desenvolve no Brasil, e passa a requisitar uma equipe multidisciplinar no trato das questões relacionadas ao adoecimento da população (COSTA, 1998).

O eixo central da intervenção profissional no referido espaço ocupacional passam a ser referenciado “[...] pela compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde doença e na busca de estratégias político-institucionais para o enfrentamento destas questões” (CFESS, 2009, p. 16).

Com o processo de contrarreforma na saúde no marco da conquista do SUS<sup>12</sup> antigas e novas contradições emergem, acarretando no cotidiano dos serviços, questões de ordem operativa que se expressam na “[...] demora no atendimento, precarização dos recursos, burocratização, ênfase na assistência médica curativa, problemas com a qualidade e quantidade de atendimento, não atendimento aos usuários” (CFESS, 2009, p. 24) que tem repercussão direta nas demandas que chegam aos profissionais.

Na contradição da conquista do SUS e do processo de contrarreforma que iremos aprofundar posteriormente, as demandas que não são estáticas vêm se apresentando de forma mais complexa devido ao agravamento das expressões da “questão social” (TRINDADE, 2015) e a conseqüente minimização do Estado via políticas sociais para atendê-las. Ou seja, as demandas são (re)configuradas de acordo com as determinações que envolvem os processos sociais, econômicos, políticos e culturais vivenciados pelos sujeitos.

Aos serem reconfiguradas e complexificadas surgem novas requisições aos profissionais, favorecendo o surgimento de novas e antigas demandas, que na área da saúde se vinculam às formas de adoecimento da população, em virtude dos aspectos sociais que acompanham o processo de saúde/doença (SANTOS, 2005).

As demandas expressam o caráter contraditório da realidade social, traduzindo os interesses do capital, mas também dos usuários do SUS, que na maioria das vezes recorrem ao Serviço Social quando o direito a saúde é negado:

Ou seja, o assistente social no interior do SUS é o profissional cujo exercício profissional está permeado pelas tentativas de equacionar

---

<sup>12</sup>Direcionaremos a análise para o processo de contrarreforma na saúde com enfoque da atual configuração do SUS e implicações na política de HIV/Aids, no terceiro capítulo dessa dissertação.

direitos, reivindicações e necessidades da população demandante à falta de resolutividade do setor desde os procedimentos mais simples até os mais complexos (BEZERRA; ARAÚJO, 2007, p. 206).

Para Soares (2010) o conjunto das demandas/requisições que chega ao Serviço Social, sobretudo as de caráter assistencial/emergencial, tem relação direta com a não efetividade do SUS, “[...] referem-se às demandas de usuários que não conseguiram acesso no sistema ou estão inseridas no SUS, mas sofrem as consequências da falta de resolutividade, da fragmentação e da não-universalização efetiva” (SOARES, 2010, p. 143).

Na prática, os usuários e profissionais, enfrentam desafios quanto ao que não é assegurado pela própria legislação. Dentre os quais, o princípio da universalidade da política de saúde, que tem sido substituído pelo caráter seletivo e excludente.

Segundo Costa (2009) a nova sistemática de operacionalização do SUS em que persistem antigas situações que dificultam o sistema, a exemplo da demanda reprimida<sup>13</sup> e da natureza da política de saúde na qual vigora o corte curativo focado na doença, e ao mesmo tempo, e pelo mesmo processo, a emergência de novas problemáticas em consequência das novas estratégias de organizar o sistema, faz emergir um conjunto de requisições expressivas dessa tensão e das novas proposições do SUS que determinam o âmbito de atuação dos assistentes sociais.

Essas determinações são agrupadas, de acordo com a autora em:

[...] as *derivadas* do histórico *déficit de oferta* dos serviços, para atender às necessidades de saúde da população, bem como da ênfase na medicina curativa; 2) as que dizem respeito às *inovações gerenciais, tecnológicas e técnico-políticas* implementadas no sistema; 3) as que respondem pelas necessidades que *derivam da adaptação dos usuários e profissionais à atual estrutura tecno-organizativa* do SUS (COSTA, 2009, p. 312, grifos originais)

Soares (2010) agrupa, por outro lado, um conjunto de demandas que podem ser objeto de intervenção dos profissionais no espaço da saúde,

[...] demandas de natureza assistencial/emergencial; demandas de natureza socioeducativa; demandas relacionadas a planejamento, assessoria e gestão; demandas relacionadas à mobilização,

<sup>13</sup>A demanda reprimida é resultante do aumento da demandas sem a equivalência ampliação da equipe (COSTA, 2009).

participação e controle social; demandas relacionadas à investigação, sistematização e formação (SOARES, 2010, p. 137).

Da mesma maneira, encontra-se nos parâmetros para atuação na saúde<sup>14</sup>, abordando que nessa política os profissionais atuam em quatro grandes eixos, a saber: “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação; planejamento e gestão, e assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2009, p. 23).

Dentro desse campo vasto de atuação, Soares (2010, p. 125) identifica que na saúde, o Serviço Social ocupa prioritariamente os espaços de média e alta complexidade. Isso “[...] revela quais vínculos a profissão tem com a racionalidade hegemônica da política de saúde, que necessidades sociais expressas nessa racionalidade o assistente social é requisitado a responder”.

Para Bezerra e Araújo (2007, p. 204) há um “realinhamento das demandas” postas na contemporaneidade nos serviços públicos de saúde, que se dão “em função do descompasso entre a retração na oferta dos serviços e aumento da demanda, seja em função da reestruturação dos serviços públicos, ou, ainda, da redução de postos de trabalho”.

Mesmo demandas tradicionais são “[...] tangenciadas por novas determinações, derivadas das mudanças societárias em âmbito mais geral e pelas contradições inerentes ao SUS, numa esfera mais particular (BEZERRA; ARAÚJO, 2007 p. 205). Para os autores, os antagonismos decorrentes da seletividade, focalização, falta de investimento no setor refletem nas demandas, atribuindo-lhes novas roupagens.

Para o Serviço Social,

Essas determinações vão suscitar novas configurações às demandas [...], entre as quais, um deslocamento cada vez maior das demandas da esfera do atendimento para a esfera do não-atendimento, isto é, um aumento no volume das demandas decorrentes da impossibilidade de acesso às políticas públicas (BEZERRA; ARAÚJO, 2007, p. 204).

---

<sup>14</sup>Documento elaborado pelo Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde” instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), e tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na saúde, para tanto “Visa responder um histórico pleito da categoria em torno de orientações gerais sobre as respostas profissionais a serem dadas pelos assistentes sociais às demandas identificadas no cotidiano do trabalho no setor saúde e àquelas que ora são requisitadas pelos usuários dos serviços ora pelos empregadores desses profissionais no setor saúde” (CFESS, 2009, p. 05).



Isso resulta, que as demandas colocadas pela população se apresentam cada vez mais complexas e superiores a cobertura ofertadas pelo Estado, e como tal, as demandas postas aos assistentes sociais, refletem essa realidade antagônica sinalizando os limites estruturais das políticas sociais públicas e da intervenção profissional cujas respostas profissionais dependem de um conjunto articulado de fatores e serviços sociais.

Conforme salienta Vasconcelos (2009), o campo da saúde é o campo da vida, e como tal está relacionada diretamente com a economia, habitação, lazer, educação, política e ética.

Outrossim,

[...] a população que prioritariamente demanda as ações do serviço social interfere de maneira incisiva nas demandas colocadas para o fazer do assistente social, uma vez que ele se constitui, substancialmente, dessa população excluída do modelo de desenvolvimento colocado para a sociedade brasileira e que faz parte das estatísticas das doenças oriundas da fome, da miséria, da falta de teto, da falta de água potável e saneamento básico, da falta de trabalho e de renda, da violência, enfim, da inexistência de condições aceitáveis de vida. São essas pessoas, com as mais variadas demandas, que acorrem ao Sistema Único de Saúde em busca de respostas às suas necessidades e que iniciam ou terminam sua caminhada na sala do serviço social (BEZERRA; ARAÚJO, 2007, p. 206).

Dessa forma, as demandas apresentadas aos assistentes sociais no âmbito do SUS decorrem de um processo mais amplo advindo da intensificação das precárias condições de vida e trabalho promovidas pela radicalização da pobreza e miséria que têm-se redimensionado e intensificado na atualidade.

Nessa perspectiva, a identificação das atuais demandas postas aos assistentes sociais passa pelo movimento contraditório da sociedade intrinsecamente relacionada às necessidades sociais, que sobre o prisma de demandas emergentes também exige análise de suas especificidades.

No âmbito dessas especificidades, cuja exigência de atendimento das variadas demandas no âmbito do SUS requisita a atuação do/a assistente social, encontram-se as que advém do HIV/Aids, uma doença que “[...] apresenta grande complexidade em seu manejo clínico e na abordagem de suas peculiaridades sociais e psicológicas” (QUALIAIDS, 2008, p 19).

Na sua essência, a Aids configura-se como uma doença física, no plano social configura-se como questão expressivamente complexa (KERN, 2003)

agravando as demandas sociais no campo da saúde, inclusive as de atuação profissional do/a assistente social.

Isso porque, o HIV/Aids envolve um leque de fatores que contribuem negativamente para o seu enfrentamento, dos quais se incluem: o tabu de se falar em sexualidade e, portanto em doenças sexualmente transmissíveis, o preconceito<sup>15</sup> vivido/vivenciado pelas pessoas que contraíram a doença, que em casos mais extremos impede o tratamento contínuo e provoca o isolamento social e comunitário, em virtude das representações sociais criadas em torno da doença.

As perdas que o/s usuário/s com Aids vivenciam, acabam por criar uma representação de ser isolado em um contexto social que, por si só, já exclui e discrimina (KERN, 2003; SANTOS, 2005), através de um sistema de inclusão precária e seletiva, que marca o acesso desigual, até mesmo nas políticas constitucionalmente universais (SANTOS, 2005).

Os problemas sociais vivenciados pelas pessoas que vivem com HIV/Aids,

[...] são potencializados em face da situação de exclusão social, e repercutem nas unidades de saúde que prestam atendimento a esse usuário. Nesse atendimento se faz presente o assistente social, cuja intervenção vai se dá junto àqueles usuários excluídos do acesso à saúde [...] (SANTOS, 2005, p. 16).

No Brasil, a exclusão/inclusão das pessoas que vivem com HIV/Aids, torna-se ainda mais expressiva e complexa, dada a condição de pobreza pela qual a epidemia se dissemina com velocidade, tornando o quadro social de controle da doença ainda mais difícil. É uma expressão concreta da “questão social”, que refletida nos serviços de saúde pública demandas estratégias de atendimento das necessidades sociais através de políticas sociais públicas viabilizadas pelo Estado (SANTOS, 2005).

Nesse sentido, os usuários dos serviços, se tornam triplamente penalizados: pela sua condição de soropositivo ao HIV/Aids, por sua condição socioeconômica, e

---

<sup>15</sup> [...] o preconceito é um tipo particular de juízo provisório, ou seja, são aqueles “juízos provisórios refutados pela ciência e por uma experiência cuidadosamente analisada, mas que se conservam inabalados contra todos os argumentos da razão, são preconceitos” (HELLER, 2000, p. 47). Qualquer que seja o conteúdo dos preconceitos sua esfera é sempre a vida cotidiana. “[...] todos os preconceitos se caracterizam por uma tomada de posição moral, já que [...] são ao mesmo tempo juízos de valor” (HELLER, 2000, p. 56).

por depender das respostas dadas pelo Estado via das políticas sociais públicas que viabilizem direitos, dentre eles, uma saúde pública e universal.

Dessa forma, as particularidades expressas pela condição histórica e social do HIV/Aids, reflete nas demandas para os profissionais, e passa a exigir a adoção de estratégias que possibilite o fortalecimento não só humano, mas também social. Em consequência,

Julga-se importante para os assistentes sociais perceber o fenômeno da Aids não como mais um problema que o usuário traz, como algo que requer ajuda e assistência. Pensa-se que a questão é mais profunda. Precisa de múltiplos conhecimentos para qualificar a ação investigativa e interventiva do profissional de Serviço Social (KERN, 2003, p. 53).

Uma vez que as demandas estão/são revestidas de antigas e novas formas de expressões da “questão social” que se materializa na vida social e comunitária e tendem a interferir nas condições de respostas profissionais, os efeitos sociais da epidemia do HIV/Aids, vem demandando do/a assistente social, ações que minimize os impactos causados pela doença e as representações sociais em torno dela.

Isso posto, a forma de organização do processo trabalho nos serviços de saúde denota uma peculiaridade, pois articula uma ação referenciada na equipe, entretanto preserva uma atribuição específica para cada trabalhador (SOUZA, 2009). Nesta direção recorreremos as atribuições indicadas no documento “as recomendações de boas práticas” que trata das “Práticas da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS” emitido pela Qualiaids (2008, p. 28) que destaca “o trabalho do assistente social é fundamental para avaliar os impactos da questão social no processo saúde-doença dos usuários e para buscar a superação das várias formas de discriminação”.

De acordo com o referido documento, o trabalho do/a assistente social se organiza a partir das demandas e necessidades dos usuários e faz parte das suas atribuições:

Acolher, informar, *aconselhar* e desenvolver ações educativas para pessoas que vivem com HIV e aids, parceiros (as), familiares e comunidade; [...] Desenvolver atividades de acolhimento, orientação e *aconselhamento* relacionadas: ao impacto do diagnóstico na vida social, afetiva e no trabalho; dificuldades no uso da medicação e na adesão ao tratamento relativas à organização do cotidiano e às condições sociais objetivas de cada sujeito; situações de vulnerabilidade social e individual (uso de drogas, desemprego [...], entre outras)[...]; Manter-se atualizado em relação a leis estaduais e federais, e também sobre benefícios que podem ser disponibilizados

aos que vivem com HIV e aids [...] ; e Desenvolver ações dirigidas à educação continuada dos profissionais de saúde da rede pública com o objetivo de capacitar pessoas na prevenção, diagnóstico e *aconselhamento* em DST e aids. (QUALIAIDS, 2008, p. 28, grifos nossos).

A palavra aconselhar/aconselhamento aparece em vários pontos das atribuições postas pelo documento, o que pode levar ao entendimento de demandas voltadas para uma ação psicologizante do trabalho profissional. Embora nem toda prática de aconselhamento esteja voltada para ações psíquicas, no trato das questões advindas do HIV/Aids, o indivíduo carrega consigo uma carga muito grande de problemas psíquicos oriundos da representação social da doença. Nesse sentido, essa fragilização pode chegar como demanda para o Serviço Social, que no cotidiano do trabalho profissional precisa redirecioná-las de acordo com as atribuições e competências profissionais.

Ademais, às demandas, e até mesmo, a incorporação de competências profissionais não compatíveis com o perfil da categoria já vem sendo discutido e problematizado pelas entidades representativas do serviço social. Dentre elas, a atuação psicossocial por meio do aconselhamento, e predomínio de práticas individuais por meio do favor, que remetem ações assistencialistas.

Não se pode negar, e/ou deixar de reconhecer que, em determinados momentos e circunstâncias, o apoio, o alívio de tensão, a orientação individual podem ser o mais urgente e necessário diante da situação, mas nunca o suficiente da parte do assistente social (VASCONCELOS, 2009).

Como destaca Soares (2010, p. 133), “por isso, é imprescindível analisarmos não só o lugar que o assistente social ocupa, mas, sobretudo, o que ele faz” e como faz. Considerando que diante dos limites também se acompanha um campo de possibilidades onde se requisita o exercício da relativa autonomia de que dispõe os/as profissionais

[...] as possibilidades estão dadas na realidade, mas não são automaticamente transformadas em alternativas profissionais. Cabe aos profissionais apropriarem-se dessas possibilidades e, como sujeitos, desenvolvê-las transformando-as em projetos e frentes de trabalho (IAMAMOTO, 2007b, p. 21).

Neste sentido, caminhar na direção do fortalecimento dos interesses e necessidades dos usuários e dos serviços a eles ofertados, exige dos assistentes sociais um conjunto complexo de ações que requer a compreensão da realidade no

seu movimento contraditório, captando nela possibilidades de ação, priorizar, planejar, executar e avaliar permanentemente articulado aos demais profissionais da equipe (VASCONCELOS, 2009).

É nesse movimento contraditório que se encontra a autonomia profissional, que embora relativa, expressa a possibilidade de imprimir no exercício profissional os princípios e valores do projeto ético- político. Para tanto se faz relevante discutir sobre a importância da relativa autonomia para o/a assistente social e como ela vem sendo problematizada no interior do debate da profissão.

### **2.3 A relativa autonomia profissional: discutindo os tensionamentos e as possibilidades na intervenção profissional**

Ao direcionar o debate das demandas na saúde, e particularmente junto as pessoas vivendo com HIV/Aids, expõem-se os tensionamentos para as respostas profissionais que conseqüentemente repercutem na construção e materialização da relativa autonomia e de estratégias político-interventivas assumidas pela profissão. Nesse sentido, cabe compreender de que forma se tem discutido a relativa autonomia profissional e os tensionamentos para seu exercício.

As análises desenvolvidas acerca da relativa autonomia profissional estabelecem os limites profissionais, ao situar o/a assistente social, enquanto trabalhador assalariado. Contudo, também delinea possibilidades tendo em vista que, embora seja relativa, o exercício da autonomia revela o compromisso ético, político e técnico profissional.

O debate da relativa autonomia refletida/discutida a luz das vertentes marxistas é inaugurado por Yamamoto e Carvalho na obra “Relações Sociais e Serviço Social no Brasil”, cuja perspectiva de análise “[...] implicou no esforço de inserir a profissão no processo de reprodução das relações sociais” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008, p. 15) na especificidade da produção capitalista.

Desse modo, se estabelece uma relação intrínseca entre a condução do trabalho profissional e as determinações da divisão social e técnica do trabalho na

sociedade capitalista.<sup>16</sup> Isso supõe considerar a profissão sob dois ângulos indissociáveis, duas expressões do mesmo fenômeno:

Como realidade vivida e representada na e pela consciência de seus agentes profissionais expressa pelo discurso teórico-ideológico sobre o exercício profissional; como atividade socialmente determinada pelas circunstâncias sociais objetivas que conferem uma direção social à prática profissional, o que condiciona e mesmo ultrapassa a vontade e/ou consciência de seus agentes individuais (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008, p. 73).

Os esforços das reflexões teóricas de Iamamoto e Carvalho (2008) supõem afastar o Serviço Social da tese unilateral que situa a profissão ao caráter conservador - profissão como mero apoiador do poder vigente - ou da tese oposta, que sustenta a profissão a uma dimensão transformadora e revolucionária - agente de transformação social. Assim sendo, o empenho está em apreender o Serviço Social no processo social, cujas relações sociais são mediatizadas por condições históricas e assumem duas dimensões, o da consciência da situação; e a do sentido e direção objetiva que assume (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008).

É relevante considerar que o/a assistente social no exercício de suas atividades não dispõe de um controle completo do seu trabalho (financeiro, técnico e humano). A condição de trabalhador assalariado tensiona a relativa autonomia profissional, uma vez que os empregadores articulam um conjunto de condições que direciona o fazer profissional.

Isso posto, já que, embora o Serviço Social brasileiro seja regulamentado como uma profissão liberal<sup>17</sup>, não tem tradição de prática liberal na acepção do termo, uma vez que predominantemente, o/a assistente social não tem exercido à profissão como autônomo (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008). Por outro lado, alguns traços não excluem o Serviço Social de uma profissão liberal, dos quais destacam:

[...] a reivindicação de uma deontologia (Código de Ética), o caráter não rotineiro da intervenção [...] a existência de uma relação singular

<sup>16</sup> Conforme aponta Silva (2016, p.22) “embora a relativa autonomia apareça como uma característica intrínseca ao serviço social, ela não foi incorporada pela profissão desde o início, seu exercício só se tornou alvo de discussão no interior da categoria profissional no decorrer do processo de renovação do Serviço Social brasileiro, quando os sujeitos profissionais passam a compreendê-la como um direito e mediação do exercício profissional, no que diz respeito, a construir suas intervenções a partir da projeção ético-político e profissional, adquirida com a intenção de ruptura”.

<sup>17</sup> Pela portaria 35, de 19.4.49, do ministério do trabalho, industrial e comércio. Citando Mills (1969), os autores destacam que “a característica básica de profissional liberal tradicional é a independência no exercício de suas atividades”. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008, p.80)

no contato direto com os usuários – os “clientes”- o que reforça um certo espaço para a atuação técnica, abrindo a possibilidade de se reorientar a forma de intervenção [...]. A isso se acresce outro traço peculiar ao serviço social: a indefinição ou fluidez do “que é” ou do “que faz” o serviço social, abrindo ao assistente social a possibilidade de apresentar propostas de trabalho que ultrapassem meramente a demanda institucional (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008, p. 80).

Para os autores, os aspectos indicados refletem no sentido de uma ampliação do campo de autonomia profissional. A deontologia como base ético-normativo sinaliza pensar o trabalho e suas ações tendo como referência uma direção social estratégica que aponta no sentido da defesa dos interesses dos usuários com quem mantém uma relação singular no contato direto.

A reflexão da relativa autonomia, pensada na perspectiva do direcionamento das atividades profissionais condizentes aos interesses coletivos do proletariado, requer apreender a profissão centrada nesta contraditoriedade:

Se o Assistente social, na condição de trabalhador assalariado, deve responder às exigências básicas da entidade que contrata seus serviços, ele dispõe de relativa autonomia no exercício de suas funções institucionais, sendo co-responsável pelo rumo imprimido às suas atividades e pela formas de conduzi-las (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008, p. 120)

É importante destacar que as análises de Iamamoto (2007, 2008, 2015) que fazem referência a relativa autonomia profissional enfatizam/reforçam o jogo de forças sociais presentes no exercício profissional. Nesse sentido, a relativa autonomia profissional é constantemente tensionada por um conjunto de determinações conjunturais e estruturais que culminam em desafios para os profissionais, e na contemporaneidade se expressam na reestruturação das condições de trabalho, na precarização das políticas sociais e retirada de direitos resultando em perdas para a categoria e para os usuários dos serviços sociais. Conforme explicitado,

Ainda que os profissionais disponham de relativa autonomia profissional na condução de suas atividades, os empregadores articulam um conjunto de condições que informam o processamento da ação e condicionam a possibilidade de realização dos resultados projetados, estabelecendo as condições sociais em que ocorre a materialização do projeto profissional em espaços ocupacionais específicos (IAMAMOTO, 2015, p. 219).

Isso se explica pela correlação de forças política, cultural, econômica e social que se aprofundam e acompanham o processo e solo histórico em que se situa a profissão e a necessidades de sua intervenção. Ou seja, está atrelado ao processo de desenvolvimento e crises do sistema capitalista e suas procedentes estratégias de recomposição das taxas de lucros, cujas consequências recaem sobre as condições de vida, saúde e trabalho da população.

Nessa linha argumentativa Mota (2014) situa a relativa autonomia profissional nesse conjunto de transformações que se relacionam com os rumos da realidade, determinando o surgimento de novos espaços sócio - ocupacionais e competências profissionais. Ainda adverte para o confronto entre cultura profissional (crítica e de esquerda) com as contradições econômicas, políticas e institucionais inerentes a sociedade do capital. É nesse ambiente, que o exercício da sempre relativa autonomia se situa, se caracterizando como um esforço contínuo que evidencia limites e possibilidades da intervenção.

Alerta ainda que a natureza da relativa autonomia técnica e teórica-política requer mediações afora das relações de trabalho, ou seja, exige mediação da consciência individual e coletiva do profissional; domínio das categorias ontológicas e reflexivas dos fenômenos; conhecimento das manifestações objetivas dos fenômenos; domínio institucional e legal aos processos relacionados “[...] cujas competências profissionais para operar sínteses, proposições, articulações e negociações [...] são uma exigência teórica e operativa” (MOTA, 2014, p. 700).

Competências que tem relação com as dimensões teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo da profissão, uma vez que deriva da articulação das dimensões profissionais a possibilidade de extrapolar intervenções unilaterais do trabalho profissional frente às demandas que chegam para a profissão. Para tanto, o conhecimento crítico e aprofundado da realidade e dos aspectos que envolvem o exercício profissional cotidiano, se fazem indispensável. Nesse sentido,

Somente problematizando as expressões cotidianas e imediatas da realidade e que se constitui em demandas às instituições e ao Serviço Social pode o profissional exercitar uma relativa autonomia intelectual que oriente suas propostas de intervenção com bases nas condições objetivas existentes (MOTA, 2014, p. 700).

Ao enfatizar o exercício da relativa autonomia relacionado à competência intelectual, a autora fornece elementos que apontam para o profissional exercitar sua capacidade de análise da realidade concreta, que permite problematizar os



aspectos contraditórios que tensionam as respostas profissionais, e desse modo são indispensáveis na compreensão dos limites, bem como na busca e materialização de estratégias.

No conjunto das reflexões acerca da autonomia profissional encontram-se as sínteses de Simões (2012), que situa a autonomia profissional frente a precarização do trabalho e formação profissional.

Em seu entendimento é a autonomia técnica que caracteriza a autonomia como relativa, tendo em vista que o profissional não dispõe das condições e meios necessários para a realização de suas atividades, dada a sua condição de trabalhador assalariado. Acrescenta, contudo que a condição de trabalhador assalariado, embora tensione a autonomia, não torna inviável o direito de exercer as atividades através de sua expertise. Desse modo, o que pode inviabilizar a autonomia e/ou reduzi-la é a precarização da formação e do trabalho do/a assistente social (SIMÕES, 2012).

Adverte que “[...] o profissional dispõe de uma autonomia relativa, que abre as possibilidades para que o assistente social possa imprimir no seu trabalho os valores do projeto ético-político ao qual está vinculado” (SIMÕES, 2012, p. 23). Para tanto, resguardar a relativa autonomia profissional na condução das ações profissionais,

[...] supõe potenciá-la mediante um projeto profissional coletivo impregnado de história e embasado em princípios e valores radicalmente humanistas, com a sustentação em forças sociais reais que partilham de um projeto comum para a sociedade (IAMAMOTO, 2015, p.219).

Desse modo, ainda que relativa, a autonomia “[...] assegura ao profissional agir em conformidade com as suas prerrogativas legais, previstas na legislação profissional e, no caso do Serviço Social, na direção do projeto ético-político, superando a concepção meramente técnica da profissão” (SIMÕES, 2012, p. 48). Ou seja, a autonomia diz respeito ao direito e ao dever profissional de exercer suas competências e atribuições privativas previstas legalmente que direcionadas aos interesses da coletividade imprime uma direção social nas suas ações, conforme a valoração ética hegemônica da profissão.

Essa compreensão remete as evidências empíricas de Vasconcelos (2009), em pesquisa realizada na área da saúde, quando atesta que os assistentes sociais de forma complexa, interrelacionada e mais ou menos consciente, renunciam a

autonomia profissional, ainda que a ser conquistada, quando consentem/delegam aos demais profissionais a definição da demanda a ser atendida pelo Serviço Social, submetendo e/ou restringindo as demandas espontâneas e ausência de estratégias de ações coletivas que coloquem como prioridade as necessidades dos usuários.

Para tanto, segundo a autora, a autonomia pode ser percebida pela aceitação ou recusa de demandas, pela priorização ou não de determinadas ações, mediante justificativas de suas escolhas colocando como prioridade os interesses e necessidades dos usuários.

Assim, a relativa autonomia como “um traço constitutivo da profissão, [...] possibilita ao/a assistente social construir sua intervenção profissional, tendo como referência a compreensão de seu papel profissional na reprodução contraditória das relações sociais” (SILVA, 2016, p. 09).

Embora resguardada as especificidades nas abordagens, essas concepções de autonomia se complementam na medida em que partem de uma visão de relativa autonomia, que embora cotidianamente tensionada pela condição de trabalhador assalariado, possibilita ao profissional a tomada de decisões e ao agir na direção do projeto Ético-Político.

Nessa perspectiva, revela-se a importância dos componentes ético-políticos nas tomadas de decisões e estratégias de ações. Para Yamamoto (2007b, p. 79), “esse rumo ético-político requer um profissional informado, culto, crítico e competente”. Mais ainda, “supõe competência teórica e fidelidade ao movimento da realidade; competência técnica e ético-política que subordine o “como fazer” ao “o que fazer” e, este ao “dever ser” [...]” (Ibidem, p. 80).

Assim, dada a direção social estratégica e o compromisso com os interesses da classe trabalhadora, a defesa da relativa autonomia profissional do/a assistente social passa pelo conhecimento especializado, que exige um aprimoramento/qualificação crítica e continuada.

Nesse aspecto recorreremos às análises de Raichelis (2013), quando atesta que o trabalho profissional na perspectiva do projeto ético-político, exige um sujeito profissional qualificado que seja capaz de realizar um trabalho complexo, social e coletivo, com capacidade para propor, negociar e defender projetos que visem a ampliação dos direitos das classes subalternas, que defenda seu campo de trabalho, suas atribuições e sua relativa autonomia profissional.

Na direção de expansão das margens de autonomia profissional no mercado de trabalho, é fundamental o respaldo coletivo da categoria para definição de um perfil profissional: valores que orientam competências teórico-metodológicas e operativas e prerrogativas legais necessárias a sua implementação, entre outras dimensões, que materializam um projeto profissional associado as forças sociais comprometidas com a democratização da vida em sociedade. Este respaldo político-profissional mostra-se, no cotidiano, como uma importante estratégia de alargamento da relativa autonomia do assistente social, contra a alienação do trabalho assalariado (IAMAMOTO, 2015, p. 422).

É através da organização política da categoria que diversos instrumentos normativos, visando assegurar a relativa autonomia profissional, têm sido criados. No que se refere às prerrogativas legais, destacam-se o Código de Ética Profissional, a Lei 8662/93 que regulamenta a profissão, e diversas resoluções emitidas pelo conjunto CFESS/CRESS, que constituem os principais instrumentos normativos do Serviço Social fundamentais para a defesa da relativa autonomia profissional.

Dentre o conjunto de resoluções do CFESS/CRESS<sup>18</sup>, que busca assegurar sua autonomia técnico-profissional retomemos as análises de Simões (2012, p.46) quando a autora reconhece, que nessas resoluções, “perpassa a prerrogativa da autonomia técnico-profissional”, resguardando aos assistentes sociais respaldo jurídico ao exercício das suas competências e atribuições privativas, conforme previsto nos artigos 4º e 5º, respectivamente, da lei 8.662/93 e, portanto, na direção do projeto ético-político profissional. Aponta que ao mesmo tempo em que as resoluções constituem avanços, sinalizam a necessidade de reafirmação da autonomia profissional.

Nesse sentido “[...] a possibilidade de imprimir uma direção social ao exercício profissional [...] decorre da *relativa autonomia* de que ele dispõe, resguardada pela

---

<sup>18</sup> Dentre as resoluções que busca assegurar as competências e atribuições privativas do/a assistente social e sua autonomia técnico-profissional, destacadas por Simões (2012), estão as resoluções CFESS/CRESS de números: nº: 443/03 (institui procedimentos para a realização de desagravo público; nº: 493/06 (dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social); nº: 533/08 (regulamenta a supervisão Direta de Estágio no Serviço Social com a finalidade de assegurar um aprendizado de qualidade); nº:556/09 (relacionada ao sigilo profissional); nº:557/09 (dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntas entre assistente social e outros profissionais); nº:559/09 (dispõe sobre a atuação do Assistente Social, inclusive a qualidade de perito ou assistente técnico, quando convocado a prestar depoimento como testemunha) e a denº:569/10 (dispõe sobre a vedação da realização de terapias associadas ao título e/ou exercício profissional). Essas e outras Resoluções estão disponíveis no site do CFESS. Consultar: <http://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/resolucoes-do-cfess>

legislação profissional e passível de reclamação judicial (IAMAMOTO, 2015, p. 220, grifos originais).

A intenção de destacar a legislação profissional (leis e resoluções) e sua importância para a defesa da relativa autonomia profissional se dar no sentido de ressaltar os esforços da categoria em criar mecanismos que fortaleça essa relativa autonomia, ao passo que demonstra a relevância dessas elaborações. O que não corresponde afirmar que esses marcos legais são suficientes para assegurá-la.

Outrossim,

*A efetivação dessa autonomia é dependente da correlação de forças econômica, política e cultural em nível societário e se expressa, de forma particular, nos distintos espaços ocupacionais que envolvem relações com sujeitos sociais determinados: a instituição estatal (Poder Executivo e Ministério Público, Judiciário, Legislativo); as empresas capitalistas; as organizações político-sindicalistas; as organizações privadas não lucrativas e as instâncias públicas de controle democrático (Conselhos de Políticas e de Direitos, conferências, fóruns e ouvidorias), que sofrem profundas metamorfoses sociais em tempos de capital fetiche (IAMAMOTO, 2015, p. 220, grifos originais).*

Além de problematizar o exercício da relativa autonomia em uma dada realidade - histórica, concreta e contraditória - as análises também revelam a importância das especificidades em diferentes espaços sócio ocupacionais em que o/a assistente social se insere, posto que, apresentam racionalidade e finalidades singulares/exclusivas dada pela natureza das instituições empregadoras.

Assim, ainda que a atividade profissional resulte em todos os espaços da necessidade de intervir nas expressões concretas da “questão social” o/a assistente social atua com aspectos singulares dessas expressões: moradia, educação, relações familiares, violência, infra-estrutura, saúde dentre outros que particulariza seu fazer profissional. Nesse sentido, os tensionamentos e consequentes limites ao exercício da relativa autonomia perpassam por esse processo de universalidade e particularidade da inserção profissional.

É nessa perspectiva que as análises do capítulo subsequente particularizam e aprofundam o solo histórico do trabalho profissional, destacando, as atuais configurações do trabalho e das políticas sociais, com ênfase no setor de serviços, na política de saúde e enfrentamento ao HIV/Aids.

Vale ressaltar que as configurações contemporâneas do atual quadro sócio-histórico permeia e conforma o cotidiano do trabalho do/a assistente social. “Assim, a conjuntura não condiciona unidirecionalmente as perspectivas profissionais; todavia impõe limites e possibilidades” (IAMAMOTO, 2007b, p. 21). Portanto as análises subseqüentes delineiam as mediações indispensáveis ao presente objeto de estudo.

### **CAPÍTULO 3 - O SOLO HISTÓRICO DO TRABALHO PROFISSIONAL: INTENSIFICAÇÃO DA PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO, RETIRADA DE DIREITOS SOCIAIS E CONTRARREFORMA NA SAÚDE E NA POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO AO HIV/AIDS**

As transformações em curso no capitalismo “[...] afetam diretamente o conjunto da vida social e incide fortemente sobre as profissões, suas áreas de intervenção, seus aportes de conhecimento e de implementação, suas funcionalidades” (NETTO, 1996, p. 87).

O trabalho do/a assistente social vem sofrendo profundas inflexões que decorrem de um conjunto de transformações técnicas, sociais, culturais e políticas no contexto da crise estrutural do capital<sup>19</sup>, que impondo novas formas de recuperação das taxas de lucros, situa o solo fértil do ideário neoliberal estabelecendo, dentre outras coisas, novas formas de dominação do capital sobre o trabalho e contrarreformas nas políticas sociais, dentre elas a de saúde.

Para Mota e Amaral (2010, p.24) a reestruturação do capital determina um conjunto de mudanças na organização e consumo da força de trabalho provocando “[...] impactos nas práticas sociais que intervêm no processo de reprodução material e espiritual da força de trabalho, onde se inclui a experiência profissional dos assistentes sociais”. Não obstante, Raichelis (2013, p. 611) salienta que, enquanto trabalhadores assalariados, o/a assistente social “[...] não escapa das determinações estruturais que movem os processos de intensificação e precarização do trabalho, no contexto da crise mundial”.

Os rebatimentos desse atual processo que se encontra em curso e tem se intensificado, se expressa nas demandas que chegam para a profissão, nas condições para dar respostas via políticas sociais e, conseqüentemente, no exercício da relativa autonomia profissional exigindo novas mediações no esforço de assegurá-la.

Dessa forma, a exposição teórica neste capítulo, abordará o trabalho profissional no atual contexto de intensificação da precarização do trabalho e

---

<sup>19</sup>É estrutural, pois seu caráter não é mais setorial, e sim global; seu alcance, portanto é mundial atingindo a todas as nações imperialistas; sua extensão temporal é de longa duração, sem saídas possíveis a médio ou longo prazo. Dada essas características as formas de enfrentamento também se dão em âmbito mundial, através da mobilização das organizações financeiras internacionais e do Estado na tentativa de minimizar seus impactos para a acumulação capitalista (MÉSZÁROS, 2002).

retirada de direitos, visando analisar as inflexões desse contexto para o exercício profissional, incluindo a discussão do setor de serviços no qual encontra-se inserida parcela significativa de assistentes sociais, no caso específico, nos serviços de saúde.

Assim, torna-se necessária, reflexões que apontem as tendências da política de saúde na contemporaneidade, particularizando a política de enfrentamento ao HIV/Aids tendo em vista que a conformação do enfrentamento da doença também repercute no exercício profissional. Para dimensionar a importância do enfrentamento da doença e sua complexidade, fez-se relevante evidenciar como a epidemia de HIV/Aids se configura atualmente no país, uma vez que as demandas trazem particularidades das características da doença, e são refletidas no cotidiano do trabalho do/a assistente social.

### **3.1 O exercício profissional do/a assistente social no marco da intensificação da precarização do trabalho e retirada de direitos sociais**

Inseridos na totalidade do trabalho coletivo, o profissional de Serviço Social também sofre as inúmeras interferências da reorganização do sistema capitalista, cujos impactos recaem diretamente sobre a classe trabalhadora.

Desse modo, dada a condição de trabalhador/a assalariado/a, o/a assistente social vivência os impactos das mudanças que ocorrem no mundo do trabalho, e no papel do Estado cuja defesa das privatizações e redução da responsabilidade pública no atendimento às necessidades sociais, vem cada vez mais desarticulando direitos sociais e provocando a radicalização da “questão social” (MORANI; HORA, 2015), repercutido no campo profissional através dos usuários das políticas e de precárias condições de trabalho (IAMAMOTO, 2007b, 2015; GUERRA, 2016; BOSCHETTI, 2017).

As transformações em curso decorrem da recessão generalizada que eclode na década de 1970, e faz emergir novas estratégias de conter os impactos da crise estrutural do capital<sup>20</sup>. No Brasil as mudanças societárias daí decorrentes são

---

<sup>20</sup>Tais medidas passam a ser difundidas pelos organismos internacionais e multilaterais, a exemplo do Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional (FMI), e foram discutida no Consenso de Washington, um encontro com a cúpula das classes dominantes imperialistas realizado no final de 1980, visou discutir medidas necessárias à adequação da agenda política dos países latino-americanos à era neoliberal, propondo dentro outras mediadas: Ajuste fiscal; prioridades dos gastos

intensificadas a partir de 1990, com a ascensão das políticas neoliberais, a refuncionalização do Estado<sup>21</sup> e predominância do capital financeiro<sup>22</sup> (BEHRING, 2003).

Evidências que sinalizam até mesmo as relativas conquistas do passado sofrem recuos significativos, quando o processo da acumulação do capital, encontra dificuldades ainda maiores na sua reprodução e acumulação (MÈSZÀROS, 2002).

Destarte, para Mota e Tavares (2016) o processo de restauração capitalista, com densidades e intensidades particulares em cada país e região, a depender da formação e conjuntura sócio-histórica, se materializa em alguns processos que se inter-relacionam, dentre eles,

a) os novos mecanismos de exploração da força de trabalho afetando diretamente os processos, as relações e as condições de trabalho, no âmbito da reestruturação produtiva. b) As mudanças na atuação do Estado- via (des)regulamentação do trabalho, supressão de direitos sociais e privatização/mercantilização de públicos (MOTA; TAVARES, 2016, p. 231).

Esses dois processos são indispensáveis a discussão na direção dos elementos que norteiam as reflexões do nosso objeto de estudo.

Desse modo, os novos mecanismos de exploração da força de trabalho, têm sido destacados por Antunes (2006), a partir de uma processualidade no universo do mundo trabalho, que evidencia a ampliação do assalariamento no setor de serviços; e uma subproletarização intensificada pela expansão do trabalho parcial, temporário, precário, subcontratado, terceirizado que marca a sociedade atual.

---

públicos em educação e saúde primárias; Reforma tributária; Liberalização financeira e taxa de juro (CASTELO, 2013). Houve ainda a realização do Pós- consenso de Washington que surge pela necessidade de repensar as reformas defendidas no Consenso de Washington (1989), incorporando as denominadas “reformas de segunda geração” com algumas similaridades e divergências com a primeira formulação, as principais estratégias estavam voltadas para: governo eficiente; metas de redução da desigualdade e pobreza; ênfase nas reformas institucionais; mercado de trabalho flexíveis; redes de seguridade social; governo e mercado em caráter de complementaridade (GONÇALVES, 2012).

<sup>21</sup>No Brasil, a expressão mais evidente da reformulação do Estado, é o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, elaborado em pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (PDRE/Mare) em setembro de 1995. Este plano justifica-se na retórica segundo a qual o Estado teria se afastado de suas funções precípuas para atuar na esfera produtiva (BEHRING, 2003). De acordo com o PDRE, a crise que se instaurava era uma “crise fiscal de Estado”, dessa forma, fazia-se necessário “reformar o Estado brasileiro”, que trará repercussão em todas as políticas públicas, dentre elas a de saúde.

<sup>22</sup> O capital financeiro favorece ainda mais os privilégios das grandes potências imperialistas mundiais que tem maior liberdade de deslocamento de capitais, subordinando as demais economias (periféricas e dependentes) a explorar e expropriar ainda mais a força de trabalho humana. No fim, reafirma-se a premissa marxiana que a riqueza é fruto do trabalho explorado, pondo abaixo a ilusão que dinheiro gera dinheiro (MOTA; TAVARES, 2016).



Esse movimento atinge todos os países, do centro a periferia, fazendo decrescer os empregos formais e simultaneamente, presenciam “[...] um aumento das formas de subproletarização, através da expansão dos trabalhadores parciais, precários, temporários, subcontratados” (ANTUNES, 2006, p. 53).

Isso remete ao que Mézáros (2002) aponta de duplo ataque a classe trabalhadora, o primeiro está relacionado ao desemprego crônico que cresce em todos os países e campos de atividades, mesmo quando disfarçado como “práticas trabalhistas flexíveis”, e o segundo, diz respeito a uma significativa redução do padrão de vida até mesmo da população trabalhadora que é necessária aos requisitos operacionais do sistema produtivo em ocupações integral.

É inquestionável que

[...] o chamado mercado de trabalho vem sendo radicalmente reestruturado - e todas as inovações levam a precarização das condições de vida da massa dos vendedores de força de trabalho: a ordem do capital é hoje, reconhecidamente, a ordem do desemprego e da informalidade (NETTO, 2012, p. 417).

Esse movimento do capital tende a tomar dimensões ainda mais complexas em países de capitalismo periférico, cuja realidade de formação social e econômica repercute nas condições de vida e trabalho. No Brasil, as diferentes formas de precarização do trabalho, como são exemplos, o subemprego, a informalidade e a ausência de um sistema de proteção social, já eram traços marcantes, antes mesmo da onda neoliberalizante de ajuste estrutural (ANTUNES, 2006).

De acordo com Mota e Amaral (2010, p. 34) “[...] no Brasil a reestruturação é abrir capital, privatizar empresas estatais, terceirizar, demitir trabalhadores e aumentar a produtividade em 100%”. Ainda de acordo as autoras, a marca da reestruturação produtiva no país é redução dos postos de trabalho que gera desemprego, e a transformação desses trabalhadores em “empreendedores”, trabalho sem carteira assinada, precário e desprotegido. O trabalho por conta própria, de acordo com Mota e Tavares (2016, p. 241) “[...] encarrega-se de excluí-lo da proteção social que, em tese, ainda conforma a lógica do assalariamento”.

Desse modo, até para os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho, tem-se presenciado um contexto de desproteção social, evidenciando o segundo processo de restauração capitalista destacado por Mota e Tavares (2016). Nisso, advém que,

As mudanças na relação entre Estado, sociedade e mercado materializam-se em um conjunto de ajustes econômicos e de reformas institucionais cujos destaques são os mecanismos de privatização, as pressões do empresariado e da burocracia estatal para suprimir direitos sociais e trabalhistas e a ‘naturalização’ da superexploração do trabalho (MOTA; AMARAL, 2010, p. 37).

No âmbito das “reformas<sup>23</sup>” produzidas pelo Estado, as mudanças nas legislações visam suprimir mecanismos de proteção social e trabalhistas. No Brasil, a recente aprovação da Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017 (Reforma Trabalhista) que altera mais de cem artigos da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) expressa um nítido ataque do capital ao trabalho (BRASIL, 2017c).

Dentre outras consequências, essas alterações na CLT, restringem o acesso à justiça do Trabalho; retira poderes e atribuições sindicais; amplia a negociação patrão empregado; adota novos modelos de contrato de trabalho (autônomo e intermitente); retira o tempo despedido pelo empregado até a empresa na computação da jornada de trabalho; e permite o trabalho de grávidas ou lactantes em ambientes insalubres.

Essas mudanças atestam para a diminuição da ação do Estado na proteção social do trabalho, ao tempo em que se presencia uma hipertrofia das ações aos interesses do capital, enquanto estratégias neoliberais. Em consequência, as transformações societárias em curso têm implicado “[...] na direção de um novo barbarismo” [...] (NETTO, 1996, p. 102), cujas respostas dadas às novas expressões da “questão social” sinalizam as velhas práticas punitivas, “[...] mantendo um Estado de exceção no interior de um Estado democrático [...]” (BARROCO, 2015, p. 627). Nessa linha argumentativa, atesta Netto (2012, p. 428),

De fato a hipertrofia da dimensão/ação repressiva do estado burguês conjuga-se outra dimensão, coesiva e legitimadora: o novo assistencialismo, a nova filantropia que satura as várias iniciativas – estatais, privadas e estatal/privadas, mediante as chamadas parcerias público-privado - que configuram as políticas sociais implementadas desde os anos 1980-1990 para enfrentar o quadro de pauperização contemporânea, isto é, da “questão social”.

---

<sup>23</sup> Ao utilizarmos o termo “reformas” lançamos mão das aspas para evidenciar a sua apropriação indébita e seu caráter ideológica da idéia reformista, uma vez que, em decorrência das transformações em curso, essas reformas são destituídas de qualquer mudança progressista. Estamos em um contexto de “reformas” que retira direitos da classe trabalhadora, nesse sentido, convém chamá-las de contrarreformas (BEHRING, 2003).

O direcionamento da política social assume duas características principais: assistencialização, focalizada na pobreza absoluta através dos programas de transferência de renda; e a mercantilização expressas nas políticas de saúde, educação e previdência, uma vez que, transforma usuários em consumidores dos serviços sociais através de previdência complementar, planos de saúde privados e pelo ensino superior privado. Pela via da lógica gerencialista, a política de assistência tem sido executada a base de consórcios, e as demais (saúde e educação, por exemplo) geridas via empresas e fundações de direito privado (GUERRA, 2016).

Toda essa conjuntura de intensificação da precarização do trabalho e retirada de direitos pretendida e aplicada pelo grande capital, determina o aprofundamento da “questão social” que requer um conjunto de intervenções sócioinstitucionais que busque novas formas de controle e subordinação do trabalho ao capital. Ou seja, determina um conjunto de mudanças na organização e consumo da força de trabalho provocando “[...] impactos nas práticas sociais que intervêm no processo de reprodução material e espiritual da força de trabalho, onde se inclui a experiência profissional dos assistentes sociais” (MOTA; AMARAL, 2010, p.24).

É o marco da precarização trabalhista e retirada de direitos sociais, em que se encontra a articulação entre repressão a classe trabalhadora e minimização dos direitos e políticas sociais, que majoritadamente atuam os assistentes sociais. Para lamamoto (2015) o atual quadro de radicalização da “questão social” atravessa o cotidiano de trabalho do/a assistente social nos mais variados campos de atuação, que vem se confrontado com segmentos de trabalhadores duplamente penalizados, pela ampliação da suas necessidades, e pelo não atendimento delas com o desmonte das políticas sociais e ampliação da seletividade e restrição do acesso aos direitos sociais.

Nesse sentido, inseridos nas novas modalidades de produção e reprodução social e técnicas da força de trabalho, um dos desafios para o/a assistente social relaciona-se com as questões que afetam diretamente o exercício profissional como é o caso das alterações no mercado de trabalho, e nas condições de trabalho profissional (MOTA; AMARAL, 2010).

Enquanto trabalhadores assalariados, os/as assistentes sociais “[...] não escapam das determinações estruturais que movem os processos de intensificação e precarização do trabalho, no contexto da crise mundial” (RAICHELIS, 2013, p.

611). Nesse sentido, as análises da autora apontam que as atuais tendências do mercado de trabalho do/a assistente social, atestam o paradoxo das demandas no campo das políticas sociais ao mesmo tempo verifica-se o aprofundamento da intensificação e precarização das condições em que este trabalho se realiza.

Isso porque, a configuração histórica da profissão está articulada as mudanças empreendidas nas formas de gestão da força de trabalho, (re)configuração e intervenção sociais nas manifestações da “questão social”, e organização das políticas sociais (TRINDADE, 2001).

Quanto à intensificação da precarização das condições de trabalho, fica evidente nos espaços que incorporam mais profissionais, como as políticas de saúde e assistência. Para Morani e Hora (2015), a saúde tem sido alvo de privatizações e da montagem de modelos de gestão pautados na precarização dos contratos de trabalho, sem garantias legais. A assistência social segue a mesma tendência, expressa na inexistência de concurso público e a prevalência de contratos precários sem garantias de direitos que corroboram com a tendência geral da precarização das condições de trabalho<sup>24</sup>.

Quanto à dimensão das requisições no atual momento, constitui apreender uma realidade social de velhas e novas demandas e requisições, uma vez que “[...] a configuração das políticas sociais, o padrão de política social vigente limitam e/ou potencializam a ação do assistente social” (GUERRA, 2009, p. 82).

Esse modelo de políticas sociais passa a exigir uma intervenção pela via da normatização através de procedimentos pré-definidos, segundo um modelo de atendimento racional formal-abstrato. “Surgem atribuições no âmbito de controle e monitoramento da população pobre, inaugurando novas e recuperando velhas formas de controle, pela mediação das políticas e dos serviços sociais” (GUERRA, 2016, p. 99). O aumento da participação de entidades de cunho privado e filantrópico na prestação de serviços sociais expõe, aos assistentes sociais,

[...] a operarem em lógicas bastantes contraditórias. Ao mesmo tempo em que se colocam diretrizes, parâmetros emanadas a partir da “garantia de direitos sociais” pautadas pelo Estado, as referidas entidades buscam atender às respectivas lógicas que sustentam a sua existência, exigindo um processo de acomodação de interesses por parte dos profissionais (MIOTO; NOGUEIRA; 2013, p. 67).

---

<sup>24</sup>Essa realidade nos leva a delinear, na sequência da discussão, algumas análises que empreendem as tentativas de incorporar no setor de serviços, a lógica do trabalho industrial, que se reflete através da precarização das condições de trabalho e em resultados quantitativos.

É nessa perspectiva que Guerra (2009, p. 84) salienta que “[...] na contemporaneidade, as demandas que chegam à profissão são marcadas por conteúdos cada vez mais liberais e conservadores, e como tal exigem esse padrão de respostas”. Nessa conjuntura “o desafio profissional consiste em uma atuação na realidade por meio da identificação e da apropriação crítica de suas demandas e das demandas que lhe são dirigidas [...]” (FORTI; GUERRA, 2010, p. 42).

A tendência que se apresenta direciona o exercício profissional para o cumprimento de ações burocráticas e rotineiras, atividades que se resumem a um leque de tarefas pré-estabelecidas (GUERRA, 2009), “[...] levando o mesmo a exercer um trabalho muito mais gerencial-pragmático do que pedagógico (MORANI; HORA, 2015, p. 366).

Assim, reitera-se uma das mediações fundamentais ao trabalho do/a assistente social, que na atualidade se porta como mais um desafio “[...] a elaboração de proposições teóricas, políticas, éticas e técnicas que se apresentem como respostas qualificadas ao enfrentamento das questões que lhe são postas” (MOTA; AMARAL, 2010, p. 25).

Essa exigência que ao mesmo tempo se porta como um desafio, relaciona-se a uma necessidade. Dada a nossa direção social estratégica e compromisso com os interesses da classe trabalhadora, Boschetti (2017) reafirma a necessidade de situar os nossos históricos desafios/limites na totalidade histórica, para evitar cair no voluntarismo e pragmatismo característicos da gênese da profissão, assim como, extrair estratégia interventivas que busque a socialização de informações e a construção de processos educativos junto aos usuários dos serviços nos quais o/a assistente social atua.

Essa dinâmica profissional revela a necessidade de recuperar um elemento fundamental no debate da profissão: suas demandas e respostas, enfatizado como a autonomia se revela na condução do exercício profissional. As transformações no âmbito da sociedade ao passo que restringe a relativa autonomia, exige estratégias que possibilitem o seu exercício. Isso aponta para a afirmativa segundo a qual, o exercício da relativa autonomia é mediado pelos parâmetros éticos-normativos e pelas condições objetivas do trabalho do/a assistente social (SIMÕES, 2012; SILVA, 2016).

É na identificação do que condiciona as respostas, que estão as possibilidades de uma aproximação com a discussão da relativa autonomia,

considerando ser autonomia profissional mediação necessária para a construção de respostas na direção do projeto ético-político profissional.

Desta feita, o profissional precisa estar ciente de suas atribuições e competências profissionais, procurando reafirmar, com base nos princípios éticos, políticos e técnicos, o compromisso com os sujeitos demandantes dos serviços sociais.

Isso requer, “apropriar-se dos aspectos institucionais em curso [...] para planejar e decidir sobre ações profissionais e movimentar no apertado campo da autonomia profissional” (MIOTO; NOGUEIRA, 2013, p. 67).

Assim, partindo das análises que revelam/apontam os rebatimentos da conjuntura de intensificação da precarização do trabalho e de retirada de direitos para o trabalho profissional dos/as assistentes sociais e, entendendo que essas reflexões situam-se como um convite para novas abordagens, que direcionamos nosso processo investigativo, considerando que investigar as demandas e respostas profissionais buscando revelar a potencialidade da relativa autonomia profissional requer avaliar a condição de trabalhador/a assalariado/a a que estão submetidos os/as profissionais.

São profissionais sujeitos às inflexões do contexto de intensificação das condições de trabalho e retirada de direitos sociais. Por outro lado, impõe-se a necessidade da afirmação das competências profissionais fundadas nas três dimensões indissociáveis: teórico-metodológica; ético-política e técnico-operativa.

Portanto, as mediações necessárias para responder às demandas ocorrem imbricadas em um contexto sócio histórico complexo, determinado por interesses e relações de dominância, interferindo no trabalho e desenvolvimento profissional em todos os espaços ocupacionais, e exigindo a defesa do exercício da relativa autonomia profissional.

É nesta direção que as análises subsequentes, na intenção de aprofundar a discussão sobre o trabalho, sobretudo do/a assistente social, enfoca a particularidade do setor de serviços, trazendo elementos para refletir sobre o exercício da relativa autonomia profissional nos serviços públicos de saúde.

### **3.2 Trabalho em serviços: a particularidade na política de saúde**

Ao longo do estudo, temos buscado salientar que o trabalho do/a assistente social não se desenvolve desvinculado das condições históricas e sociais que o determinam. Dessa forma, o desvelamento das atividades e ações profissionais requer particularizar a inserção no interior das organizações a qual se vincula (COSTA, 2010). Isso nos leva a tratar sobre as singularidades do trabalho em serviços, destacando os serviços de saúde, nos quais se incluem os de assistência especializada em HIV/Aids.

O debate dos serviços assume importância na nossa dissertação, uma vez que as análises empreendidas até aqui, ao passo que demonstram a intensificação da precarização do trabalho requer situar a particularidade da inserção do/a assistente social num mercado de trabalho que vem sofrendo alterações, incluindo o trabalho em serviços (RAICHELIS, 2013, MORANI; HORA, 2015) expondo, dessa forma, desafios e confrontos ao exercício profissional.

Em contrapartida, o setor de serviços, inclusive os de saúde, guarda algumas características/singularidades sendo necessário se apropriar de sua dinâmica para perceber suas contradições e situar as reflexões da relativa autonomia profissional.

Para tanto, importa compreender que o surgimento e expansão do setor de serviços se relaciona ao processo de desenvolvimento capitalista e das necessidades de regular o sistema social e as necessidades vitais – comer, reproduzir, morrer etc. A urbanização e o aumento do ritmo da vida social e econômica, demanda do Estado à expansão de novos serviços, a exemplo da educação, saúde, transporte, urbanização, dentre tantos outros.

Desse modo, “[...] a medida que uma necessidade social e/ou econômica é respondida institucionalmente, isto é, organizada a resposta de uma forma específica e persistente, existe o que é convencional chamar de serviço” (NOGUEIRA, 1990, p. 161).

Tais serviços, ao passo que passam a ser incorporados para atender as necessidades coletivas e de reprodução da força de trabalho, se tornam parte dos interesses do sistema capitalista e de suas atividades lucrativas (SCHÜTZ; MIOTO, 2012). Segundo Nogueira e Tumulero (2015, p. 218) os serviços, ao se organizarem, cumprem uma tripla funcionalidade na ordem monopolista, o de “[...] atender às

expectativas e demandas da sociedade; servir de controle das contradições sociais da sociedade capitalista contemporânea; e favorecer, de forma indireta, a acumulação do capital”.

O setor de serviços, integra, [...] o efeito útil de um valor de uso voltado para a reprodução material da força de trabalho através de políticas sociais públicas e privadas [...]", (MORANI; HORA, 2015, p. 366), ainda que neles também ocorra o incremento tecnológico de gerenciamento, produtividade e controle de custos com o incremento de tecnologias de gerenciamento (Ibidem).

[...] os serviços na esfera da proteção social pública são instituídos, além de sua funcionalidade no campo econômico, visando ao atendimento das demandas sociais, viabilizado através de medidas de política social. O alcance, o desenho e a regulação das políticas sociais são igualmente construções sócio-históricas, derivadas da apreensão do nível de igualdade ou desigualdade aceito em cada sociedade, indicados pela concepção de cidadania adotada e justificada. São, enfim, modeladas pelas relações estabelecidas entre a sociedade e o Estado (NOGUEIRA; TUMULERO, 2015, p. 216).

Partindo das análises de Marx acerca dos serviços, Schütz e Miotto, (2012) ressaltam que, embora também sendo assimilados pela produção de mais-valia, o trabalho em serviços apresentam algumas particularidades que precisam ser creditadas<sup>25</sup>, dentre elas, a centralidade do trabalho humano na prestação de um serviço.

Dentro dessas particularidades encontram-se os argumentos de Serpa (2009) quando, ao problematizar acerca dos serviços de saúde, ressalta que para pensar as suas especificidades, dois aspectos merecem destaque. Um reforça o que aponta Schütz e Miotto, (2012), ou seja, diz respeito a centralidade do trabalho humano na efetivação dos serviços de saúde. E o outro é a “[...] potencialidade de intervenção e interação numa determinada situação ou atividade, [...] e que requer a combinação entre o prestador e prestatário para a sua efetivação (SERPA, 2009, p. 87).

Em relação ao caráter eminentemente humano cujas atividades dependem de um saber, de qualificação, de um prestador de serviços, não sendo possível a

---

<sup>25</sup> Embora as autoras iniciem a discussão com o debate acerca do trabalho produtivo e improdutivo para as análises posteriores do trabalho em serviços, não pretendemos nessas análises repor as polemicas acerca dessa discussão. Nos propomos a indicar, sustentado em autores que tem contribuído ao debate, as principais características que apontam para a margem de possibilidades e os desafios da autonomia profissional no setor de serviços.



subsunção total do trabalho ao capital, algo comumente incorporado a indústria, reforçamos que,

[...] os atributos humanos, indispensáveis na realização dos serviços, são considerados como limites à captura total do trabalho vivo, e, portanto, são pertinentes para pensar os serviços assistenciais, nos quais se situa o trabalho do assistente social, que atente diretamente a população (SCHÜTZ; MIOTO, 2012, p. 93).

Os autores apontam ainda a necessidade de conceituar serviços como um trabalho em processo, desse modo, não se produz um serviço, mas sim se presta um serviço, necessitando, de atributos essencialmente humanos para essa realização.

Quanto ao processo de interação entre prestador e prestatário, também é reforçado por Raichelis (2013, p. 93), quando aponta como singularidade dos serviços o “[...] seu caráter relacional e interativo entre profissional e usuário [...]”.

Na mesma linha argumentativa, para Costa (2009, p. 308) “[...] o processo de trabalho dos serviços se funda numa inter-relação pessoal, intensa, constituindo-se em um processo de intersecção partilhada”.

Nessa atividade, o processo de trabalho permite uma relação de troca que envolve um significativo teor de subjetividade (SERPA, 2009). Nesse sentido, o trabalho em serviço “[...] supõe uma troca entre pessoas singulares em uma relação geralmente face a face. Entram nessa troca elementos subjetivos relativos aos valores, história de vida, cultura e expectativas diferenciadas” (NOGUEIRA; TUMULERO, 2015, p. 216 - 217).

Ao abordar a intersecção entre usuários e profissionais nos serviços de saúde, Costa (2009) salienta que essa intersecção ocorre tendo em vista que o/s usuários não são apenas consumidores das atividades do trabalho, insumos, medicamentos, dentre outros, mas sim, co-participante desse processo, e deles também dependem o cumprimento das recomendações terapêuticas.

Afirma ainda, que é essa relação de “intersecção” que leva a este tipo de trabalho a requerer uma autonomia do profissional. Nesse sentido, considera-se a relativa autonomia uma característica dos serviços assistenciais, dado que neles não tem sido possível a captura total dos processos de trabalho (Ibidem), apresentando um conjunto de mediações possíveis ao exercício profissional (SCHÜTZ; MIOTO, 2012). Denotando que,

[...] os atributos humanos intrínsecos ao trabalho em serviços e através dos quais a prestação dos serviços não adquire uma conformação objetiva separada de seu prestador, revelam elementos fundamentais para a reflexão sobre as relações entre profissional e usuários no âmbito dos serviços sociais (SCHÜTZ; MIOTO, 2012, p. 99).

Destarte, Nogueira e Tumulero (2015, p. 207), partem do pressuposto, sobre o qual a

[...] inserção do profissional, enquanto agente estatal, na implementação das políticas sociais, relacionada às nuances que o trabalho em serviço oferece na linha da autonomia do profissional executor dos programas sociais, são elementos condicionantes que podem matizar a ação profissional, propiciando maior compreensão sobre os processos interventivos e, possivelmente, garantindo uma ação que vá além dos desideratos institucionais.

Portanto, as autoras consideram que tais elementos possibilitam ao profissional, ultrapassar os objetivos institucionais e alinhar suas ações com os valores expressos no Código de Ética Profissional, dada que a natureza dos serviços, confere certo grau de liberdade aos agentes implementadores das políticas públicas.

Desse modo os elementos que particularizam o trabalho em serviço, permite considerar-lo como um espaço que possibilita a construção de respostas profissionais viabilizadas pela relativa autonomia. Ou seja, “o grau de autonomia é, pelos motivos anteriormente apontados, muito maior no trabalho em serviços - autonomia técnico-política e teórico-metodológica” (NOGUEIRA, 1990, p. 163).

Certamente, que as ações profissionais são determinadas pelas condições objetivas e subjetivas de trabalho que tanto podem facilitar, como podem dificultar os resultados almejados (SERPA, 2009). Nesse sentido, o trabalho do/a assistente social nos serviços de saúde, ao se realizar portando as características típicas dos serviços, incorpora um conjunto de fatores que interferem na realização das atividades.

Destarte, o processo de trabalho nos serviços de saúde também define-se pelas condições que a saúde pública se desenvolve, considerando as mudanças tecnológicas, organizacional e política do SUS. Se pautam ainda na lógica dos direitos sociais, que na saúde perpassa também pela integralidade das demais

políticas sociais, e são definidos pelo Estado, instituições empregadoras, programas e usuários, estabelecendo demandas e necessidades a serem atendidas.

Desse modo, todas essas análises do setor de serviços, não se caracterizam como unilaterais, já que a dinâmica dos serviços tem sido afetada pelo desenvolvimento econômico, cujas indicações revelam que tais postulações, e particularidades, não excluem, das atividades em serviços os mesmos dilemas e características sentidos pela classe trabalhadora no contexto da reestruturação produtiva.

Isso porque, ainda que este campo não possa ser alvo dos mesmos processos de racionalização da produção em indústrias, tem tido recorrente investidas de estratégias de mecanização e racionalização da força de trabalho (SCHÜTZ; MIOTO, 2012). “De certo, [...] esse setor não foge aos imperativos da lógica do capital” (SERPA, 2009, p. 55) impondo confrontos e desafios ao exercício profissional do/a assistente social, no campo dos serviços.

Nesse sentido corroboramos com as análises segundo a qual,

[...] o trabalho em saúde [...] integraliza preceitos que antes prevaleciam como orientadores da gestão da força de trabalho na produção industrial e isto se evidencia na incorporação dos processos de flexibilização e precarização do trabalho no setor saúde (SERPA, 2009, p.55).

Posto que, o setor de serviços ao incorporar a lógica da produtividade/quantidade, materializa a redução dos custos e dos postos de trabalho, contenção de salários, terceirização e precarização que aponta para o trabalho temporário, precário e desprotegido (MORANI; HORA, 2015).

Mais ainda, “[...] este setor tem submetido seus trabalhadores a degradantes condições de trabalho, à restrição de seus direitos trabalhistas e à negação do contrato coletivo de trabalho” (SERPA, 2009, p. 57), características presentes e aprofundadas com a mercantilização da política de saúde. Com efeito

Resguardada as especificidades, tanto o trabalho em serviços quanto o trabalho na produção de bens, tem como aspecto homogeneizador a relação assalariada ou a mercantilização da força de trabalho. Nesse âmbito, o crescimento no setor de serviços [...] denota a generalização da relação de trabalho e a conseqüente incorporação do setor de serviços à lógica de acumulação (SCHÜTZ; MIOTO, 2012, p. 90).

Para Costa (2009) não avaliar as dimensões desse processo para o trabalho profissional do/a assistente social, leva a considerações equivocadas acerca das exigências do mercado e a idealização das ações no exercício de suas atividades profissionais. Neste sentido, “quanto mais se estreita o círculo da autonomia profissional, dado pelos diferentes fatores elencados, maior é a exigência de conhecimento dos limites impostos para o exercício dessa autonomia” (MIOTO; NOGUEIRA, 2013, p. 67).

Tendo sido os serviços de saúde afetados pela inserção de entidades de cunho privado e filantrópicas na prestação de serviços imprimindo a lógica privada no setor público, novos elementos de tensão são vivenciados, delimitando o exercício da relativa autonomia.

Essa linha argumentativa serve para apontar que nos espaços de atuação estatal, as atividades estão envoltas de determinantes estruturais, e traz à tona a necessidade de discutir o campo complexo em que se revela e os elementos que condicionam a relativa autonomia.

Nesse sentido, com base nos argumentos até aqui sinalizados, pode-se considerar alguns elementos que reduzem/cerceiam a relativa autonomia. A começar pelas relações de trabalho, incluindo as “[...] as distintas formas de inserção profissional que determinam as condições em que se concretiza a autonomia profissional” (SCHÜTZ; MIOTO, 2012, p. 97).

Pondera-se também, que as novas formas de operacionalização das políticas sociais, baseado em modelos institucionalizados e rígidos e com ações que prendem-se nos tramites burocráticos e exigência de quantificação de resultado reduzem a autonomia relativa do assistente social (MIOTO; NOGUEIRA, 2013).

Na mesma direção a lógica gerencial<sup>26</sup> das políticas sociais pautada em resultados quantitativos, cumprimento de metas, a condição de assalariamento, o poder institucional, a burocracia que atravessa a realidade dos serviços, os recursos financeiros, materiais e humanos são elementos que cerceia a autonomia profissional do/a assistente social.

Importa destacar que nessa perspectiva a mesma realidade/conjuntura que impõe os limites a autonomia, explicita-se algumas possibilidades (IAMAMOTO, 2015). Ou seja, é justamente nesses distintos espaços de inserção, marcados por

---

<sup>26</sup>Como são exemplos os novos modelos de gestão na saúde, já enfatizados neste trabalho e que serão reforçados na sequência e nos resultados da pesquisa.

tensões advindas de demandas (institucionais e dos usuários), que se pode forjar o protagonismo profissional.

Mais ainda, a autonomia pode ser dilatada, dependendo das bases sociais que sustentam e direcionam o profissional na execução das suas respostas (IAMAMOTO, 2007b). Desse modo requer do profissional qualificação para a compreensão dos processos sociais que se apresentam no contraditório cotidiano das suas demandas e direcionamento das suas respostas.

Para tanto, dado que os confrontos e desafios também se relacionam ao alcance das políticas sociais, no caso dos serviços de saúde, a expansão do projeto privatista impõe desafios ainda maiores para as respostas profissionais frente as demandas que chegam, faz-se necessário o aprofundamento da abordagem da política de saúde na contemporaneidade, com destaque para o enfrentamento do HIV/Aids no contexto brasileiro.

### **3.3 A política de saúde brasileira no contexto da contrarreforma do Estado e os desafios para o enfrentamento do HIV/Aids**

Entendendo que nossa preocupação de estudo situa a profissão e, portanto, as demandas, respostas profissionais e a relativa autonomia em um contexto de retirada de direitos sociais, faz-se relevante aprofundar o debate acerca da atual conformação da política de saúde na particularidade do atendimento das pessoas vivendo com HIV/Aids, cuja estruturação sofre rebatimentos da atual configuração do SUS.

A política de saúde brasileira é considerada a área que obteve os mais significativos avanços constitucionais, em contrapartida, também vem sofrendo os efeitos do ajuste estrutural e a contrarreforma do Estado que se aprofundam desde o governo de Fernando Henrique Cardoso- FHC (1995- 2003) que já apresentava em sua plataforma governamental uma proposta de desmonte da saúde pública.

O Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRE)<sup>27</sup>, do governo FHC, situava a saúde como área não exclusiva do Estado, dando abertura para

---

<sup>27</sup>O Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), foi elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado (MARE) e aprovado pela Câmara da Reforma do Estado em setembro de 1995, em seguida submetido e aprovado pelo então presidente da República Fernando Henrique Cardoso.

prestação de serviços de saúde por organizações sociais (SOARES, 2010). O Estado passa a assumir e operacionalizar as políticas sociais de forma fragmentada, emergencial, focalizadas, em parceria com o setor privado (CASTELO, 2013).

Essas indicações apontam para o avanço do projeto privatista, que desde os anos 1990 vem ganhando espaço no confronto direto com o Projeto da Reforma Sanitária brasileira<sup>28</sup>. Tem-se evidenciado que a hegemonia do projeto privatista na saúde vem efetivando propostas do Banco Mundial<sup>29</sup>, que incluem a focalização em detrimento da universalização do acesso; contratação de mão de obra desqualificada; desresponsabilização do Estado e responsabilização da sociedade civil, descentralização da assistência retirando a responsabilidade do nível central (SOARES, 2010).

O Ministério da Saúde e o Banco Mundial firmaram uma parceria que permitiu imprimir

[...] “inovações” e modificações no interior da política de saúde que giram, em torno das medidas de focalização dos serviços de saúde na pobreza, desresponsabilização do Estado e responsabilização da sociedade civil, priorização dos considerados serviços essenciais, e os serviços não essenciais ou de relação custo-benefício inadequada deveriam ser adquiridos via mercado ou taxações específicas (SOARES, 2010, p. 50).

Tal processo é contínuo, e a partir dos anos 2003, os governos da era petista<sup>30</sup>, mantiveram a orientação da política econômica e restrição nos gastos públicos, sustentando a tendência da mercantilização, focalização da pobreza e descentralização na aplicação das políticas sociais<sup>31</sup> (IAMAMOTO, 2015).

---

<sup>28</sup> Movimento instaurado na década de 1970, cuja principal proposta é “[...] a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nesta direção ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS em consonância com os princípios da intersectorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado”(CFESS, 2009, p. 11).

<sup>29</sup> Ao longo dos anos 1990, o Banco Mundial como ator político e intelectual legitima o ajuste estrutural, ou seja, passa a ser uma “[...] instituição estratégia de produção e reprodução da racionalidade da contrarreforma dos Estados a nível mundial” (SOARES, 2010, p. 50)

<sup>30</sup> Governos Lula: janeiro de 2003 a janeiro de 2011, e Dilma Rousseff: janeiro de 2011 a agosto de 2016 quando sofreu processo de impeachment.

<sup>31</sup> Importa destacar que algumas singularidades marca esses governos: “[...] o início de outra processualidade histórica, desta feita, qualificada como meio de enfrentamento à crise do capital financeiro, revelando um novo *projeto e processo de restauração do capital*, agora legitimado e conduzido por novos protagonistas: os governos de centro esquerda latino-americanos. (MOTA, 2012, p. 33, grifo originais). A autora faz referencia aos projetos de corte social-liberal e novo-

O discurso governamental atribui os problemas no âmbito do SUS como de gerenciamento, desta feita as estratégias têm sido a ampliação dos modelos de gestão para a saúde com a criação e expansão das Organizações Sociais (OSs)<sup>32</sup>; Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs)<sup>33</sup>; e avança com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)<sup>34</sup>. Esses são alguns exemplos que evidenciam, a lógica privada influenciando o público (BRAVO; MENEZES, 2013).

Serpa (2009, p. 158), indica,

[...] um elemento que assume uma conotação de “inovação” [...] que, talvez seja o seu diferencial em relação a tantas outras tentativas de reforma administrativa. Esta reforma gerencial teve como missão incorporar ao serviço público a lógica racionalizadora de eficiência e produtividade do setor privado.

Conduzida por essa lógica privatizante, é apontado um terceiro projeto em disputa no âmbito da saúde, chamado o *SUS possível* (SOARES, 2010) ou Reforma Sanitária Flexibilizada (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018) que se consolida nos governos petistas. Esse terceiro projeto é,

[...] pautado por arranjos institucionais, mecanismos gerenciais e responsabilização dos profissionais para a adequação da política de saúde às exigências de uma política de rebaixamento da proposta inicial do Projeto da Reforma Sanitária, mesmo que isso envolva concessões que contrariam os interesses dos trabalhadores e o pleno usufruto do direito à saúde (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018, p. 10).

A parceria com a iniciativa privada, com organizações não governamentais e a criação das organizações sociais, insere no serviço público a lógica da produtividade, e também da lucratividade. Para tanto, reeditam-se antigas estratégias gerenciais visando a eficiência administrativa e redução com os custos da força de trabalho e dos serviços prestados (SERPA, 2009).

---

desenvolvimentismo, cujas bandeiras agrupavam crescimento econômico com desenvolvimento social (MOTA, 2012).

<sup>32</sup>Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998 que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do programa nacional de publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.

<sup>33</sup>Lei nº 9.790, de 23 março de 1999. Dispõe sobre a qualificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público, institui e disciplina o Termo de Parceria, e dá outras providências.

<sup>34</sup>A EBSERH foi criada pela Lei n.12.550 de 15 de dezembro de 2011, empresa pública de direito privado, criada para reestruturar os hospitais universitários.

Como destaca Soares (2010), isso reflete a necessidade de supercapitalização e expansão do capital portador de juros que torna as políticas sociais um espaço de lucratividade e hegemonia política do grande capital. Para isso, a política de saúde perde seu caráter universalizante, tornando-se uma política pobre para os pobres, desconstruindo o referencial de saúde pública conquistado na década de 1990 através do Movimento de Reforma Sanitária brasileira.

Portanto, o processo em curso de desestruturação de saúde pública, se expressa na incorporação limitada dos princípios que fundam e organizam o SUS, identificam-se a centralidade em ações curativas, déficit no orçamento, reorganização de ações e serviços, burocratização dos atendimentos, além das mudanças nas estruturas e processo de trabalhos. Isso reflete diretamente no atendimento às necessidades dos usuários e no enfrentamento de diversos tipos de patologias, algumas das quais têm sido alvo de estudos e iniciativas continuadas, tendo em vista, que apesar de todos os avanços registram índices altos de infecções<sup>35</sup>, como é exemplo, o HIV/Aids.

As iniciativas de enfrentamento ao HIV/Aids se relacionam com a história política, econômica e social da conjuntura brasileira, o que significa dizer, que as respostas aos casos da doença também sofrem os impactos do processo de contrarreforma do Estado e as ofensivas neoliberais na saúde pública e, portanto no SUS. Visto que, conforme destacam, Nemes e Scheffer (2016) o principal pilar de sustentação de enfrentamento e combate ao HIV/Aids no país é o SUS, e seus princípios de universalidade e equidade, cujas bases foram lançadas no início da epidemia.

Nesse sentido, embora tenha havido muitos avanços relacionados ao enfrentamento do HIV e da Aids no país, dos quais cabe destacar: a criação de um Programa Nacional de Aids (PN/DTS/Aids)<sup>36</sup>, e um leque de conquistas em termos de legislações específicas para as pessoas vivendo com HIV/Aids, dentre elas a lei 9.313/96, que dispõe sobre a distribuição gratuita e universal de medicamento, os

---

<sup>35</sup>Evidenciamos também a retomada do crescimento de doenças como dengue, tuberculose, febre amarela, sarampo, malária. Preocupante também é o aumento da mortalidade infantil que vinha apresentando queda por 13 anos consecutivos voltou a crescer em 2016. O número de crianças entre um mês e quatro anos aumentou 11% em relação a 2015. Para os analistas esse aumento tem relação direta com o encolhimento de programas sociais de assistência a saúde das mães e desenvolvimento das crianças até os primeiros anos de vida com o corte expressivo para essas áreas (RADIS, 2018).

<sup>36</sup> O Programa Nacional de Aids (PN/DTS/Aids) foi instituído pela portaria 236 do Ministério da saúde, de 02 de maio de 1985, consolidado em 1988.



antirretrovirais (ARV), para o tratamento das pessoas vivendo com HIV/Aids (PARKER, 1997), “as respostas à AIDS no Brasil, enfrenta hoje grandes desafios” (NEMES; SCHEFFER, 2016, p. 34).

A intensificação das ideias neoliberais vem provocando desafios para o Programa Nacional de Aids, ainda que esse tenha sido criado no contexto neoliberal, a atual conjuntura regressiva vem comprometendo em maior intensidade o enfrentamento da doença no país.

Cabe destacar que dentre os programas que passaram a ser financiados pelo Banco Mundial, está o Programa Nacional de HIV/Aids, os acordos iniciaram-se no ano de 1993, e resultaram em três projetos: “Projeto AIDS I” (período de 1994 a 1998) priorizou a implantação, bem como a estruturação de serviços assistenciais, (PARKER, 2003). O “Projeto AIDS II” (período de 1998 a 2003) objetivou reduzir a incidência de novos casos, melhorar e expandir a qualidade do diagnóstico e tratamento das pessoas com DST/HIV/AIDS (SOUTO, 2003, *apud* VILLARINHO et al, 2013). O “projeto AIDS III” (período de 2003 a 2006) tinha como objetivos, aprimorar os processos de gestão nas três esferas de governo, e também na sociedade civil organizada; desenvolvimento científico e tecnológico; ampliação do acesso ao diagnóstico precoce e a melhoria da qualidade da atenção às DST/Aids oferecida pelo SUS (FONSECA, 2005, *apud* VILLARINHO et al, 2013).

Estes investimentos tinham uma moldura de implementação que incluía apoio substantivo a organizações da sociedade civil envolvidas com atividade de educação e prevenção, assim como estruturas de participação e controle social. Não é trivial que essas definições de política tenham sido tomadas num contexto mais amplo em que já prevalecia a lógica neoliberal para políticas sociais (focalização, privatização e pacotes básicos) (CORREIA, 2016, p. 10).

É importante acrescentar que uma das diretrizes impostas pelo Banco Mundial para tal financiamento, era o incentivo à aproximação entre governo e ONGs/Aids<sup>37</sup>, o que, de acordo com Matos (2001, *apud* PEREIRA; NICHIIATA, 2011) representou, em mecanismo de cooptação e controle do protagonismo reivindicatório característicos das ONGs/Aids da década de 1980, uma vez que,

---

<sup>37</sup>As organizações Não Governamentais – ONGs/Aids tiveram papel fundamental nas repostas de enfrentamento a doença no contexto brasileiro. Nos anos 1980, o caráter reivindicatório característicos dessas organizações contribuíram para as repostas de prevenção e tratamento, inicialmente recusadas pelas autoridades de saúde brasileira (GALVÃO, 1997).

inúmeras outras organizações surgem com objetivos de obter financiamentos, muitas delas desprovidas de organização política.

O que se atesta atualmente, é que as respostas das políticas brasileiras ao HIV e a Aids apresentam déficits flagrantes, tanto para a prevenção quanto na assistência. As organizações da sociedade que historicamente desempenharam um papel crucial para o enfrentamento da doença no país, experimentam dificuldades de sustentabilidade financeira. A incorporação de inovações tecnológicas em HIV, sobretudo no campo da prevenção não se ocorreu como desejado (CORRÊA, 2016).

Ainda de acordo com Corrêa (2016), desde 2006 o processo de descentralização no âmbito da saúde, e adoção de legislação municipal que permite a contratação de “organizações sociais” como prestadores de serviços de saúde, prejudicou drasticamente as ações de prevenção do HIV/Aids.

Algumas dificuldades como a falta de atenção do sistema de saúde, têm sido atribuídas a essa modalidade de gestão privada dos serviços, que também apresenta pouca transparência na prestação de contas, além de controle e fiscalização no uso dos recursos (NEMES; SCHEFFER, 2016, p. 38).

Para Corrêa (2016), os programas de prevenção e de atenção primária, na qual ocorrem a detecção precoce, prevenção e a educação em saúde, importantes no enfrentamento ao HIV/Aids, têm sido o alvo principal desse processo de desorganização do SUS.

Outro agravante está na centralidade de ações curativas e biomédicas no controle da doença, próprias da lógica privatista. Para Seffner e Parker (2016), os avanços na terapêutica de tratamento devem ser saudados, contudo, este vem produzindo o estreitamento nas respostas a nível nacional, uma vez que as iniciativas têm sido marcadas por uma compreensão biomédica da doença, focando o enfrentamento na ênfase do “testar e tratar”, que apresenta um modelo único, ao considerar a sociedade brasileira e os indivíduos como idênticos.

Para Corrêa (2016), se as respostas até os anos 1990 avançaram no sentido da perspectiva de direitos humanos e não discriminação, na cena atual, vivencia-se/presencia-se uma expansão de visões conservadoras e moralistas em relação a gênero, sexualidade e família.

É importante salientar que as visões conservadoras sempre acompanharam o enfrentamento da Aids no país<sup>38</sup>, contudo, a autora chama atenção para as tendências regressivas em andamento no Brasil, que resultam do poder acumulado pelas forças religiosas dogmáticas que ganham espaço na política eleitoral brasileira e, conseqüentemente, nas tomadas de decisões no poder executivo e legislativo. Os impactos negativos para as políticas públicas, dentre elas, saúde e direitos reprodutivos, HIV/AIDS, e educação em sexualidade, são muitos,

Em 2011, a presidência da república suspendeu a distribuição na rede pública de educação de um kit de vídeos educativos sobre diversidade sexual. No início de 2012, o *spot* da campanha de prevenção do HIV para o carnaval voltado para os jovens HSH [homens que fazem sexo com homens] foi censurado pelo ministro da saúde. Em 2013, uma campanha de prevenção do HIV entre prostitutas foi censurada [...]. Em 2015 um projeto de lei de criminalização da transmissão do HIV de 2001, foi desarquivado e começou a tramitar de maneira acelerada. Sua aprovação foi contida pela mobilização da sociedade civil brasileira e de atores institucionais nacionais e internacionais comprometidos com a pauta de HIV e direitos humanos (CORRÊA, 2016, p. 14-15)

A despeito de tais constatações, evidenciamos o agravamento através de “ato neoliberal extremado” (CORRÊA, 2016, p.16) tomado no governo interino de Michel Temer. Os documentos divulgados em 2015 e 2016, que anunciam as ações governamentais pós golpe jurídico parlamentar, como “Agenda Brasil”, “Ponte para o Futuro” e “Travessia Social”(expressão da política social do programa Uma Ponte para o Futuro)<sup>39</sup> apontam para a aceleração e intensificação de medidas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro, conformando uma nova fase de contrarreformas estruturais em que os direitos dos trabalhadores são duramente atacados (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

---

<sup>38</sup>A concepção popular da Aids, e as iniciativas governamentais estiveram quase sempre baseadas em distorções e desinformação “[...] uma doença diferente de outras doenças, cujos doentes são diferentes de outros doentes” (DANIEL; PARKER, 1991, p.20). Caracterizada inicialmente como uma doença de homossexuais da elite brasileira, a Aids começou a tomar forma como uma doença de classes mais carentes. Não tardou para que a imagem da doença ligada a homossexuais de classe média fosse sendo substituída por um novo elenco na imaginação popular: a imaginação social e moral ligada à doença expande-se para “prostitutas”, prisioneiros, travestis, crianças de rua, usuários de drogas, todos tornaram-se parte de uma visão de perigo por extensão da Aids. “Dessa forma a AIDS emergiu, por exemplo, como uma evidencia disponível para a legitimação da opressão sobre grupos já estigmatizados” (Ibidem, p. 22).

<sup>39</sup>Documentos disponíveis para acesso no acervo da Fundação Ulysses Guimarães, disponível em: <https://www.fundacaoulysses.org.br/blog/acervo/>.

Em linhas gerais, os três documentos citados indicam medidas de corte nas políticas sociais públicas e incentivo ao setor privado, cujas propostas partem da necessidade de maior desvinculação de Receitas da União conforme sinalizado no documento “Agenda Brasil”. A ampliação do ajuste fiscal para melhorar o crescimento econômico, indexações, sejam para salários, benefícios previdenciários etc., para viabilizar uma maior e mais efetiva participação do setor privado, seja na construção de infraestrutura, seja na abertura do mercado externo, e ainda romper com as vinculações constitucionais, como no caso da saúde e educação, são propostas sinalizadas no documento “Ponte para o futuro” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018)

Conter a inflação e realizar o ajuste fiscal, o que exige cortes nos gastos sociais; ênfase na formação técnica para a educação, particularmente em relação a saúde, a ênfase no gerencialismo, considerando como problema do SUS a má gestão; a necessidade de focalização na parcela que não pode pagar planos privados de saúde; e o estímulo ao aumento de cobertura dos planos privados são indicativos da “Travessia Social” (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018)

Medidas direcionadas especificamente para o setor da saúde revelam a primeira iniciativa concreta desses ajustes, que foi a aprovação da Emenda Constitucional -EC 95/2016, que congela investimentos do governo em áreas como saúde, educação e assistência social por 20 anos<sup>40</sup>. Em estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) calcula-se que a perda de recursos federais destinado ao SUS nesse período de 20 anos é de aproximadamente R\$ 654 bilhões de reais (com crescimento real do PIB de 2,0% ao ano). Utilizando uma estimativa de crescimento maior (3% ao ano), a perda chega a R\$ 1 trilhão. Isso significa que quanto melhor for o desempenho da economia, maior será a perda de recursos para a saúde (VIEIRA; BENEVIDES, 2016).

As iniciativas intransigentes do governo Temer têm aprofundamento o desemprego estrutural, a perda de direitos, a intensificação do trabalho precarizado, a criminalização da pobreza e militarização da vida social e o desmonte das políticas sociais, em que a saúde tem sido uma das mais afetadas. A contenção na alocação

---

<sup>40</sup>O enxugamento dos recursos destinados as políticas sociais públicas, se destina a atender os interesses do grande capital financeiro, cujo pagamento da dívida pública (interna e externa) é o desencadeador direto desse processo (BEZERRA; ARAÚJO, 2007, p. 192).

de recursos destinados as políticas sociais tem provocado o sucateamento dos serviços, e de forma geral,

[...] se torna concreta no cotidiano de quem busca os serviços públicos, particularmente a saúde, onde o quadro de precariedade se faz sentir pela ausência de produtos elementares para os procedimentos mais simples; de profissionais de diversas áreas; de equipamentos, seja pela falta de manutenção, seja pela inexistência ou pelo número inferior à demanda do setor (BEZERA; ARAÚJO, 2007, p. 190).

Isso indica para as respostas ao HIV/Aids,

Que não haverá melhoria significativa e sustentada do contínuo cuidado em HIV sem recursos adicionais que possibilitem o incremento da qualidade e da integração em rede de todos os níveis de serviços de saúde para que possam, inclusive, absorver adequadamente o expressivo aumento do número de pacientes, impulsionado pela condição crônica da Aids e pelos protocolos de tratamento como prevenção que preconizam a ampliação do acesso ao diagnóstico e o início imediato da terapia antirretroviral (NEMES; SCHEFFER, 2016, p. 38).

A tendência que se fortalece é que o SUS, do qual depende a sustentação da assistência e tratamento em AIDS, enfrenta a diminuição de recursos públicos, deficiências na rede assistencial e ambulatorial, inadequada qualificação de profissionais, que soma-se à escassez de funcionários, sobretudo médicos especialistas, que têm se afastado das estruturas de saúde pública, a maioria delas superlotadas e com precários vínculos de trabalho e remuneração (NEMES; SCHEFFER, 2016).

Por outro lado, no que se refere às ações/iniciativas que versam sobre o controle da doença, algumas medidas referentes a teste e prevenção foram implantadas ao longo do ano de 2017, das quais podemos destacar a aprovação e liberação pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do autoteste para detectar HIV, passível de críticas.

O teste passou a ser vendido nas farmácias e drogarias, tendo 99,9% de sensibilidade e efetividade<sup>41</sup>. Um ponto importante que precisa ser mencionado acerca do autoteste é quanto à orientação adequada. O infectologista Artur

---

<sup>41</sup>Contudo a presença do vírus só pode ser indicada trinta dias após a exposição (período em que ocorre a chama janela imunológica, que é o período de tempo decorrido entre a infecção pelo vírus e a primeira detecção de anticorpos) (Ibidem).

Timerman afirma que todo exame precisa ser acompanhado e interpretado por um médico e que já viu casos de pessoas que se suicidaram por resultados falso-positivo (RADIS, 2017a). Nesse sentido, faz-se necessário destacar que os testes para HIV são realizados nas Unidades Básicas de Saúde e nos Centros de testagem e Acompanhamento (CTA), rede pública de saúde responsável pelo devido encaminhamento aos centros especializados de assistência e tratamento.

Quanto as formas de prevenção, incorporou-se um novo método complementar que começou a ser oferecido na rede pública para a população em maior risco, trata-se da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) que consiste no uso diário de um medicamento- o Truvado- visando prevenir a infecção pelo vírus. A PrEP se soma agora ao uso da camisinha, principal método de prevenção as ISTs<sup>42</sup>, e à Profilaxia Pós-Exposição - PEP que é um medicamento tomado 72h após a exposição, visando diminuir os riscos da infecção. A estratégia será oferecer o medicamento de uso preventivo a populações consideradas mais vulneráveis ao HIV. Dentre essa população estão: profissionais de saúde; homossexuais, homens que fazem sexo com outros homens; pessoas trans e casais sorodiscordantes (quando um do parceiros é soropositivo e o outro não) (RADIS, 2017b).

Restrito a grupos mais vulneráveis ao vírus, a PrEP reacende o debate sobre a necessidade de superar a ideia de “grupos ou populações de risco”<sup>43</sup>. Para Beatriz Grinstejin, médica, chefe do laboratório de pesquisa Clínica em IST/Aids do Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas, no Rio de Janeiro, pessoas sob risco não caracterizam grupos de risco, mas sim pessoas que em determinado momento têm um comportamento que leva a uma maior exposição ao HIV” (RADIS, 2017b, p. 27).

Já para Veriano Terto Jr, vice presidente da Associação Interdisciplinar de Aids (ABIA), a classificação de “grupo ou população de risco” pode ser um retrocesso quando limita o potencial de risco para o HIV, ao não considerar outras dimensões da vida, como a situação social, econômica, cultural das pessoas. “São

---

<sup>42</sup>O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais passou a usar, no final do de 2016, a nomenclatura “**IST**” (Infecções Sexualmente Transmissíveis) no lugar de “DST” (Doenças Sexualmente Transmissíveis). De acordo com o referido Departamento, a nova denominação é uma das atualizações da estrutura regimental do Ministério da Saúde por meio do pelo Decreto nº 8.901/2016. A justificativa consiste em que “a denominação ‘D’, de ‘DST’, vem de doença, que implica em sintomas e sinais visíveis no organismo do indivíduo. Já ‘Infecções’ podem ter períodos assintomáticas (sífilis, herpes genital, condiloma acuminado, por exemplo) ou se mantém assintomáticas durante toda a vida do indivíduo (casos da infecção pelo HPV e vírus do Herpes) e são somente detectadas por meio de exames laboratoriais”, explicou a diretora do Departamento, Adele Benzaken (BRASIL, 2016).

<sup>43</sup>A discussão de “grupos de risco” aprofundada no subitem a seguir.

um retrocesso quando não permitem ver os cidadãos em sua completude [...] deixam de lado os diferentes aspectos individuais e coletivos que conformam uma pessoa” (RADIS, 2017b, p. 27).

Dado os retrocessos no âmbito da saúde, e as iniciativas no enfrentamento ao HIV/Aids, pondera-se que o contexto é desafiador, tanto para os usuários, quanto para os profissionais que atuam na linha de ponta dessa política.

Se as condições de trabalho, as ações, os serviços, o acesso a medicamentos já vinham sofrendo ataques com a falta de recursos para a saúde, particularmente no âmbito do controle e tratamento ao HIV/Aids, cuja doença vem avançando entre os setores de menor poder aquisitivo, residentes em regiões menos assistidas pelos serviços, o atual contexto aponta para consequências irremediáveis para quem tem tido seus direitos violados, dentre eles, o de uma saúde pública, de qualidade e universal.

Avaliamos ademais, que as condições sociais, econômicas, políticas e culturais dos indivíduos, suas vivências cotidianas, condições salariais, tipo de moradia, acesso aos serviços de saúde, esclarecimentos seguros acerca da prevenção das IST/Aids, são variáveis importantes na propagação de determinados vírus, a exemplo do HIV. Não obstante, tais fatores contribuem para que a infecção pelo HIV progrida para a Aids em um menor espaço de tempo.

De acordo com Bastos e Szwarcwald (2000) as variáveis sociais determinam alterações na ecologia das doenças infecciosas. Extratos mais pobres e menos assistidos se tornam mais susceptíveis à difusão de determinados agentes por razões, tanto biológicas (baixa imunidade) como sociais. Tais indivíduos se deparam com indisponibilidade de recursos essenciais à prevenção; dificuldades de acesso a serviços de tratamento; demandas menos atendidas, residência em locais com precária infraestrutura; desemprego, fome, obstáculos de acesso a informações, baixa escolaridade, são alguns exemplos.

Portanto, o avanço da doença, sobretudo com o processo de interiorização e pauperização, tem demandando novos desafios no controle e manejo do HIV/Aids. Apesar das conquistas no âmbito do enfrentamento da doença registradas no contexto brasileiro, o HIV e a Aids continuam avançando, sobretudo em extratos mais pobres e menos assistidos em vários aspectos da vida social. Nesse sentido, faz-se necessário, pontuarmos a seguir, alguns aspectos do atual perfil da doença

no contexto brasileiro destacando o processo de interiorização e pauperização do HIV/Aids de forma a abordar a complexidade da doença.

### **3.3.1 O perfil da epidemia de HIV/Aids no contexto brasileiro: a interiorização e pauperização em destaque**

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida- AIDS, “[...] é uma doença de contornos biológicos já bastante definidos. Mas ela é também, como qualquer outro agravo de saúde, uma questão altamente complexa de ordem social, política, cultural e econômica” (SEFFNER; PARKER, 2016, p, 24). Tais fatores influenciam na propagação da doença, nas respostas de enfrentamento (que incluem serviços e profissionais), no acesso aos medicamentos, na eficácia dos resultados, dentre outros.

Inevitavelmente, a AIDS é uma epidemia mundial e em toda a parte é a mesma epidemia. Mas, ainda mais inegável, em cada parte a AIDS tem uma especificidade ligada a determinações culturais que fazem com que em cada país a AIDS tenha a cara do meio onde cresce (DANIEL, 1991, p. 35).

No Brasil, as primeiras notificações da doença, na década de 1980, foram registradas em pessoas que mantinham relações homossexuais, de alto poder aquisitivo e nível de escolaridade elevado. Aqui, como em certas partes da Europa e dos Estados Unidos, a epidemia tomou forma no imaginário social, como uma espécie de “peste gay” ou “câncer gay”. Associada à vida de alguns indivíduos viajantes e ricos, até mesmo pelos responsáveis de saúde pública, como uma doença que atingia apenas uma elite limitada, requerendo pouca atenção, ações e alocação de recursos financeiros governamentais (DANIEL; PARKER, 1991).

Ainda na década de 1980 a concepção da epidemiologia da Aids como uma doença homossexual se torna absolutamente insustentável<sup>44</sup>, apesar de continuarem a contribuir com o aumento da doença, esses casos constituíram menos da metade dos notificados no total. Os números de casos ligados a contatos bissexuais, heterossexuais, transfusões de sangue contaminado e hemoderivados

---

<sup>44</sup>Contudo, estigmas ligados a visão da Aids como doença homossexual continuaram a ter efeitos na modelação de respostas à epidemia (DANIEL; PARKER, 1991).



emergiram rapidamente como fatores significativos no crescimento da doença no contexto brasileiro (DANIEL; PARKER, 1991).

Também caracterizada como uma doença da elite, a Aids logo começou a tomar forma como uma doença de classes mais carentes. Não tardou para que a imagem da doença ligada a homossexuais de classe média fossem sendo substituída por um novo elenco na imaginação popular: a imaginação social e moral ligada a doença expande agora para “prostitutas”, prisioneiros, travestis, crianças de rua, usuários de drogas, todos tornam parte de uma visão de perigo por extensão da Aids (ibidem).

Gerou-se um consenso em torno da doença e dos infectados atribuindo estes indivíduos ao chamado “grupo de risco”. “O consenso que se tinha era de que estes indivíduos pertenciam a um “grupo de risco” devido ao seu modo de vida e, por isso, mais propensos a ser infectados” (GUEDES, 2010, p. 21). Essa visão trouxe inúmeras consequências para o enfrentamento da doença, gerando preconceitos, estigmas, exclusão social, e ações focalizadas e seletivas.

Na prática focalizada em segmentos específicos, o restante da população foi deixado de lado, ainda que também estivesse exposto ao risco. Muito se atribuiu o crescimento rápido do número de casos na realidade brasileira devido à restrição do Estado, à época, em não atuar no conjunto da população com ações de prevenção e promoção (GUEDES, 2010, p. 22).

Daniel (1991) aponta dois aspectos relevantes, quando analisa o quadro da Aids na década de 1990. Primeiro, relaciona-se à massificação da epidemia, o crescimento do número de casos passa a criar situações complicadas para atender aos doentes. Em segundo lugar, e relacionado ao primeiro aspecto, existe uma pauperização crescente da massa dos doentes de Aids. Estamos em um país que a maioria da população é de baixa renda e desassistida, é inevitável que esta população seja fonte do aumento do maior contingente de doentes de Aids no país, “[...] onde os pobres morrem mais que os ricos, e vão morrer de AIDS muito mais depressa do que os ricos” (Ibidem, p. 51).

Além disso, pesquisas destinadas a investigar as origens sociais dos doentes de AIDS e o perfil sociológico da epidemia demonstraram claramente o grau em que o crescimento da AIDS efetivamente atravessava os limites de classes e status social, tirando talvez maior contingente de afetados nos segmentos mais pobres da sociedade brasileira (DANIEL; PARKER, 1991, p 18).

Nisso, conforme aponta Guedes (2010, p. 24) “ao final dos anos 1980, o perfil epidemiológico da Aids continuou em constante transformação, avançando nas camadas empobrecidas da população revelando a característica da pauperização da epidemia [...]”. No início dos anos 1990, além pauperização, o HIV/Aids “[...] também passou a apresentar a característica de interiorização, deixando o eixo das metrópoles e evidenciando o perfil não de grupo ou comportamento de risco, mas de vulnerabilidade social” (Ibidem, p. 30). O atual perfil da doença também inclui feminização, juvenilização e o envelhecimento (SANTOS, 2005).

Com a vulnerabilidade, desloca-se a questão do risco, cunhado nas expressões “grupo e comportamento de risco” e volta-se as práticas para fazerem mediações que identifiquem as causas histórico-estruturais que levam à situação de vulnerabilidade das pessoas ao HIV, pois, mais que uma doença, a aids configura-se em um fenômeno social amplo, que envolve questões como sexualidade, uso de drogas injetáveis, discriminação ao doente de aids, acesso ao cuidado, dentre outras (GUEDES, 2010, p.31).

Dessa forma, segundo as análises da autora, a “vulnerabilidade coloca a transmissão da Aids em um patamar mais social do que individual [...]” (ibidem, p. 32). Para Santos (2005, p. 39) “[...] leva à compreensão de que a epidemia apresenta mais ocorrência nos grupos que estão à margem do usufruto da riqueza produzida no país. São aqueles que não têm acesso à saúde, à educação, à moradia, à alimentação etc.

Isso se torna relevante quanto à análise das características de pauperização e interiorização da doença no contexto brasileiro. Destarte, que as transformações do perfil epidemiológico do HIV/Aids ao longo dos trinta anos no Brasil, passaram a demandar um conjunto de ações de prevenção voltadas para as diversas regiões do país, uma vez que o aumento da incidência/avanço de casos, se relacionam com um contexto de precarização das condições de trabalho e desemprego estrutural, que tem levado ao crescimento da pauperização absoluta e relativa<sup>45</sup> da população

---

<sup>45</sup> “[...] a pauperização da classe trabalhadora pode ser absoluta ou relativa. **A pobreza absoluta** é um conceito equivalente ao que se denomina pobreza extrema, ou seja, o aviltamento das condições materiais de sobrevivência de um ser humano ou de sua família. Neste caso, a medição é realizada por meio da renda auferida pelo trabalhador (renda do trabalho) ou pela renda da família (preferencialmente a renda *per capita*), avaliando-se em que medida estes sujeitos conseguem adquirir a cesta básica de consumo para satisfação de suas necessidades imediatas. Já **a pobreza relativa**, [...] se refere a um padrão de consumo mais elevado do que a pobreza absoluta e pode ocorrer mesmo diante de algumas melhorias nas condições gerais de vida do trabalhador. Porém, mesmo com tais melhorias, os sujeitos não conseguem “usufruir do padrão de vida médio da população em determinado espaço geográfico” (IBGE, 2011, p.71). Assim como a pobreza absoluta, a

(NETTO, 1996). Portanto, a pauperização e interiorização da Aids está ligada diretamente à pauperização da classe trabalhadora.

As condições precárias da classe trabalhadora, que se expressam no desemprego estrutural, em jornadas excessivas de trabalho, empregos precários, na falta habitação, alimentação, vestuário, lazer, educação, dentre outros, são fatores determinantes para o surgimento e proliferação de epidemias.

O grau de escolaridade, por exemplo, “[...] tem sido bastante utilizado como indicador do nível socioeconômico dos indivíduos e seu impacto sobre a saúde” (FONSECA; SZWARCOWALD; BASTOS, 2002, p. 679). No caso específico do HIV/Aids, ainda que com restrições<sup>46</sup>, a condição de pauperização da Aids, é apontada nos estudos, a partir do avanço da doença em pessoas de baixa escolaridade.

Quando analisamos no Boletim Epidemiológico HIV/Aids<sup>47</sup>, os casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) de 2007 a 2018, segundo a escolaridade, notamos um percentual que inclui dos analfabetos aos que completaram o ensino Fundamental que representam juntos **41, 3%** dos casos. Já as categorias, Médio Incompleto e Médio completo por **37, 6%**. E os níveis, Superior incompleto e Superior completo respondem por **21,2%** (BRASIL, 2018).

Mesmo que em todas as categorias de nível de escolaridade apresentem números significativos, nota-se que os níveis de baixa escolaridade respondem pela maioria dos casos notificados. Há, portanto uma nítida inversão da incidência de Aids por grau de escolaridade em relação aos casos identificados no início da epidemia, o que reforça, o processo de pauperização da doença.

Para Franco (2010, p.154), emerge da análise dos dados sobre o avanço da doença entre as pessoas de baixa escolaridade,

---

mensuração da pobreza relativa se realiza através da renda do trabalho ou da renda per capita, tendo em vista que a capacidade de consumo desses sujeitos depende exclusivamente da renda auferida pela venda de sua força de trabalho [...] a renda da classe trabalhadora é auferida pelo salário, seja pelo salário formal ou pela renda do trabalho informal”. (MEIRELLES, 2015, p. 68 grifos nossos).

<sup>46</sup>Faz-se relevante destacar ainda das análises do autor, o argumento segundo o qual o preenchimento dos formulários de notificações necessita de maiores cuidados, assim como de maiores critérios que apresente maior clareza sobre as condições socioeconômicos dos casos de sorologia positiva ao HIV/Aids. E alerta: “os próprios dados do Ministério da Saúde nadam na contracorrente dos discursos oficiais de controle da pandemia de AIDS” (FRANCO, 2010, p 157).

<sup>47</sup>Em que pesem as subnotificações e/ou o atraso das notificações, são os dados divulgados anualmente pelo Ministério da Saúde através do Boletim Epidemiológico HIV/Aids que servem de referencia para estudos sobre a incidência da doença em âmbito nacional.

[...] a certeza de que hoje o HIV/AIDS se alastra sem controle nos segmentos mais excluídos da sociedade brasileira. Afinal, o nível de escolaridade, de acesso ao conhecimento, é diretamente atrelado à capacidade socioeconômica de cada classe social. [...] isto tem relação direta com a lógica desigual de distribuição de renda, ou seja, o nível de frequência escolar aumenta conforme vai crescendo o rendimento familiar.

A sociabilidade do capital e sua lógica excludente, é fator determinante ao não acesso aos níveis mais altos de escolaridade, colaborando diretamente para situações de pauperismo, que atrelados a falta de informações seguras potencializam a vulnerabilidade social, tornando as condições de vida ainda mais precarizadas, na qual se inclui, o não acesso ao trabalho, à educação e saúde. Tendo a região nordeste do país apresentado significativos indicadores que revelam essa realidade social (FRANCO, 2010).

A variável territorial, que sinaliza o processo de interiorização da doença, também é demonstrada através dos dados quantitativos do Boletim Epidemiológico HIV/Aids. O mais recente aponta, que de 2007 até junho de 2018, foram notificados no Sinan 247.795 casos de infecção pelo HIV no país. Distribuídos por regiões, constata-se que 117.415 (47,4%) foram notificados no Sudeste, 50.890 (20,5%) na região Sul, 42.215 (17,0%) no Nordeste, 19.781 (8,0%) no Norte, e 17.494 (7,1%) no Centro-Oeste (BRASIL, 2018).

Ainda que os números mostrem uma concentração maior na região sudeste<sup>48</sup> – as taxas de incidência revelam importante disseminação geográfica do HIV/Aids, em que se inclui a região nordeste. Conforme revelam os dados, nessa região de 2006 para 2016 as notificações cresceram de 11,2 % para 15,2% (BRASIL, 2017a), e de 2017 para 2018 saltou de 7,4 % para exatos 8,0% (BRASIL, 2018).

Particularmente o Estado da Paraíba, também vem apresentando tendência linear de crescimento da taxa de detecção conforme demonstram os dados por ano de diagnóstico<sup>49</sup>: de 1980-2004 (2.678 casos); de 2005-2010 (2.296); de 2011-2017

---

<sup>48</sup> Quando analisamos a tabela dos Casos de HIV notificados no Sinan, segundo UF e região de residência de 2007 a 2017, notamos que o Estado de São Paulo apresenta, 64176 casos, e o Rio de Janeiro 16396. Na região sul, o Rio Grande do Sul também apresenta um grande quantitativo de notificações, 18.901. Na região nordeste, o maior número é registrado no Estado da Bahia, com 7872 (BRASIL, 2017a).

<sup>49</sup> Dados notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) declarados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Informação de Exames Laboratoriais (SISCEL) e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM).

(3.406) e 2018 dados correspondente até junho (211 casos de Aids) (BRASIL, 2017a, 2018).

Uma vez que há importante ligação entre comunidade geográfica, áreas mais pobres e agravamento à saúde, e tendo a região Nordeste um grande percentual de desigualdade social, as enfermidades tendem a prevalecer e se difundir mais rapidamente, favorecidas pela falta de ações de prevenção, e escassos serviços de tratamento. Dessa forma o processo de pauperização e interiorização da Aids estão interligados, dificultando ainda mais o controle da doença. No atual contexto, as ações de prevenção e tratamento têm sido prejudicadas pelos retrocessos das políticas sociais, como destacado ao longo de nossas análises.

O processo de pauperização e interiorização do HIV/Aids é reforçado pelas assistentes sociais sujeitos da pesquisa, cujos depoimentos a seguir são indicadores:

O perfil socioeconômico são mais pessoas de renda baixa. Assim, eu acho que a maioria, muita gente vive do bolsa família, é mais esse perfil mesmo. Tem alguns casos de renda alta, mas é minoria, minoria mesmo (Entrevista nº 05).

A gente observa que são famílias de baixa renda, no máximo 01 salário mínimo, muitos sobrevivem só de benefícios sociais, tipo o Bolsa Família (Entrevista nº 06).

A maioria vem do interior da Paraíba [...]. Se for falar do perfil socioeconômico dos usuários, a maioria recebe um salário mínimo ou menos (Entrevista nº 04).

Ademais, lidar com um contexto de pauperização e interiorização do HIV/Aids envolve inúmeras problemáticas. Franco (2010) também aponta as dificuldades das pessoas de baixa renda vivendo com HIV/Aids, que se expressam, dentre outras questões, na falta<sup>50</sup> de condições de vida que possibilitem a adesão do tratamento.

O processo de adoecimento, assim como as condições objetivas e subjetivas para a recuperação, desencadeia uma série de questões e exigências que a população pobre não possui, das quais vem sendo relatadas ao longo desse trabalho, ficando na maioria das vezes, sem prevenção e sem tratamento adequado às enfermidades que a atingem. Realidade esta relatada por uma das profissionais entrevistada:

---

<sup>50</sup> Estamos nos referindo a moradia, alimentação, saneamento básico, lazer, renda, educação, transporte, e o acesso aos bens e serviços essenciais como determinantes indispensáveis para adesão ao tratamento e eficácia nos resultados da medicação.

[...] então assim, esse caso mesmo que eu estava acompanhando agora, uma casa com duas pessoas oficialmente, mas aí tem mais três que fica indo, enfim, tem uma conjuntura por dentro da situação deles, bem precária, com relatos de violência familiar, violência doméstica, e aí a única renda é da idosa, então isso interfere bastante na condição de saúde dela hoje aqui. Então assim, a questão da renda influencia bastante (Entrevista nº 04)

Soma-se a isso, a falta de serviços especializados na maioria das cidades interioranas dificultando o acesso ao tratamento e a viabilização de ações referentes ao HIV e à Aids. Para Santos (2005) a epidemia do HIV/Aids requer serviços especializados, que no SUS só são disponibilizados nos grandes centros urbanos, obrigando o deslocamento dos usuários do interior para as cidades maiores. “A literatura é unânime em apontar que segmentos mais desfavorecidos têm acesso a serviços diagnósticos e terapêuticos de pior qualidade e menor resolutividade” (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000).

Isso revela e reforça que o processo de pauperização e interiorização do HIV/Aids implica em novos desafios de controle e tratamento da doença. Exige descentralização de ações e serviços e, mais que isso, passa a envolver um conjunto complexo de determinações que perpetua o processo saúde/doença da população de determinadas áreas geográficas, a exemplo de acesso aos serviços especializados, dificuldades de adesão ao tratamento, por fatores [sociais, culturais, econômicos, e psicológicos], e ainda aqueles que acompanham o HIV/Aids desde os primeiros casos [estigma; preconceito e exclusão social].

Nesse sentido, o atual perfil epidemiológico da doença, exige uma política de saúde bem estruturada e de amplo alcance, que envolva serviços de prevenção e tratamento, assim como, uma equipe multidisciplinar, formada por profissionais de várias especialidades: médicos, farmacêuticos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros, chamados a intervir no controle, prevenção e tratamento da doença.

Para Franco (2010, p. 157) é “evidente, [...] que a precarização social, manifesta com a pobreza a que se submete a maioria da população, é importante veículo de transmissão do HIV”. Nesse sentido, o atual perfil da doença, do qual enfatizamos a interiorização e pauperização, também tende a repercutir no trabalho dos profissionais envolvidos, dentre eles o/a assistente social.

Quanto mais precária a situação socioeconômica, questão social, com certeza requer mais a intervenção do serviço social, então a

gente vivencia situações bem complicadas mesmos, de ter que acionar Conselho Tutelar pra intervir, ter que acionar a justiça pra mediar algumas coisas, algumas questões (Entrevista nº 06).

Este relato, ao situar as condições econômicas dos usuários, e com isso a “questão social” objeto de intervenção profissional, reflete as demandas que chegam para a profissão exigem inúmeras mediações para serem respondidas, e tendem a se complexificar ainda mais no caso específico de pauperização e interiorização da doença já que as necessidades dos usuários se aprofundam.

Nesse sentido, ao passo que se encontram elementos que tensionam o exercício profissional como já demonstrado pelas condições objetivas de trabalho e das políticas sociais, impõem-se a necessidade de afirmação da relativa autonomia para intervir nas necessidades dos usuários. É nesse solo que nossas reflexões se particularizam e direcionam as análises das demandas e respostas profissionais buscando revelar a relativa autonomia, considerando o terreno de acirramento e contradições em que se expressa a realidade profissional.

Essas reflexões indicam a importância das aproximações e dos caminhos até aqui percorridos. E aponta para a necessidade do aprofundamento acerca do trabalho profissional nos mais variados espaços sócio-ocupacionais. Para tanto, destacamos a relevância do presente estudo empírico nos serviços especializados em HIV/Aids no município de Campina Grande/ PB, cujos resultados serão sintetizados no quarto capítulo dessa dissertação.

## **CAPÍTULO 4 - AS DEMANDAS, AS RESPOSTAS E A RELATIVA AUTONOMIA DAS ASSISTENTES SOCIAIS NOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE/PB**

As reflexões sistematizadas neste capítulo resultam dos dados coletados junto aos sujeitos da pesquisa - as assistentes sociais- que teve como eixo analisar as demandas e respostas profissionais das assistentes sociais inseridos nos serviços de assistência especializada em HIV/Aids do município de Campina Grande/PB, buscando revelar a relativa autonomia profissional.

Nesse sentido, as análises foram construídas por sucessivas aproximações, e considerando a realidade vivenciada pelo contexto adverso de precarização das condições de trabalho e retirada de direitos sociais. Conforme já sinalizado, esse contexto tende a rebater no trabalho profissional do/a assistente social, nas suas demandas, nas possibilidades de dar respostas profissionais impondo tensionamentos à relativa autonomia, que serão reforçados através dos dados empíricos e sistematizados neste capítulo.

### **4.1 Os serviços de assistência especializada em HIV/Aids do município de Campina Grande/PB**

Com o avanço da epidemia de HIV/Aids, que já na segunda metade da década de 1990 cresce consideravelmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000), a organização da rede de saúde foi sendo ampliada e descentralizada para responder às particularidades da doença. Registraram-se, portanto, a nível municipal, estadual e federal ações de controle, prevenção e tratamento às DST/Aids.

Conforme destaca Braga et al. (2013) o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de DST e Aids proporcionou a implantação de diversas modalidades de atendimento, tanto na área de prevenção quanto no diagnóstico e tratamento da doença. Diante disso, diretrizes e ações de intervenção foram estabelecidas com o intuito de direcionar responsabilidades aos diversos níveis da esfera governamental da rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando a implantação de serviços alternativos à assistência convencional, por meio de conceitos individualizados de níveis de atenção, resolutividade diagnóstico-



terapêutica, em busca da obtenção da melhoria na qualidade de vida dos pacientes e racionalização de recursos humanos e financeiros.

Deu-se, então, a criação de serviços específicos de atendimento às pessoas vivendo com HIV/Aids visando atender à demanda relativa às infecções pelas DST/AIDS de modo a constituir uma rede especializada em saúde. Particularmente na cidade de Campina Grande/PB, dos serviços especializados, atualmente estruturados e em funcionamento encontram-se, o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), o Serviço de Assistência Especializada (SAE), gerenciados pela coordenação municipal de IST/Aids da Secretaria Municipal de Saúde, e o Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC).

O **Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)** é um serviço de saúde que realiza ações de diagnóstico e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, no qual são oferecidos testes para HIV, sífilis e hepatites B e C. O atendimento é inteiramente sigiloso e oferece a quem realiza o teste, a possibilidade de ser acompanhado por uma equipe de profissionais de saúde que orientará sobre resultado final do exame. Quando os resultados são positivos, os usuários são encaminhados para tratamento contínuo nos serviços de referência (BRASIL, 2017b).

A procura pelo teste pode ser espontânea, contudo, as demandas espontâneas ainda são baixas na maioria dos CTAs, uma parcela considerável de indivíduos busca o teste por ter vivenciado alguma situação vinculada ao risco de infecção, e/ou advinda de outros serviços, quando da associação a outros eventos de saúde, dos mais frequentes estão o pré-natal e doação de sangue (BRASIL, 2017b), cuja testagem sorológica para o HIV se tornou obrigatória.

De acordo com a portaria Conjunta nº 1, de 16 de Janeiro de 2013, à medida que haja melhoria na capacidade instalada e aumento de atividade, é desejável que os CTAs se estruturam com uma equipe multiprofissional composta por: médico clínico; enfermeiro, assistente social, psicólogo, e auxiliar de enfermagem. Outros profissionais poderão fazer parte como equipe complementar (BRASIL, 2013).

Com a mudança na forma de repasse financeiro, com o processo de descentralização dos serviços, as gestões estadual e municipal passaram a se responsabilizar pela implementação de um grande número desses serviços (Ibidem).

Na cidade de Campina Grande/PB, o CTA foi fundado em 01 de dezembro de 1997, e atualmente a equipe profissional é composta por: Bioquímicos (03);

Técnicos de enfermagem (02); Recepcionista (01); Auxiliar de serviços gerais (01); Psicóloga (01); Assistente Social (01).

O **Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids e hepatites virais, (SAE)** é uma unidade assistencial de caráter ambulatorial, que oferece tratamento especializado às pessoas vivendo com HIV/Aids, tratamento de sífilis e hepatites virais (B e C). Presta atendimento médico e oferece tratamento com assistência farmacêutica e psicossocial aos usuários e familiares.

Dentre as principais atividades do SAE, estabelecido na portaria Conjunta nº 1, de 16 de Janeiro de 2013, destacamos: realizar ações de prevenção e qualidade de vida direcionadas às pessoas vivendo com HIV/Aids e seus parceiros; prestar assistência clínica e psicossocial às pessoas vivendo com HIV/Aids, individual e/ou coletiva durante todas as fases do processo saúde/doença, de modo interdisciplinar, garantindo referência e contra referências, organizada pela Redes de Atenção à Saúde (RAS); e realizar ações de vigilância epidemiológica relacionadas às ISTs, Aids e coinfeções (BRASIL, 2017b).

Na cidade de Campina Grande- PB, o SAE foi fundado em 19 de agosto de 2003. O atual quadro de profissionais é formado por: Coordenador; médico infectologista (3); farmacêutico (1); assistente social (2); psicólogo (2); dispensador de farmácia (1); recepcionistas (2); técnicos de enfermagem (2); motorista (1); auxiliar de serviços gerais (3).

Em relação ao **Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC)** é uma unidade de natureza pública, de ensino de média e alta complexidade e abrangência regional, de modo que os usuários atendidos são originários tanto das diferentes microrregiões do Estado da Paraíba, como também dos estados vizinhos do Rio Grande do Norte e Pernambuco. A estrutura física do hospital configura-o como de pequeno porte (dispõe atualmente de 61 consultórios e 160 leitos hospitalares (sendo 02 desativados), dos quais 23 são de cuidados intensivos (EBSERH, 2015).

O HUAC, apesar das resistências locais, a exemplo do Fórum em defesa do SUS, em 01 de janeiro de 2016 assinou o contrato de adesão à EBSERH que atualmente é responsável pelo gerenciamento do referido Hospital. Portanto, a lógica de gerenciamento por organizações de cunho privado com recursos públicos é uma realidade no HUAC.

Conforme destaca Correia (2011), com a EBSERH e a celebração de contrato de gestão, o Estado cede não só a gestão, mas também, recursos orçamentários,

equipamentos, prédios, bens e servidores públicos para as entidades privadas. A contratação dos servidores ocorre por meio do regime CLT, com contratos temporários, implementando a lógica da rotatividade. Desta forma, os servidores passam a ter uma carga horária, processos de trabalho e de gerência determinados e controlados pela empresa, que pela lógica do lucro, também passa a estabelecer metas de produtividade.

Em relação ao Serviço Social do HUAC, atualmente existe um total de nove (09) assistentes sociais na equipe, que se organizam em pontos estratégicos do hospital, sendo que na oncologia e no Pronto Atendimento existe um profissional específico para atuar nesses setores e os demais profissionais se dividem atendendo às demandas das alas e dos ambulatórios.

A partir desses aspectos mais gerais, que sinalizam as particularidades dos serviços especializados, indicando o quadro de profissionais no qual se insere o/a assistente social, importa traçar/conhecer as assistentes sociais que participaram da coleta de dados.

#### **4.1.1 Conhecendo o perfil das assistentes sociais participantes da pesquisa**

A maneira como o profissional configura e viabiliza suas ações/respostas depende de um conjunto de elementos, alguns dos quais já abordados em análises anteriores, depende ainda

[...] da matriz teórico-metodológica, particularizada no campo específico da ação a qual lhe dá direcionalidade; da forma como interpreta as demandas postas pelos seus usuários, e do conhecimento estruturado da natureza e do conteúdo das ações profissionais necessárias para a consecução dos objetivos (MIOTO; NOGUEIRA, 2013, p. 68).

Muitos desses fatores estão relacionados com as condições objetivas do exercício profissional, mas também pelo conhecimento adquirido/acumulado ao longo do processo de trabalho, sobretudo pelo processo de formação continuada e atualização da matriz teórico-metodológica que sustenta os princípios da formação e atuação profissional.

Desse modo, e achando relevante traçar o perfil dos profissionais sujeitos da pesquisa, optamos por identificar sexo, idade, algumas questões relacionadas à formação profissional, tais como: ano de conclusão do curso, o tipo de instituição

[pública ou privada], atividades de capacitação [especialização, mestrado, doutorado, encontros, palestras, cursos de aprimoramento na área ou áreas afins], o tempo de serviço na instituição, o vínculo e regime de trabalho, a forma de admissão, a jornada de trabalho, a média salarial e se possui mais de um vínculo como assistente social.

As sete (07) profissionais de Serviço Social que participaram da coleta de dados, todas são do sexo feminino. Apesar de uma amostra pequena, isso expressa e reforça a tendência histórica da predominância de mulheres na profissão. Considerando que na origem, o Serviço Social esteve atrelado ao bloco católico e na ação benévola e caridosa de senhoras e moças da sociedade (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008) a marca de uma profissão para mulheres ainda permanece.

O traço feminino dessa profissão também remete a algumas questões de ordem social e familiar, que são resultados da relação desigual de gênero na sociedade. Destarte,

Em uma profissão com quase 99% de mulheres, a tendência do pluriemprego, da intensificação do trabalho e do sobretrabalho doméstico, limita a possibilidade de investimento na capacitação e na pesquisa e, mais ainda, no necessário tempo de lazer e descanso, levando cada vez mais ao estresse e adoecimento (GUERRA, 2016, p. 94)

A respeito da idade das profissionais entrevistadas, constatou-se que a faixa etária varia entre 35 a 65 anos. Considerando que no universo da presente pesquisa todas as assistentes sociais possuem idade superior a 35 anos, corrobora-se para um tempo maior de formação profissional e com uma composição de profissionais não tão jovens.

Assim, o tempo mínimo de formação identificado foi de 10 anos e o máximo de 24 anos. Sendo que duas profissionais se formaram nos anos 1990, mais precisamente em 1994 e 1995, e outras quatro (04) entre os anos 2000 e 2008. Ainda, uma das entrevistadas disse não lembrar o ano de conclusão da graduação. Todas estudaram em instituições públicas de ensino presencial. Das instituições apresentadas estão a Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), a Universidade Federal da Paraíba (UFPB), e a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

Como elemento importante destacamos também o tempo de serviço na instituição e constatamos que maioria está na faixa de 1 a 10 anos, representando quatro (04) profissionais, as demais estão acima de 10 anos. Nesse caso, evidencia-

se que a maioria das assistentes sociais entrevistadas possuem um período de experiência significativa nos serviços que atuam. Tendo em vista os objetivos do nosso estudo, consideramos esse tempo como algo válido para a identificação das demandas, respostas, limites e estratégias profissionais no contexto de mudanças regressivas que tem se aprofundado nos últimos anos.

Nesse sentido, o processo de formação continuada se faz relevante e extremamente necessário, sobretudo o acompanhamento das mudanças significativas no âmbito da categoria profissional e das políticas sociais públicas que garantem a viabilização de acesso a direitos sociais (SILVA, 2016). Destarte, o trabalho do/a assistente social exige do profissional o conhecimento das necessidades dos usuários, sua realidade social, condições de vida e as intercorrências que colaboram para o agravamento à saúde (SANTOS, 2005).

Assim sendo, fez-se relevante a identificação quanto as formas de capacitação sejam elas, ao nível de Pós-Graduação, *lato senso* ou *stricto senso*. No universo das assistentes sociais entrevistadas identificamos capacitações em especializações nas áreas de Serviço Social, Gestão e Serviço Social e Políticas Públicas, bem como um mestrado em Serviço Social e Políticas Públicas. Também identificamos uma procura das profissionais por cursos, sobretudo de especialização específicos da área da saúde, havendo três(03) profissionais com especialização em saúde pública e uma (01) em saúde da família. Para Soares (2010, p. 161) isso indica “[...] que os profissionais vêm se qualificando e se apropriando do conhecimento e da racionalidade do sistema”.

É preciso considerar ainda que os cursos de especialização atualmente, em sua grande maioria, são ofertados por instituições privadas. São cursos com maior acesso, devido ao período alternado de aulas e menor tempo para conclusão. Esses cursos estão incorporados ao processo de mercantilização do ensino, raramente são ofertados por instituições públicas, alguns são caros e, muitas vezes, apenas reforçam a exigência do mercado de trabalho por um título de pós-graduação *lato sensu*.

Compreendemos que a participação em discussões da categoria que conseqüentemente impõem análise crítica acerca do movimento concreto do real em que se situam a contrarreforma das políticas sociais e precarização trabalhista, possibilita aos profissionais reflexões sobre as ações profissionais, as demandas, os limites profissionais, assim como as possibilidades, mesmo diante de um contexto

tão adverso. Ademais, trabalhar com o HIV/Aids, necessita de atualização constante das novas descobertas e de acesso a novos direitos, sendo de extrema relevância que o profissional ao se inserir em uma determinada área/espço profissional se especialize, acompanhe as mudanças em curso e busque contribuir com novas propostas de trabalho.

Pensando nisso buscamos saber ainda se as profissionais participavam de encontros/discussões/palestras na área de Serviço Social e/ou áreas afins, o que constatamos ser uma prática recorrente, pois todas as profissionais afirmaram participar dessas atividades. Dentre essas atividades incluem-se: proferir palestra; conselheira do CRESS; participação em encontros e seminários; congresso e eventos científicos; ciclos de palestras e ações promovidas pelo CRESS; bem como atividades conjunta com a UEPB.

Quanto a cursos de aprimoramento oferecidos pela instituição, das sete assistentes sociais, cinco (05) disseram participar, outras duas (02) disseram não participar, justificando que a instituição não oferece esse tipo de atividade de capacitação.

De acordo com Serpa (2009), é reconhecido pelos estudos de recursos humanos no campo da saúde que dentre as ocupações do mercado de trabalho, tem a saúde apresentado um dos melhores perfis de qualificação profissional, que está associado a mecanismos de proteção legal ao exercício das profissões e das exigências técnicas demandadas pelos conselhos profissionais.

Contudo, de acordo com autora, este nível de formalização nem sempre assegura relações de trabalho favoráveis, em decorrência do crescimento de contratos flexíveis que desencadeiam uma série de medidas de perdas de direitos trabalhistas (SERPA, 2009).

Para tanto, não menos importantes são as informações que revelam traços do mercado de trabalho das profissionais envolvidas na pesquisa. Nesse sentido, buscou-se identificar as formas de vínculo trabalhistas das assistentes sociais, cujos resultados demonstram que a maioria é estatutária. Entretanto, o vínculo precário se faz presente pela existência de três (03) prestadoras de serviço: uma (01) mantém vínculo com a prefeitura, e duas (02) com a EBSERH.

Aliada a esses vínculos também destacamos a forma de ingresso nesses serviços. Foi constatado que três (03) foram admitidas através de concurso, duas (02) via processo seletivo simplificado, e outras duas (02) por convite/indicação.

De acordo com Soares (2010, p. 120), “[...] para esse grupo de assistentes sociais sem estabilidade [...] o nível de subordinação e, provavelmente, exploração do trabalho, é muito maior – o que interfere nos limites institucionais postos à autonomia desses profissionais [...]”. Fato constatado em uma das falas:

[...] eu ainda considero um ponto positivo nós sermos servidores efetivos, a gente tem uma certa autonomia. A autonomia ela nunca é integral pra ninguém, mas a gente consegue avançar mais que em outras instituições (Entrevista nº 07).

Ainda caracterizando a relação trabalhista identificamos que a jornada de trabalho de 30 horas prevalece em cinco (05) das entrevistadas, outras duas (02) trabalham 20h/s, o que atesta o cumprimento da Lei 12.317/2010<sup>51</sup> que estabelece a adequação da jornada de trabalho do/a assistente social para 30 horas semanais (h/s) sem redução salarial. Contudo, uma das entrevistadas do HUAC, destacou:

No contrato consta 40h, mas a gente acaba que dando, por uma concessão da Portaria do reitor 30h, mas é algo ainda não aceito, a nossa legislação de 30h [...] por conta do serviço que é ininterrupto (Entrevista nº 07).

Quanto às orientações em casos de regimes diferenciados, como os plantões que envolvem características específicas, a exemplo de folgas compensatórias e caráter ininterrupto deve haver acordo com as instituições empregadoras (CFESS, 2011). Nesse sentido, buscou-se saber o Regime de Trabalho, sendo que a maioria atua em regime diário, apenas uma (01) em regime de plantão. Apesar dos plantões,

Se os instrumentais técnicos, normas e rotinas são homogenizados pela racionalidade burocrática, por outro lado, os problemas e demandas objetos de intervenção profissional no plantão tendem a ser percebidos exclusivamente em sua heterogeneidade e imediaticidade, que são determinações próprias do cotidiano (SOARES, 2010, p. 135)

Mas essas determinações que atravessam a rotina de trabalho também perpassam aos profissionais que atuam em diárias, que compõem a maioria dos sujeitos da pesquisa. Afinal, as demandas não contempladas pelo SUS e que se caracterizam como urgentes e burocráticas permeiam as determinações cotidianas do trabalho profissional, como veremos a seguir.

---

<sup>51</sup>Para acessar a lei da 30 horas na íntegra, consultar, [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2010/lei/112317.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112317.htm).

No tocante à média salarial, a predominância corresponde a mais de quatro (04) salários mínimos, sendo que essa particularidade é advinda das profissionais que atuam no hospital, as assistentes sociais dos outros dois serviços municipais, o CTA e o SAE, têm a média salarial de 1 até 3 S/M. Dados levantados por alguns Conselhos Regionais de Serviço Social, entre 2013 e 2014, revelaram o baixo nível salarial da categoria, verificando-se inclusive a progressiva redução da média salarial, se considerada a referência do salário mínimo nacional (CFESS, 2015)<sup>52</sup>.

Algumas observações se fazem relevantes em termos da média salarial na particularidade dos sujeitos da pesquisa, uma vez que os salários mais altos estão no HUAC, que ao tempo em que mantém a elevação salarial vigora a instabilidade e falta de garantias trabalhistas já que atualmente a unidade hospitalar é gerenciada por uma organização de cunho privado - a EBSEH.

Destacamos ainda se as profissionais entrevistadas possuíam outro vínculo de trabalho. Isso se faz relevante na discussão tendo em vista o crescente aumento de profissionais que possuem mais de um vínculo de trabalho, o chamado pluriemprego. Para Guerra (2016) alguns elementos marcam a cultura profissional do assistente social, dentre elas, a inserção profissional em duas políticas sociais, resultante dos baixos salários, bem como dos vínculos instáveis.

Quanto às nossas entrevistadas, contatou-se que, duas (02) possuem outro vínculo de trabalho como assistente social, uma atua como docente em universidade privada, e outra em uma Unidade de Saúde da família no município de Campina Grande/PB, ambas profissionais do HUAC, destacando que elas mantêm vínculos instáveis na referida instituição.

Traçado esse perfil mais geral é possível identificar que embora as profissionais tenham um tempo considerável de formação e experiência profissional e com investimento em capacitação, ao mesmo tempo, sinaliza a lógica do atual mercado de trabalho desses profissionais, com vínculos instáveis, baixos salários e pluriemprego. Realidade essa que tende a interferir na relativa autonomia profissional. É sobre essa realidade que é preciso conhecer as demandas e as respostas profissionais.

---

<sup>52</sup>Ainda de acordo com o CFESS (2015), não raras vezes a categoria se depara com editais de concursos públicos em municípios brasileiros, cuja remuneração é aviltante. Essa realidade também é identificada em editais dos Estados da Paraíba, cujas remunerações chegam a corresponder, em média, a R\$ 1.500,00, e em alguns casos, a 1 salário mínimo.



São da identificação dessas demandas e da análise das respostas profissionais frente a elas, além dos limites/dificuldades e estratégias elencadas pelas profissionais no cotidiano do trabalho, que revelaremos o exercício da relativa autonomia.

#### **4.2 As demandas e respostas profissionais das assistentes sociais: elementos norteadores à relativa autonomia**

A identificação das demandas postas aos assistentes sociais e a análise das respostas nos serviços de assistência especializada em HIV/Aids do município de Campina Grande/PB se faz relevante ao desvelamento da relativa autonomia no sentido de identificar quais as requisições mais recorrentes têm chegado para o Serviço Social e quais as mediações necessárias para atendê-las.

Para Soares (2010) algumas tendências no SUS, engendradas pela racionalidade da contrarreforma na saúde, ampliam a potencialidade de lucratividade do capital em tal política e incidem fortemente sobre as demandas e condições de trabalho dos profissionais. Dentre elas estão, a *tecnificação da saúde* – investimentos em novas tecnologias no SUS, inclusive de gestão, via fundações e organizações sociais, além de equipamentos mais avançados, numa supervalorização das técnicas e tecnologias emergenciais. Destaca ainda a *ampliação restrita*- o SUS, desde a sua criação se expande sem conseguir atender à universalidade das demandas. Ademais tal expansão tem se dado de forma fragmentada, o que impulsiona outra tendência, que é a *ênfase na assistência precarizada, focalizada e emergencial*- tal tendência se expressa em ações tradicionais em saúde, centradas no indivíduo, com ações emergenciais, e focalizadas nos segmentos mais pauperizados.

Outras duas tendências são a *privatização e mercantilização da saúde pública* que configura-se de várias formas no sistema, sobretudo através da contratação de entidades jurídicas de interesse privado para gerir as unidades com recursos públicos. E a *precarização e superexploração do trabalho na saúde pública* – com as novas formas de gestão e seu instrumento de contratação por metas, aumenta a admissão da força de trabalho temporária, tendendo a acentuar a precarização e intensificação da força de trabalho.

Destaca-se ainda a tendência de *Promoção da saúde restrita* – As configurações do capitalismo, os limites históricos da nossa estrutura social e o estado brasileiro, e no caso aqui específico, da política da saúde, ao não viabilizar políticas sociais universais que promovam condições de vida dignas e incidam sobre os determinantes sociais, acaba por atribuir ao indivíduo a responsabilidade sobre o processo saúde doença a partir de seus comportamentos (SOARES, 2010).

Essas tendências no SUS são evidenciadas no universo da pesquisa. Para tanto, cabe sinalizar/demonstrar, as demandas mais recorrentes e comuns em cada um dos três serviços pesquisados e nas análises apontar as ações/respostas profissionais frente às demandas.

Quadro 1 - Demandas às assistentes sociais nos serviços de assistência especializada em HIV/Aids em Campina Grande/PB

Instituições	Demandas mais recorrentes para o serviço social
CTA	Demanda espontânea; prestar acolhimento ao usuário; informações e orientações sobre o serviço e sobre o HIV/Aids; Relação interinstitucional para viabilizar acesso aos serviços especializados .
SAE	Prestar acolhimento ao usuário e familiar; orientações acerca da doença e formas de prevenção; esclarecimentos e viabilização de direitos e benefícios sociais; articulação com outras instituições [agendamento junto ao Instituto Nacional do Seguro Social- INSS]
HUAC	Demanda espontânea; Orientações e informações sobre serviços e benefícios; Mobilização de leitos através de orientação de altas e acompanhamento dos usuários e seus familiares; transporte para pacientes; formação profissional (supervisão de estágio); articulação com a rede de serviços: Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcional (CEDMEX), com o conselho tutelar, conselho do idoso, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), e com o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), com a Energisa <sup>53</sup> (distribuidora de energia), secretarias de municípios, e INSS.

Fonte: Coleta de dados realizada em abril e maio de 2018

Na síntese das demandas acima descritas e extraídas das falas das profissionais entrevistadas notamos que a maioria se repete, a exemplo do acolhimento, informações, e articulação com outras instituições; outras trazem

<sup>53</sup> A articulação com a distribuidora de energia do Estado, apareceu em específico no HUAC e se justifica quando é necessário, para a alta médica e social, algum equipamento para uso do paciente em domicílio e precisam ser analisadas as condições sociais para instalação, assim como a necessidade de um pedido para taxa mínima de acordo com a renda da família, visto que, alguns equipamento consomem muita energia.

particularidades de cada serviço, tendo em vista a natureza do atendimento, a exemplo da alta social<sup>54</sup>.

No esforço de apreendermos as demandas a partir das informações das profissionais, encontramos dificuldades de elencá-las, pois muitas vezes eram destacadas mais as ações realizadas e/ou objetivos institucionais, do que as demandas propriamente ditas.

Para tanto, sistematizamos as informações sobre as demandas a partir do que identificamos nos depoimentos considerando a particularidade da saúde norteada pelos parâmetros de atuação na área, e pelas análises de Soares (2010), agrupando-as em demandas de natureza socioeducativa e demandas de natureza assistencial/emergencial. Também destacamos aquelas que aparecem timidamente, mas que também são reveladoras pela sua ausência, que são as demandas relacionadas a planejamento, assessoria e gestão; as relacionadas à mobilização, participação e controle social; e as demandas relacionadas à formação.

Nesse sentido, quando analisamos os resultados obtidos temos a predominância das demandas de natureza **socioeducativa**, que requer orientações reflexivas e socialização de informações individuais, grupais ou coletivas aos usuários e familiares (CFESS, 2009). Na perspectiva dessas demandas, destacam-se orientações, informações e esclarecimentos sobre a doença, sobre o serviço, direitos e benefícios sociais.

Na lógica institucional, as demandas de viés socioeducativo podem estar motivadas para a adesão dos usuários e trabalhadores a sua cooperação e apaziguamento frente às contradições expressas pela lógica contraditória do capital. Por outro lado, as ações socioeducativas do assistente social, devem ser norteadas pelos princípios do projeto ético-político profissional que se fundamentam na defesa da ampliação dos direitos humanos e da democracia e cidadania, na universalização

---

<sup>54</sup>A despeito da alta social, cabe destacar que “a alta hospitalar é uma demanda que precisa ser refletida pela equipe a fim de estabelecer as atribuições dos diversos profissionais. Parte-se do pressuposto de que a participação do assistente social no acompanhamento dos usuários e/ou família é que vai indicar se há demanda para intervenção direta do profissional no processo de alta. A alta médica e a alta social devem acontecer concomitantemente. Em situações em que o usuário já tiver recebido alta médica sem condições de alta social, cabe ao profissional de serviço social notificar à equipe registrando no prontuário a sua intervenção, de forma a ratificar o caráter do atendimento em equipe, com o objetivo de estabelecer interface do usuário/familiar com a equipe” (CFESS, 2009, p. 28).

do acesso aos direitos e benefícios sociais, no compromisso com a qualidade na prestação dos serviços, contrapondo-se, desta forma, à lógica institucional.

Na perspectiva de atender à lógica meramente institucional ou orientar suas ações pelo projeto profissional evidencia-se um ponto importante na discussão da relativa autonomia profissional, uma vez que o seu exercício revela-se na construção de respostas que apontem para defesa intransigente dos direitos da classe trabalhadora.

Nas indicações dos depoimentos, temos o que apontam para tendência da mera descrição de informações:

A minha parte é sobre a informação sobre o problema HIV em si (Entrevista nº 01)

A gente fala tudo sobre a instituição, como é o atendimento, sobre exames, carga viral, tudo que diz respeito a eles a gente diz (Entrevista nº 03).

As ações socioeducativas não devem se pautar pela mera informação ou esclarecimentos que reforcem a subalternidade e controle dos usuários. Devem estar orientadas por uma dimensão crítica de participação e potencialização dos sujeitos na construção de estratégias coletivas (CFESS, 2009).

As ações socioeducativas devem consistir ainda “[...] em um movimento de reflexão entre profissionais e usuários que, através da informação e do diálogo, buscam alternativas e resolutividade para a demanda/necessidade do usuário” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 285). É essa intersecção compartilhada entre usuários e profissionais que leva o/a assistente social a requerer uma autonomia apresentando as mediações possíveis diante de determinadas situações.

Para tanto, o depoimento abaixo revela alguns indicativos que se aproximam da perspectiva de luta e defesa dos direitos dos usuários e, portanto, exercício da relativa autonomia:

[...] orientação no sentido de que esse usuário, se não tem aqui, o que ele deve fazer, se a própria instituição não oferece aquele tipo de atendimento, aquele tipo de serviço que ele está precisando naquele momento, a gente orienta, fora da instituição quais são os caminhos, o que ele deve buscar para que aquilo seja garantido. E a instituição é informada sobre isso. A gente diz, o usuário precisa desse serviço, precisa dessa assistência e se a instituição afirma que não tem, a gente diz, olha a gente está orientando o usuário a buscar através das vias legais disponíveis a ele (Entrevista nº 07).

Das demandas e ações socioeducativas, as orientações se destacam, sobretudo as que dizem respeito às questões de benefícios sociais e previdenciários. O atual processo acelerado de mudanças nas legislações sociais através de retirada de direitos, conforme apontado nos capítulos anteriores, torna o já restrito e burocrático acesso aos programas, serviços e benefícios ainda maior. Neste sentido, exige da/os assistentes sociais o acompanhamento das transformações em curso.

Em decorrência das mudanças regressivas, Guerra (2016) aponta, que repõem-se práticas centradas no sujeito, no intuito de fortalecer o indivíduo, sendo uma orientação das políticas e da lógica dos serviços, em detrimento de ações coletivas por meio de estratégias também coletivas.

Em contrapartida, esse desmonte agrava e aprofunda as expressões da “questão social”, aumenta a pobreza e a desigualdade social. No caso do nosso estudo “a pauperização da epidemia já é algo concreto no Brasil [...]” (SANTOS, 2005, p. 108), o crescimento da pobreza aparece para as profissionais, se expressa nas demandas e pode ser indicado pela predominância de determinadas ações:

Uma das primeiras perguntas, [...] que eles fazem é sobre o direito a benefícios (Entrevista nº 03).

É sempre a busca do benefício para sobreviver, porque aí já no nível de exclusão, porque se você tem mercado de trabalho extremamente restrito para aqueles que têm habilidade, capacitados, imagine para aqueles que não têm treinamento e ainda mais portador de uma patologia que existe todo um estigma (Entrevista nº 07)

Esses depoimentos confirmam que as demandas postas no âmbito do SUS expressam o processo de intensificação das condições de vida e trabalho dos usuários, que promovidas pela radicalização da pobreza e miséria, tem se aprofundado no atual contexto e são indicativos da necessidade de conseguir um benefício social que possibilite condições mínimas de consumo e sobrevivência.

Por outro lado, conforme atesta Santos (2005) as demandas advindas dos usuários vivendo com HIV/Aids, revelam que as respostas não devem se dar apenas no adoecimento em si, mas, sobretudo sobre as novas formas de exclusão social, que se revelam como uma expressão da “questão social” em variados aspectos, como no mundo do trabalho, nos serviços públicos de saúde, e também no convívio familiar e comunitário.

Dessa forma, as necessidades dos sujeitos, sejam individuais e coletivas, nas mais variadas dimensões da vida social requerem a atuação do/a assistente social que, na maioria das vezes, ocorre como uma demanda do próprio usuário no contato direto com a profissional, como revelado neste depoimento:

A primeira solicitação vinda dos usuários, [...] é a negação para a família, infelizmente. Porque todos que chegam para a gente, a primeira coisa que eles pedem é isso: é a negação para a família, ninguém da família saber. Eles não chegam preocupados com medicação, com tratamento... poucos chegam preocupados com a medicação e o tratamento, a maior preocupação é a família ou o companheiro/companheira saber (Entrevista nº 03).

No depoimento da entrevista 03, a demanda tem relação direta com o estigma e preconceito relacionados ao HIV/Aids. Toma importância ainda maior, pois de acordo com o depoimento é a primeira solicitação vinda do/s usuário/s, demonstrando, dessa forma, que apesar de todos os avanços em torno da prevenção e tratamento, a visão mistificadora da doença ainda se faz presente e impõe a escolha de não revelar a condição de soropositivo ao HIV.

Essas demandas assumem uma dimensão de grande relevância já que “o impacto causado pela AIDS na estrutura familiar gera reações que podem variar na sua forma e intensidade. [...] a família necessita de assistência tanto quanto o indivíduo adoecido” (SANTOS, 2005, p. 120). Para tanto as ações/respostas se dão no sentido de,

[...] orientamos também os familiares, [...] damos todo um suporte durante todo o período do tratamento ao usuário e ao familiar e/ou alguma pessoa que ele dê o consentimento para acompanhá-lo (Entrevista nº 02).

Portanto esse tipo de demanda requer ações que minimizem os impactos causados pelas representações sociais<sup>55</sup> do HIV/Aids. As particularidades dessas demandas e a necessidade de respostas imediatas repercutem no trabalho profissional no interior desses serviços, que tomam uma dimensão ainda mais complexa pelos aspectos da doença e pelas tendências regressivas no âmbito do SUS.

---

<sup>55</sup> Cabe reforçar que as representações sociais em torno da Aids são influenciadas por valores, crenças, preconceitos que historicamente associaram o HIV/Aids a determinados grupos específicos [gays, profissionais do sexo, usuários de drogas], influenciando visões distorcidas em torno das formas de prevenção e tratamento, e fortalecendo a exclusão social e familiar das pessoas que vivem com a doença.

A despeito disso, evidenciam-se também a predominância das demandas de natureza **assistencial/emergencial**, que de acordo com Soares (2010, p. 138) expressa “um cotidiano marcado pela lógica da emergencialização da vida”. E mais ainda, “[...] sua natureza mais pragmática e imediatista tende a tomar conta do cotidiano profissional” (Ibidem, p. 141). Algumas demandas, que integram o âmbito assistencial/emergencial, têm relação direta com a não universalização efetiva do SUS.

Tais demandas aparecem nos três serviços, são predominantes no HUAC, e podem ser sintetizadas pela procura para agilização de consultas e exames; encaminhamento para casa de apoio; providências necessárias para pacientes moradores de rua; problemas relacionados à falta de acompanhante, providenciar transporte para pacientes; mediar o acesso à política de saúde e aos serviços ofertados; encaminhamentos de pós alta. Essas foram algumas destacadas pelas profissionais entrevistadas.

Tomemos o depoimento a seguir,

Os profissionais, eles às vezes solicitam à gente... ah está faltando acompanhante, está sem acompanhante de um determinado paciente, o que acontece, a gente às vezes vai lá, porque que esse idoso ou essa criança está sem acompanhante? A gente vai lá e encontra uma situação social por trás desse episódio que a gente descobre situações de violência, de abuso, de abandono, de um série de coisas. A gente vai lá porque a gente é chamado para uma situação prática – não tem acompanhante- mas por trás disso vai ter uma história, a gente normalmente vai investigar o que está por trás daquilo ali, conversar com aquela família, enfim, e ver o que está havendo ali, o que a gente pode contribuir (Entrevista nº 07).

As respostas às situações emergenciais se não refletidas na sua profundidade, na busca de ultrapassar o imediatismo, apenas reproduzem a lógica excludente, seletiva e emergencial da vida. Ao invés de revelar o problema em si, mascara, assim como, ao invés de mobilizar os usuários e profissionais em torno do direito à saúde, os passiviza (SOARES, 2010).

Desse modo, “os profissionais da saúde do SUS e, particularmente, os assistente sociais vivem, em geral, um cotidiano que a urgência tornou-se uma rotina [...]”. (SOARES, 2010, p. 113). Isso se dá, sobretudo, porque a lógica contraditória e conflituosa do sistema permite um contingente de demandas não

contempladas, que se tornam objeto de intervenção profissional (COSTA 2009; SOARES, 2010).

Mas é nesse sentido, muita demanda, porque as coisas não funcionam. Quando não funcionam procura o Serviço Social (Entrevista nº 07).

Em geral, essas demandas de natureza assistencial/emergencial“ [...] vinculam-se ao viés irracional e pragmático da racionalidade hegemônica, pois não requerem nenhuma reflexão mais aprofundada sobre a realidade, a não ser a sua mera execução” (SOARES, 2010, p. 143). Ainda que os profissionais busquem refletir sobre essas ações, as respostas estão condicionadas à natureza das políticas sociais, e, portanto ao que é disponibilizado na rede de serviços. Esse aspecto é relevante quando analisamos a relativa autonomia, tendo em vista, que esta realidade cerceia o trabalho profissional, impondo desafios e limites nas ações.

Associado ao caráter assistencial/emergencial das demandas encontram-se o sobretabalho, que fragiliza as ações/respostas profissionais

Assim, tendo em vista a grande quantidade de demandas [...] a gente tem uma dificuldade enorme por conta do excesso, então a gente não tem esse tempo de parar de pensar [...] (Entrevista nº 04)

Importa destacar, contudo, o fato do modelo de atenção à saúde materializado no SUS ser predominantemente assistencial, isso quer dizer que a sua centralização está no indivíduo, numa perspectiva curativa, direcionada na figura do médico, com forte presença das ações emergenciais. “O que não quer dizer que não existam, de forma subordinada, práticas e ações em saúde numa perspectiva coletiva e interdisciplinar que leve em conta os determinantes sociais” (SOARES, 2010, p. 129).

Dessa forma, exige-se dos profissionais um conjunto de articulações que remetem a escolhas ético-políticas em que se delineia o campo da relativa autonomia, das quais explicitadas nas ações/respostas profissionais vislumbra-se um campo de mediações para atender às necessidades dos usuários:

[...] A gente encaminha relatório, a gente solicita, faz o contato, [...] recebe visita de outras instituições. [...] todos os elementos que vai contribuir pra que o usuário saia daqui e vá pra casa... por exemplo, se ele precisa de um medicação, precisa do oxigênio, [...] a solicitação é feita pelo médico, mas a gente vai articular isso junto as secretarias dos municípios, a gente vai dizer, olhe o paciente está



com tal necessidade, a gente faz o contato telefônico e manda relatório. Não são todos os casos, isso não é regra, depende de cada situação. Ai a gente já vai tendo que ver essas questões. A gente tenta articular, por isso que eu disse inicialmente que o assistente social tem um papel muito articulador. O assistente social, de alguma forma busca viabilização de garantia que esse serviço, que esse usuário seja atendido no pós alta, tanto quanto está internado também (Entrevista nº 07).

Esse depoimento reforça um conjunto de requisições no âmbito da saúde determinadas pelas contradições do SUS, que interferem nas respostas profissionais. Isso se dá pela não efetividade da cobertura, cujo papel desempenhado pelos assistentes sociais tem sido o de mediar os conflitos no âmbito da procura e oferta dos serviços.

Para tanto, delineiam-se a importância das ações que se referem às demandas relacionadas à **mobilização, participação e controle social**, que conforme reforça Soares (2010, p. 151) “são muito importantes como estratégias de politização da política de saúde sob uma perspectiva político-emancipatória [...]”.

Nesse sentido, provém a necessidade da atuação profissional estar direcionada para a articulação e defesa da saúde, em um contexto de avanço do projeto privatista, visando dentre outras coisas, incentivar a participação dos usuários, a identificação e articulação das instâncias de controle e movimentos sociais no entorno da defesa da saúde pública. “As atividades realizadas tem por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários, enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública de saúde” (CFESS, 2009, p. 34).

Para tanto o depoimento a seguir é um indicativo:

Na medida do possível tento estar participando das atividades que tem da categoria no sentido da gente estar se inteirando do que está acontecendo e fortalecendo também os movimentos sociais, os movimentos que estão acontecendo dentro da própria categoria e fora dela (Entrevista nº 07).

Também fazem parte das ações de mobilização, participação e controle social o estímulo à participação dos usuários e familiares para que lutem por melhores condições de vida, trabalho e acesso aos serviços de saúde (CFESS, 2009). A ausência dessas ações também são reveladoras, e justificadas no depoimento a seguir:

[...] ação de mobilização social, o que nós temos? Quase que nada. Mas por quê? Porque nós estamos no setor hospitalar e a gente não tem... mas assim na medida do possível daquilo que a instituição traz pra o Serviço Social e daquilo que os nossos usuários, sobretudo traz, a gente faz o nosso trabalho e vê se não está fugindo daquela orientação dada (Entrevista nº 07).

Nesse sentido, a natureza dos serviços adentra o cotidiano do trabalho profissional, que conseqüentemente vai interferir na relativa autonomia, cerceando e limitando ações para além das rotineiras e emergências. Quando analisamos o universo total da pesquisa, a ausência dessas ações é uma constante.

O mesmo se expressa nas demandas de **planejamento/assessoria/gestão** que “[...] contém um potencial estratégico importante, pois envolvem ações e atividade de reflexão e planejamento sobre a realidade” (SOARES, 2010, p. 149), também foram identificadas timidamente e pode ser descritas pelo depoimento a seguir:

A gente em alguns momentos tem alguns avanços, em outros a gente está recuando. Agora, por exemplo, é um momento de recuo. Nós tivemos um momento, quando a gente tinha outra gestão, [...] que a gente conseguiu avançar em algumas coisas, conseguiu implementar algumas questões, ou seja, participar de reuniões de planejamento, onde o Serviço Social tinha um papel significativo importante, tudo que iam fazer chamavam o assistente social pra saber se estavam sendo coerente com o direito do usuário.[...] isso ainda tem um pouco de referência, [...] o ouvidor quando está elaborando alguma coisa [...] deixa o documento pra mim ver, eu faço um monte de críticas porque ele traz a lógica da EBSEH, mas aí ele vem respaldado também e infelizmente a própria legislação que está sendo aprovada por essa empresa também tem uma lógica muito do privado, do lucro, aí essa lógica também acaba permeando. Mas de qualquer forma a gente ainda... mesmo que não tenha a mesma conotação que nós tínhamos antes [...], mas [...] ainda somos ouvidas, mas de forma particular, não da forma como antes (Entrevista nº 07).

A participação em atividades de planejamento<sup>56</sup>, assessoria e gestão é fundamental para que o/a assistente social possa responder às demandas institucionais, mas, sobretudo para que possa dar respostas às demandas dos usuários. Isso porque, o conhecimento técnico acerca da estrutura organizativa do sistema, dos fundamentos, princípios, mecanismos de organização, de planejamento e gestão é imprescindível na formulação de respostas profissionais no cotidiano dos

---

<sup>56</sup> Retomaremos a análise das atividades de planejamento e estratégias nas ações/atividades profissionais, no final deste capítulo.

serviços (SOARES, 2010). Ou seja, são mecanismos que podem alargar o campo estreito em que se situa a relativa autonomia profissional.

Para tanto, deve envolver

[...] conjunto de ações que tem como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir, em equipe e intersetorialmente, propostas que viabilizam e potencializam a gestão em favor dos usuários e trabalhadores de saúde, na garantia dos direitos sociais (CFESS, 2009. p. 36)

Dessa forma, de acordo com Soares (2010) nem sempre o profissional será demandado a atuar diretamente na assessoria da gestão. Posto que, alguns determinantes irão ser decisivos para essas demandas, dentre os quais, a configuração de forças no interior dos serviços e da relação do Serviço Social com a gestão, bem como da postura profissional no interior desses serviços, se propositiva e crítica, propositiva e tecnicista, ou meramente assistencial em consonância com a lógica excludente e seletiva.

Fato ratificado na fala da entrevista 07, e reforçado na coleta de dados, uma vez que de todas as entrevistadas apenas uma destacou tal participação, colocando, sobretudo, os desafios diante da atual gestão do serviço.

É evidente que a contrarreforma na saúde e os novos modelos de gestão provocam mudanças significativas e tensões nos espaços de participação e controle social. Nesse sentido, Soares (2010), destaca dois fatores que estão por trás do processo de não participação da profissão em tais espaços e da ausência de demandas relacionadas a essas atividades, estando associada tanto a alguns profissionais, quanto a algumas gestões.

O primeiro deles é a predominância que vêm tendo as demandas de natureza assistencial/emergencial no cotidiano dos assistentes sociais no SUS. E o segundo, e mais determinante, é quando da adesão ativa à gestão institucional e sua racionalidade de contrarreforma possa haver a negação de sua identidade profissional<sup>57</sup>, uma vez que, o projeto profissional hegemônico contrapõe-se à racionalidade de contrarreforma explícita nas políticas sociais (ibidem).

---

<sup>57</sup> “Assim, ao se qualificar e se especializar no uso das técnicas, instrumentais de gestão, planejamento e programação, o profissional é inserido também num processo educativo e formador que reproduz os valores, princípios e fundamentos da racionalidade hegemônica no SUS. Sendo, portanto, necessária a sua adesão ativa a essa racionalidade e, com isso, a negação de sua identidade profissional” (SOARES, 2010, p. 150). Considera ainda que, apesar, apesar de relativamente frequente, esse processo não constitui regra geral.

Nessa linha argumentativa, encontra-se a importância das demandas que envolvem o eixo de **formação** cujas ações ao contribuir com formação passam a exigir dos profissionais certo nível de aprofundamento acerca das demandas postas no cotidiano e as mediações com o universal (SOARES, 2010). Elementos indispensáveis ao exercício da relativa autonomia uma vez que possibilitam além de um compartilhamento de experiências, a discussão dos desafios enfrentados no âmbito da formação e exercício profissional.

Particularmente em relação à formação, evidencia-se o contato com entidades de ensino:

Na verdade a gente sempre está em contato com a UEPB, tanto pra questão de estágio... pra ter essa retroalimentação da prática, esse contato com a academia, com os estudantes, pra estar discutindo a prática (Entrevista nº 07).

As atividades de formação envolvem abertura das profissionais para realização de estágio no espaço profissional, bem como a supervisão (estágios dos alunos de graduação e residência profissional), a articulação com as unidades de formação é fundamental a tais atividades (CFESS, 2009).

Entretanto, notemos que das profissionais entrevistadas apenas no HUAC existe a supervisão de estágio na área. Os demais serviços em que atuam as profissionais não têm campo de estágio de Serviço Social. Essas indicações são reveladoras de como nos serviços as demandas colocadas à profissão têm relação direta com as determinações do âmbito institucional. Portanto, ao passo em que encontramos demandas e respostas comuns nos três serviços, também delineiam-se diferenças que têm relação direta com as características do atendimento ofertado e pelas novas configurações do SUS.

Desse modo, identificadas essas demandas e as respectivas ações/respostas, evidenciamos ainda algumas demandas não específicas do Serviço Social, das quais foram destacadas pelas próprias profissionais entrevistadas, como não sendo atribuição do Serviço Social, mas que é solicitada sua intervenção.

Nesse sentido, o direcionamento da intervenção que a profissional assume nessas situações, também é revelador da relativa autonomia.

Pra você ter noção ontem eu recebi uma ligação da médica da UTI infantil pedindo que eu fosse lá pra preencher os dados de um cadastro de uma paciente que ele é acamado e está pra receber alta pra ir pra casa, [...] isso era um cadastro que qualquer pessoa poderia fazer, tipo, uma secretária poderia fazer, e ela chamou o Serviço Social [...]. Você vê, por exemplo, ligação de paciente que recebeu alta, solicita ligar para o município, você precisa estar numa graduação de 4, 5 anos pra fazer uma ligação pra um município? Pra arranjar um transporte pra um paciente que recebeu alta? Então você se depara muito com essa questão de você ser chamado pra fazer coisas que não é competência sua, e aí quando você vai bater de frente é um choque (Entrevista nº 06).

[...] As demandas ela vem, às vezes não tem nada a ver conosco, por exemplo, está havendo um desentendimento entre acompanhantes, dizem assim, chama o assistente social pra resolver conflito, a gente fica meio assim, mas eu sempre digo as meninas, mas a gente vai porque talvez seja um problema até da própria instituição que esteja gerando alguns problemas [...] a gente conversa, passa as normas, solicita que a enfermeira venha conosco pra que ela entenda que não só é uma atribuição nossa, que é do hospital é da instituição, não é uma atribuição apenas do assistente social. Ouve um furto na Ala, ai dizem chamem o Serviço Social, a gente vai e diz, não isso é questão da segurança, é, de fato, é de segurança, mas qual a repercussão que isso trouxe para aquele usuário, para aquele acompanhante? Então é bom que a gente esteja lá, na medida do possível, e diga, olhe aconteceu isso você precisa de uma ligação? dar um suporte aquela pessoa que foi furtada [...] (Entrevista nº 07).

As entrevistas apontam que na visão da equipe, o/a assistente social é tido como único profissional que pode resolver qualquer tipo de problema relacionado ao usuário e família, fato que justifica as constantes solicitações de responsabilizá-los por demandas, que na maioria das vezes, poderiam ser respondidas por outro profissional.

Para tanto, retomamos as problematizações de Vasconcelos (2009) acerca da relativa autonomia do assistente social, quando aponta que a autonomia se expressa na aceitação ou recusa de demandas de acordo com as necessidades dos usuários.

Nesse sentido, a conduta ética e política do profissional em mediar essas situações apontam para a necessidade do que se pode, e o que se deve fazer nesses casos, que embora possam ser identificados nas falas das assistentes sociais dos três serviços, foram problematizados de forma mais direta nas falas das profissionais do HUAC, sinalizando maiores tensionamentos e explicitando como as profissionais têm intermediado nesses conflitos.

Dessa forma, ainda que em situações mais urgentes, como as relatadas nos depoimentos das entrevistadas 06 e 07, exijam a intervenção de um assistente social no sentido aliviar tensões, não pode ser o suficiente, por parte desse profissional especializado para atender demandas e respondê-las de acordo com suas atribuições e competências profissionais.

Para Silva (2012, p. 83):

[...] a delimitação das competências e atribuições privativas do exercício profissional respalda o exercício da relativa autonomia, porque permite que os/as profissionais possam organizar seu trabalho e construir respostas às demandas que lhe são dirigidas, com base, em seu entendimento sobre seu papel profissional e, sob a direção social estratégica que atravessa a formação e o exercício profissional do serviço social.

Percebemos que nos espaços lócus da pesquisa vigora o encaminhamento de providências e orientação social a indivíduos grupos e população; assim como a orientação de indivíduos e grupos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa dos seus direitos.

As competências fomentam a dimensão teórica e política da profissão subsidiando o exercício da relativa autonomia uma vez que abre espaço para a categoria construir respostas de forma coletiva e participativa com base no conhecimento que tem sobre a realidade e de seus aspectos sociais.

São recorrentes as dificuldades de compreensão da equipe das atribuições e competências do/a assistente social. Estas dificuldades têm relação com a dinâmica imposta nos espaços de atuação, que na saúde se relacionam com a contrarreforma na política de saúde e acarreta pressões com as demandas, a urgência de respostas, e a fragmentação e precárias condições de trabalho (SOARES, 2010) e, portanto necessidades dos usuários.

A grande maioria não compreende muito o que é a prática do Serviço Social, especificamente, eu acho que na saúde tem uma ideia de um serviço... o que é social? social é tudo e não é nada, [...] isso fica muito vago e as pessoas não sabem direcionar e direcionam qualquer problema (Entrevista nº 07).

[...] Às vezes eu sinto muito essa questão da representação social que a gente tem em relação à profissão, ainda é muito confundido aqui dentro, até mesmo pelos próprios profissionais, a enfermagem confunde, o médico confunde, e o nosso papel aqui é também esse, educativo, de esclarecer qual a nossa função na equipe e tudo... (Entrevista nº 06).

Para Guerra (2016) um “elemento próprio da cultura profissional que se afina com a realidade atual do ensino é a visão de profissão desespecializada, que atua/responde às demandas diversas e inespecíficas. Para tanto, “estas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimentos de rotinas e planos de trabalho” (CFESS, 2009, p. 28).

Ademais, o universo da pessoa que vive com HIV/Aids é um mundo de vidas fragilizadas e com graves problemas sociais. Em consequência, as demandas advindas desse grupo específico são revestidas de complexidades e contradições que limitam e inviabilizam o trabalho e, portanto, os resultados das ações profissionais. Neste sentido, atender às demandas colocadas pelas pessoas vivendo com HIV/Aids exige do profissional extrapolar objetivos institucionais, ações messiânicas e espontaneísta (SANTOS, 2005).

Dessa forma, além da identificação das demandas, nos coube associar as respostas profissionais, considerando ser um ponto importante na elucidação da relativa autonomia nos espaços pesquisados. Assim, em consonância a prevalência das demandas de natureza socioeducativa e assistencial/emergencial, as respostas profissionais que predominam também estão relacionadas a essas natureza/eixos, conforme demonstram as indicações aqui expostas.

Alguns indicativos são reveladores da predominância desses dois grandes eixos, o primeiro é que as ações socioeducativas “devem se constituir em eixo central da atuação profissional de Serviço Social e recebem também a denominação de educação em saúde (CFESS, 2009, p. 33), e o segundo está relacionado às características da doença e dos serviços de saúde que passam a exigir ações assistenciais e emergenciais que se aprofundam no atual contexto regressivo.

Faz-se importante destacar, que na saúde, desde que atenda os fundamentos da racionalidade política da reforma sanitária as “ações de natureza socioeducativas e politizadoras e até mesmo assistenciais podem ser também, contraditoriamente, realizadas na perspectiva da defesa da classe trabalhadora [...]” (SOARES, 2010, p. 109).

A partir dos indicativos dos depoimentos das entrevistadas, sintetizadas nas demandas e nas respostas profissionais, identificamos um esforço das assistentes sociais em atender aos interesses dos usuários, ao mesmo tempo em que, já se

delineiam os desafios e limites às respostas profissionais. Tomemos como exemplo o relato a seguir, cujas ponderações trazem elementos evidenciados por outras entrevistadas:

Tem sido sufocante, [...] a gente faz na medida do possível... sempre está intervindo. Primeira coisa, conhecer a realidade do usuário, através de entrevista social, dessa aproximação que o serviço social estabelece, [...] conhecer o perfil deles, a partir dessa realidade, identificar as demandas. Porque às vezes ele coloca uma demanda e não é só aquilo que ele coloca, quando você vai conversar com ele, você visualiza outras coisas que podem ser encaminhadas. E a partir daí é que a gente pode fazer este serviço, identificar o que tem aqui no serviço que pode atender ele, além do que já está sendo atendido. A gente faz essa intermediação, e o que tem fora na rede de serviços através de parcerias, a gente constrói relatório social, envia às instituições, às secretarias, aos conselhos quando necessário, sempre trabalhando dessa forma, através de ligações, de relatório social (Entrevista nº 06).

Portanto, na atual conjuntura, a direção assumida pelas demandas que chegam à profissão é desafiadora para o cotidiano profissional, tendo em vista que a contenção de recursos – financeiros, materiais e humanos- limita o acesso aos direitos sociais via políticas sociais públicas e, conseqüentemente, rebate na efetivação das respostas profissionais. Nesse sentido, no intuito de aprofundar os tensionamentos à relativa autonomia, precisou-se avançar na identificação dos limites e as estratégias para as respostas profissionais frente a esse contexto regressivo de ataque aos direitos sociais.

#### **4.2.1 Os tensionamentos nas respostas profissionais das assistentes sociais e a condução da relativa autonomia profissional**

Os desafios postos aos assistentes sociais são determinados por um contexto social, político e econômico multifacetado, que envolve os problemas decorrentes da epidemia do HIV/Aids e da política de saúde no Brasil. Desta forma, vinculam-se às questões decorrentes da implementação das políticas e serviços sociais de atendimento a esse segmento, como também de aspectos relacionados aos efeitos sociais da doença.

É incontestável que o aumento do empobrecimento e desigualdade social da população faz aumentar as demandas para o Serviço Social nos mais variados espaços de atuação, e na saúde os agravos se acentuam quando a população não



tem acesso a moradia, alimentação, saneamento, trabalho, dentre outros determinantes.

Em se tratando da epidemia de HIV/Aids, as condições de vida interferem, sobretudo, no desenvolvimento da doença e no seu tratamento. As necessidades sociais somadas às necessidades biológicas agravam as condições de saúde do usuário que passa a conviver com situações limites que sempre esbarram no social; e a única via encontrada é a sala do Serviço Social (SANTOS, 2005, p. 144).

De outro lado, os usuários e os/as profissionais se deparam com uma fratura entre os direitos formalmente reconhecidos em leis e as inúmeras dificuldades burocráticas de ter acesso, que se soma e também é resultante da permanente emergencialização das demandas e necessidade de respostas, que se expressam na política de saúde e chegam como requisições para o/a assistente social.

Nesse sentido, buscamos aprofundar os tensionamentos frente as respostas profissionais considerando serem determinações indispensáveis ao estudo da relativa autonomia. Foi possível identificar, a partir dos limites e desafios<sup>58</sup> profissionais, tensionamentos relacionados as condições de trabalho e das políticas sociais, e da particularidade da configuração do SUS e da política de enfrentamento ao HIVAids, conforme será demonstrado.

Para tanto, quanto às possibilidades de responder as demandas, encontram-se alguns desafios e limites elucidados nos depoimentos que destacamos a seguir:

Eu acho que pelo quantitativo de profissionais, a gente dar a resposta, só não é mais ágil por conta disso, e enfim, essas demandas que são sempre as demandas espontâneas que chegam. E essa questão das outras instituições, quando a gente precisa de um feedback vindo de lá de fora pra cá (Entrevista nº 04).

Sim, nós temos muitos limites, um deles é a questão do número de profissionais que nós temos. [...] se nós tivéssemos um número maior de profissionais que pudesse fazer um acompanhamento contínuo e diário a gente conseguia atender melhor as demandas sociais do hospital e a gente conseguiria trabalhar com outras questões. A gente conseguiria dar mais informações acerca de direitos [...] fazer a divulgação dessas legislações sociais com tudo que agente tem, então trabalhar mais nessa perspectiva, a gente não consegue desenvolver nada para além das demandas que chegam aqui e olha que a gente trabalha bastante, mas mesmo assim ainda é

---

<sup>58</sup> Optamos por não diferenciar os limites e dificuldades em cada serviço, uma vez que a semelhança e, portanto os elementos apontados perpassam por todos os depoimentos. Sendo que, em relação **ao quantitativo de profissionais, apenas as entrevistadas do HUAC apontaram como sendo um limite e dificuldade**, dado o quantitativo de demandas.

muito difícil a gente conseguir. Eu acho que se a gente tivesse um maior quantitativo de profissionais, e profissionais que tivesse clareza do seu papel, eu acho que poderíamos desenvolver trabalhos, [...] bem interessantes para os usuários [...] (Entrevista nº 07).

O insuficiente quantitativo de assistentes sociais, se mostrou como um impasse para as respostas conforme demonstrado nas entrevistas. Ainda coloca-se a problemática da falta de compreensão e clareza das competências profissionais.

A respeito da clareza do papel profissional, recorremos às análises de Silva (2016), quando indica que a relativa autonomia possibilita ao assistente social uma intervenção tomando como referência o seu papel profissional na contraditoriedade das relações sociais contemporâneas.

Esta compreensão permite situar a profissão nos históricos desafios, que associados ao enxugamento de despesas no atual momento de contenção de gastos com as políticas sociais públicas, se complexifica com o aumento das demandas. Presenciam-se, cada vez mais pessoas necessitando dos serviços públicos concomitantemente aos cortes de recursos financeiros, materiais e humanos. Esses elementos ficam evidentes nas possibilidades das respostas, que se refletem nos depoimentos:

[...] como eu falei anteriormente, a gente fica de mãos atadas, tentando resolver e sem poder, [...] porque eu acho que nós temos muito pouco apoio das secretarias diversas [...] (Entrevista nº 02).

Dentro da própria rede de serviços, às vezes a gente fica limitado de dar encaminhamentos. Os pacientes mesmo que são moradores de rua, muitas vezes a gente fica totalmente limitado pra poder encaminhar, conseguir casas que apoio. [...] existem dificuldades da gente estar fazendo esses encaminhamentos (Entrevista nº 05).

No âmbito das políticas sociais, as insuficientes investidas governamentais em políticas sociais públicas e falta de articulação destas, desencadeiam uma série de consequências para a população, por vezes desastrosas. Com isso, a perda de direitos é algo que impõe limitações ao trabalho do/a assistente social.

O predomínio da ênfase curativa individualista, com alto nível de fragmentação e enormes dificuldades de integração das ações e dos diversos níveis de atenção e seus respectivos serviços (SANTOS, 2005) tem se tornado um grande desafio no âmbito dos serviços públicos de saúde, limitando as ações profissionais. Este depoimento é revelador:

A gente avançou muito em relação à parte medicamentosa, mas em outros sentidos não, [...] a respeito do passe livre para o usuário [...] respeito do emprego, porque mesmo a gente sabendo que existe lei que não é obrigado mais nas empresas/firmas fazer o teste de HIV eles continuam pedindo, e mesmo que não peçam é muito difícil uma empresa querer admitir um paciente soropositivo para HIV [...]. Se ele precisa, se ele necessita e tem direito, [...] de um benefício, de uma aposentadoria por que é negado isso? Se ele necessita de uma educação, de entrar numa faculdade [...] por que não facilitar alguma coisa para esse grupo? [...]. Tem aquelas pessoas esclarecidas que ficam nos cobrando que a gente faça alguma coisa pra ele entrar na universidade, pra ele conseguir uma casa, pra ele conseguir um trabalho, e infelizmente o Serviço Social fica de mãos atadas, sem poder fazer nada (Entrevista nº 02).

Desse modo, o direito à saúde [...] não se limita ao acesso assistencial; estende-se para a proteção contra os riscos, especialmente os sociais. Uma agenda de políticas de saúde deve ser construída em conjunto com outras políticas [...]” (VIEIRA, 2018, p. 82-83 apud BAHIA, 2016 p. 55-56) dentre as quais: moradia, transporte, trabalho e renda, “[...] e dialogar com as políticas de reconhecimento de gênero, raça-cor e identidade étnicas” (Ibidem).

Destarte outros fatores relacionados à condição de vida dos usuários se tornam extremamente complexos pelo fato de não existir programas que complementem o atendimento realizado pela saúde (SANTOS, 2005), conforme revela o depoimento acima. As necessidades sociais somadas às biológicas agravam as condições de vida dos usuários que passam a conviver com situações limites que sempre esbarram no social e demandam a intervenção do/a assistente social.

Contudo, o/a assistente social não dispõe de mecanismos sociais e políticos para atender às necessidades dos usuários, visto que a configuração histórica se articula pela forma como o Estado intervém na “questão social” que impõe modificações nas relações e trabalho e nas políticas sociais.

Ademais, tais consequências podem ser sentidas mais diretamente em serviços de maior complexidade, que ofertam tratamento contínuo e exigem exames complexos. O conhecimento da realidade e das mediações necessárias para dar respostas se faz indispensável ao trabalho do/a assistente social, assim, faz-se necessário compreender a perspectiva de totalidade, mas também as singularidades que marcam determinadas patologias e suas formas de enfrentamento.

Identificamos que mesmo os profissionais que não têm uma compreensão mais aprofundada acerca da política de enfrentamento ao HIV/Aids, enfatizam a importância dessa apropriação:

Bem como eu te falei, eu não tenho muita apropriação sobre essa discussão, o que eu vejo que fragiliza muito mais ainda o nosso trabalho, quando a gente não tem esse tempo pra se dedicar a uma demanda específica, [...] isso vai impactar até na nossa atuação. Direitos a mais que a gente poderia ter acesso e conhecimento, a gente acaba não tendo porque sempre fica na demanda espontânea e isso é muito ruim, é péssimo para a profissão. Então assim, sobre o HIV eu não sei bem te dizer (Entrevista nº 04).

É sabido, que a atual configuração trabalhista nem sempre permite a apropriação dessas singularidades, sobretudo em espaços ocupacionais que abrange uma infinidade de problemas sociais e de saúde que passa a exigir respostas emergenciais, como é identificado no HUAC.

Tais configurações impõem aos assistentes sociais uma atuação voltada para o atendimento das demandas espontâneas, ou seja, as demandas que cotidianamente surgem nos serviços e são encaminhadas para o setor de serviço social, exigindo intervenção imediata dada à urgência e complexidade de necessidades sociais apresentadas pelos usuários.

Todas essas questões impõem tensionamentos ao exercício da relativa autonomia, como demonstrado ao longo de nossas reflexões, desse modo, as análises concretas dos resultados da presente coleta de dados, além de reforçar, adensa outros elementos. No caso dos Hospitais Universitários, soma-se a lógica privatista, reforçada com os novos modelos de gestão, também conhecidos como modelos privatizantes de gestão, a exemplo da EBSEH, que vem impondo limites ao exercício da relativa autonomia:

[...] a gente vê que antes da EBSEH a gente tinha um pouco mais de voz e de vez, conseguia umas outras coisas, hoje em dia eles insistem em burocratizar e dar o mínimo de resposta possível (Entrevista nº 04).

[...] cada vez querem cortar mais recursos, e o próprio HU entrando na lógica privatista, que é a lógica da EBSEH (Entrevista nº 07).

A lógica dos novos modelos de gestão, pautados na defesa da tecnificação e nas mudanças das relações de trabalho, como solução para os problemas e contradições do SUS (SOARES, 2010), foram evidenciados pelas assistentes

sociais do HUAC como um grande obstáculos/empecilho para o acesso dos usuários e para o trabalho profissional.

Os novos modelos de gestão, a exemplo da EBSEH trás implicações diretas ao trabalho profissional, conforme sinalizado pelos depoimentos das assistentes sociais, dentre as quais tendem a tornar e intensificar os espaços de atuação com recursos limitados, com uma rotina de trabalho perpassada pela burocratização, e limitações no acesso dos usuários, cujos princípios do SUS ganham um novo sentido, [...] “o sentido da possibilidade; isto é, o acesso possível, a integralidade possível, a resolutividade possível, diante dos limites postos pela necessidade do capitalismo contemporâneo (SOARES, 2010, p. 157).

Essa lógica tem ligação direta com a atual configuração da política de saúde, cujos efeitos regressivos são sentidos pelos usuários e trabalhadores do SUS. Para tanto, se buscou ampliar a compreensão desses limites e dificuldades questionando para as profissionais entrevistadas, se o atual contexto de precarização das políticas sociais, dentre elas a de saúde, tem interferido nas respostas profissionais.

A interpretação majoritária das profissionais confirma que o atual contexto de precarização das políticas sociais, estabelece desafios e limites que são indicadores do cerceamento da relativa autonomia. Nesse sentido, afirmam:

Interfere sim, isso nunca vai deixar de interferir, porque a gente nunca vai chegar aquele ponto de fazer aquilo que a gente realmente pretende fazer pelo usuário (Entrevista nº 01).

Sim. Muitas vezes a gente se pega com situações de... eu recebo pacientes, muitas vezes famílias, desesperadas em busca de vaga para internar paciente. Paciente com necessidade mesmo de vaga pra internar e que já vem de outras cidades, muitas vezes sem encaminhamento médico, sem ter sido atendido em outro serviço de saúde na própria cidade, seja um PSF, num hospital [...]. E a gente fica limitado, é uma coisa que a gente não tem autonomia pra está resolvendo entendeu? porque toda a articulação é feita de médico pra médico pra internar e ai a gente vê que a política pública de saúde ta interferindo nisso aí, eu acho que isso é uma coisa que fica bem clara (Entrevista nº 05)

Esses relatos explicitam como o retrocesso da política de saúde interfere nas condições de respostas às necessidades dos usuários que buscam os serviços e solicitam intervenção do Serviço Social. Merece atenção o fato de que as respostas dadas pelas profissionais dependem de um conjunto de fatores que ora limitam ora possibilitam a viabilização e acesso aos direitos. Desse modo, existe um conjunto de

serviços sociais que possibilitam o acesso e tratamento de saúde para esses usuários, na contramão encontra-se uma política de fragmentação, seletividade e excludente que limita diretamente o trabalho do/a assistente social.

As tendências que apontam para o “SUS possível” inviabilizam a autonomia profissional frente à precarização das condições de direcionar as ações que sempre esbarram em falta de alternativas para as necessidades dos usuários.

Notemos, que ao longo desse estudo, sempre são enfatizadas as inflexões da realidade concreta para o trabalhador assalariado, trazendo a discussão para o profissional de Serviço Social. Dessa forma, já sinaliza como os tensionamentos ao exercício da relativa autonomia têm sido aprofundados dado o contexto regressivo que vivenciamos.

Nesse sentido, destacam-se ainda os relatos que associam os desafios e limites, tanto para os usuários como para as respostas profissionais, a atual conjuntura econômica e política do país dando margem para uma maior interpretação dos limites postos à categoria e sua relativa autonomia:

[...] a gente vê acessos que a gente tinha antes, hoje já é uma coisa bem mais difícil, principalmente quando Temer assumiu. A gente vê que alguns serviços, alguns dispositivos que agente conseguia ter acesso, serviços que antes funcionavam mais ou menos, agora tem piorado. Acesso ao tratamento fora de domicílio, foram colocadas inúmeras regras, acesso ao BPC, por exemplo, que a gente faz a orientação, faz o agendamento, seleciona os documentos, [...] a gente viu que os critério de acesso ao BPC modificaram, e a gente está a todo momento tentando juntar provas, e quando é negado, como a gente vai fazer pra juntar provas? Pra que esse usuário tenha acesso a isso? (Entrevista nº 04).

Como demonstrado ao longo dos capítulos anteriores, sobretudo da análise da política de saúde brasileira, embora os retrocessos e privatizações na política de saúde não tenham começado no governo Temer, eles são intensificados de forma explícita por uma restauração conservadora de um projeto político ultra neoliberal, que se propôs assumir os impasses de acumulação favorecendo exclusivamente os interesses da classe dominante.

O discurso ideológico de crise é intensificado, na intenção de fazer com que a população acredite que as propostas de ajustes e retirada de direitos são necessárias e inevitáveis, e que essas perdas são compartilhadas por todos, quando na verdade esse ônus recai, prioritariamente, sobre a classe trabalhadora (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018).

Portanto, os efeitos desse processo regressivo de restauração conservadora e, portanto de retirada de direitos, são profundamente sentidos nos serviços de saúde e pelas profissionais:

[...] o intuito dessa precarização [...] é justamente essa questão de otimização dos serviços, de redução dos custos. E a gente está lidando com seres humanos, com realidades bem plurais, e é bem complicado lidar com certas situações. [...] Anteriormente a gente tinha a facilidade de acesso ao transporte para usuários e familiares, tipo, esse paciente de longa data que está aqui há muito tempo, então o familiar tinha um problema pra resolver no INSS, [...] no CEDMEX [...] a gente tinha toda facilidade de fornecer esse transporte pra esse usuário se locomover [...], tendo em vista que a maioria é do interior, não conhece Campina Grande [...]. Hoje foi cortado esse transporte, [...] são coisas que a gente vê cada vez mais dificultando essa questão do acesso mesmo do usuário (Entrevista nº 06).

Mais uma vez, os depoimentos demonstram como essa conjuntura limita a intervenção do/a assistente social no atendimento das necessidades dos usuários. Impondo ainda respostas pontuais que visem atender ainda que minimamente o acesso dos usuários a determinadas necessidades imediatas como as relatadas no depoimento. Uma limitação imposta pela própria política que direciona o profissional ao confronto direto com as instituições.

Desse modo, a compreensão desse movimento contraditório exige do/da profissional o reconhecimento das suas capacidades fundadas na formação crítica e defesa do projeto ético-político, assim, como o reconhecimento de seus limites enquanto trabalhador assalariado e as determinações a ele imposta.

[...] a gente tem, por exemplo, serviços que são fechados, dificuldades com relação a atendimento... do próprio transporte, [...] para o paciente. A questão de exames, [...]. E esse desdobramento dessa questão, desse retrocesso das políticas públicas como um todo ela vai atingindo a saúde de forma que é difícil a gente conviver [...] (Entrevista nº 07).

Essa identificação se fez necessária, tendo em vista que as reformas regressivas (contrarreformas) incidem [...] sobre a política de saúde das pessoas com HIV/Aids, restringindo seu direito à saúde” (VIEIRA, 2018, p. 73).

Na ausência de enfrentamento direto a essas questões via políticas sociais públicas, aprofundam-se não só os casos da doença, mas todas as consequências causadas por essa infecção, que como vimos, ainda é marcada pelo estigma e

preconceito, apesar de todos os esclarecimentos disponíveis acerca das formas de transmissão.

No geral, as contradições presentes no SUS perpassam o cotidiano de trabalho das assistentes sociais e repercutem no exercício da sua relativa autonomia profissional. Condição essa que possibilita o aumento da precarização e intensificação da exploração da força de trabalho e limita as ações profissionais.

Muitos são os desafios para o trabalho profissional, dentre eles a ausência de programas assistenciais de apoio aos usuários, dentro os quais as pessoas vivendo com HIV/Aids, além da efetividade da rede de serviços como um todo. Portanto, as ações estão envoltas em desafios, sobretudo pela particularidade das demandas e das exigências de respostas por parte do Serviço Social. Para tanto, diante dos limites, faz-se necessário potencializar alternativas e estratégias profissionais.

Isso posto, já que o exercício da relativa autonomia também pressupõe, ainda que diante dos limites e desafios, a busca de possibilidades profissionais que nos resultados da presente pesquisa são sintetizados através de ações de planejamento, e estratégias para as respostas profissionais no cotidiano dos serviços.

#### **4.2.2 As possibilidades ao exercício da relativa autonomia reveladas pelas ações de planejamento e estratégias profissionais**

A direção das possibilidades profissionais nos fornece elementos importantes para apreender quais as mediações necessárias têm sido operacionalizadas, e quais têm sido possíveis, dentro do cotidiano dos serviços. Isso se faz necessário a identificação da relativa autonomia profissional quando consideramos que a margem de possibilidades profissionais estão envoltas pelas atividades de intenção e ação.

Consideramos que as ações profissionais se estruturam e se sustentam no conhecimento da realidade e dos sujeitos destinatários, na definição de objetivos, na escolha de abordagens adequadas, implica em decidir os instrumentos apropriados e de recursos auxiliares para a implementação, e que “todo esse processo se opera com base no planejamento, na documentação e num apurado senso investigativo” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 281).

Desse modo considera-se importante buscar identificar esses processos, destacando serem possibilidades de ultrapassar rotinas meramente burocráticas.



Conforme ressalta Silva (2016, p. 77), “o exercício da relativa autonomia possibilita aos assistente sociais construir propostas de trabalho que enfrentem o conservadorismo institucional, direcionando suas ações com legitimidade teórica-política e proposição crítica”. O depoimento a seguir confirma essa capacidade de dar a direção:

Se você é uma profissional envolvida com a causa você encontra estratégias, encontra! Eu digo isso por experiência (Entrevista nº 01).

Sabe-se, contudo que o nível de reflexão exigido pela atual configuração da política de saúde e, conseqüentemente, pela rotina burocrática dos serviços é o mais pragmático possível. Também é evidente que para uma profissão cujas demandas de natureza assistencial e emergencial têm predominância significativa, não requer, segundo a lógica do sistema e do caráter de tais demandas, uma reflexão crítica e aprofundada, pois muitas vezes a necessidade de urgência das respostas limita a reflexão de como agir.

Nesse sentido, quanto à ênfase nas estratégias profissionais, o caráter rotineiro das ações se sobrepõe:

Pra gente extrapolar uma rotina institucional e burocrática é muito difícil, porque infelizmente não depende de um profissional, de uma coordenação, [...] (Entrevista nº 2).

Não tem extrapolado. Meu trabalho é parte de aconselhamento, [...], fazer os relatórios acerca de casos novos [...] (Entrevista nº 03).

Pelos fatores anteriormente citados, explicitam os desafios para extrapolar rotinas institucionais e burocráticas:

Eu acho que a gente consegue muito pouco, tentar sistematizar algumas coisas [...]. É muito difícil, [...] pelos fatores que eu já te disse antes: números de profissionais, instabilidade dos profissionais que estão aqui, se vão ficar, quem vai ficar, quem vai sair. [...] em alguns momentos tem alguns avanços, em outros a gente está recuando. Agora, por exemplo, é um momento de recuo (Entrevista nº 07).

Nesse sentido, “[...] muitas vezes, o planejamento ou não se constitui prática comum aos assistentes sociais, ou mesmo quando realizado, o profissional encontra dificuldades para a sua execução” (SOARES, 2010, p. 149). Quanto a isso, identificamos:

Mas é muito no sentido de estar apagando fogo mesmo, vai surgindo as coisas e a gente fazendo, não tem como estabelecer um planejamento ... de promover alguns eventos aqui, de sensibilização para algumas demandas, não tem como porque se fizer isso vai ficar só no trabalho de planejar, não tem como fazer a execução e a gente ainda fica tentando dar conta disso. Isso envolve várias questões, de articulação com a gerência [...] (Entrevista nº 07).

Para Mioto e Nogueira (2009), ainda que seja um grande desafio, o planejamento das ações profissionais na área da saúde possibilita o (re)pensar contínuo das ações; permite formalizar a articulação entre dimensões do fazer profissional (ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa); possibilita formalizar as relações entre estruturas profissionais e institucionais, entre os eixos da ação profissional, das dimensões da integralidade e intersectorialidade na busca do cumprimento dos objetivos propostos.

Na realidade do nosso universo de investigação essas práticas de planejar as ações estão ausentes, e são relatadas pela maioria dos depoimentos:

[...] a gente não tem aquele planejamento a curto e médio prazo, não. (Entrevista nº 06)

Ainda sinto a dificuldade que nós não temos reuniões de planejamento multidisciplinar, que não existe aqui no HU" (Entrevista nº 07)

Em outros relatos, as medidas adotadas e citadas pelas entrevistadas, perpassam por reuniões para direcionamento de atividades, como também algumas mais especificadas, a exemplo da elaboração de um plano de trabalho pautado nos parâmetros, num projeto de intervenção e plano de ação.

Nós nos reunimos justamente pra planejar o que a gente vai fazer, se a gente vai fazer palestras, quais os assuntos [das palestras] (Entrevista nº 2).

Nós temos o nosso plano de ação, um projeto de trabalho todo pautado nos parâmetros, a gente atualiza todo ano (Entrevista nº 07).

Para Santos (2005) um projeto ou plano de trabalho do Serviço Social torna-se um elemento fundamental no cotidiano dos serviços uma vez que fortalece a autonomia da profissão, estabelece novos mecanismos de democratização,

estimula a pesquisa acerca da realidade social, facilita a demarcação de objetivos a serem alcançados e novos procedimentos de ação.

Ao profissional de Serviço Social, o planejamento exige que o mesmo conheça a realidade de vida, assim como as intercorrências sociais que incidem no agravo à saúde. Para Yamamoto (2007b) o conhecimento, enquanto parte do acervo dos meios de trabalho do/a assistente social, “[...] é um meio pelo qual é possível decifrar a realidade e clarear a condução do trabalho a ser realizado” (Ibidem, p. 63).

E exige ir além, tendo em vista que as possibilidades de pressionar os limites no trabalho profissional e tornar-se agente de defesa da universalização do SUS, perpassa pelo entendimento das contradições e tensionamentos do cotidiano procurando compreender o movimento de negação e afirmação da realidade que se posta, incluindo nos projetos em disputa (SOARES, 2010).

Esse esforço sustenta o exercício da relativa autonomia, tendo em vista que, seu exercício passa pelo conhecimento crítico da realidade, ou seja, análise de situações visando instrumentalizar propostas de trabalho. Nesse sentido, faz-se relevante recorrer a dados locais, regionais e nacionais disponíveis e acessíveis via internet. São esses registros que apontam o avanço da doença em regiões mais pobres, reforça a feminização, juvenilização e envelhecimento da epidemia. Entre outras questões que merecem atenção no exercício de planejar ações.

Contudo, nos três serviços investigados identificam-se dificuldades de organizar ações em equipe, não chegando a ser aprofundado pelas profissionais de que forma se dá esse processo no cotidiano de trabalho.

Mesmo com inúmeras restrições e impedimentos de ordem estrutural, a atuação do/a assistente social precisa se pautar na defesa do projeto profissional crítico e em consonância ao projeto da reforma sanitária e isso exige “[...] planejar suas ações a partir do conhecimento da realidade e de forma a garantir que, mesmo nas práticas assistenciais/emergenciais se trabalhe a dimensão político-pedagógica da profissão” (SOARES, 2010, p. 171). As estratégias se tornam indispensáveis para lidar com a burocracia e tomadas de decisões que vão contra os interesses dos usuários.

Nesse sentido, segundo uma entrevistada:

Agente conseguiu avançar [...]. Porque antes a coisa era meio perdida, mas assim, eu sempre participei no sentido de contribuir

com as normas do hospital, mas sempre levando o que gente tem de documento, de garantia de direitos, respaldada. E dizia, a gente não pode estar criando regras erradas, equivocadas. Eu não preciso brigar tanto, eu só preciso ter a clareza do que eu tenho que fazer. Mesmo que eu não saiba de muita lei, [...], mas aí eu vou procurar saber se existe alguma legislação que eu possa resguardar nesse sentido, aí eu vou, muito tranquilamente, levo a legislação. É uma opção da equipe [geral] de fazer o contrário do que diz uma legislação, tem essa opção, mas se tem o ônus disso (Entrevista nº 07).

O/A assistente social tem nas legislações sociais um elemento fundamental do seu trabalho, tendo em vista que é através delas que o profissional busca influir as necessidades dos usuários. Ao desconhecer a legislação, o profissional desconhece as alternativas viáveis de atender às principais demandas dos usuários.

Notemos que diante de todos os desafios, a busca de estratégias e o planejamento nas ações/atividades profissionais requer uma compreensão teórico-metodológica rigorosa, uma direção ético-política comprometida com a luta da classe trabalhadora e um aporte técnico-operativo que não se resume apenas em um leque de técnicas postas e aplicadas corriqueiramente.

### 4.3 Vinculações aproximativas às indicações da relativa autonomia

Considerando a identificação das demandas e respostas, dos limites e desafios, das estratégias e planejamento das ações das assistentes sociais entrevistadas, até aqui identificados e analisados e como mediação necessária para revelar a relativa autonomia, também buscamos saber das profissionais como elas identificam essa autonomia nos espaços de atuação. Isso nos possibilita contrastar a compreensão dessas profissionais acerca da **autonomia na realização das atividades e ações no seu cotidiano de trabalho, se identificam a relativa autonomia nas respostas profissionais** e o que foi possível revelar a partir dos depoimentos anteriores.

A defesa da relativa autonomia exige inúmeras mediações profissionais, que no atual contexto são agudizadas mediante o quadro de precarização das condições de trabalho e retirada de direitos e, portanto das dificuldades encontradas para responder às necessidades, fato esse reforçado nos resultados aproximativos desse trabalho. Isso revela maiores tensionamentos ao exercício da relativa autonomia,

por outro lado, mostra a necessidade da sua defesa pela busca de estratégias coletivas de assegurar uma atuação à luz do projeto ético-político.

Para tanto, o profissional precisa ter clareza das suas atribuições e competências profissionais, dos seus limites e busca de estratégias, em um contexto regressivo que atinge a categoria tanto nas suas condições de trabalho, como no aumento e complexidade das demandas que chegam para o profissional.

Nesse sentido, alguns questionamentos que encerram o nosso roteiro de entrevista buscaram a compreensão das profissionais entrevistadas acerca do exercício da relativa autonomia nos espaços de atuação, que como já identificado, são perpassados por limites e algumas possibilidades. Os depoimentos apresentam algumas divergências e contraditoriedade na compreensão do exercício da relativa autonomia,

Existe [...]. Eu tenho autonomia pra preparar a pessoa, de encaminhar essa pessoa para um serviço de assistência, essa autonomia me é dada e respeitada e eu sinto a resposta disso, eu sinto o retorno disso, porque os próprios pacientes retornam aqui [...] (Entrevista nº 01).

Sim. Quando eles chegam chorando e eu oriento, levanto o astral deles, eles chegam arrasados, cabe a gente orientar e levantar o astral nesse momento difícil (Entrevista nº 03).

Resguardar a relativa autonomia profissional requer potenciá-la mediante um projeto profissional coletivo de luta pela ampliação dos direitos (IAMAMOTO, 2015) e, portanto não se revela sem tensionamentos. A priori, atividades meramente burocráticas e/ou sem uma reflexão crítica, sem o esforço da práxis (pensamento mais ação) não revela a relativa autonomia, mas pode corroborar com a ausência dela nas atividades profissionais.

Importa destacar ainda a partir desses depoimentos, a tendência do processo de psicologização das necessidades sociais, que corrobora para deslocar as necessidades dos indivíduos para o âmbito que não é de competência nem atribuição do/a assistente social. Dada as especificidades que marcam a epidemia de HIV/Aids já destacadas ao longo desse estudo, a direção psicológica tomada pela assistente social torna-se um caminho perigoso.

Como demonstrado, a maioria das demandas e a necessidade de respostas emergenciais que aliadas à burocracia e seletividade das políticas sociais, vem

reduzindo as condições de atender às necessidades dos usuários, o que não permite afirmar total autonomia por parte das profissionais.

Nesse sentido, a partir de dois relatos que sinalizam existir relativa autonomia e a justificativa empreendida nelas, concordamos com Silva (2016, p. 95) quando sinaliza que “[...] a relativa autonomia profissional é intrinsecamente conectada ao esteio da história de luta e resistência do serviço social”. Quando recorremos à identificação das demandas (item 4.2), vemos que a necessidade de respostas se dá exatamente pela contradição e confrontos do antagonismo entre capital e trabalho, ou seja, resulta da “questão social” em suas variadas expressões. Desse modo, não existem respostas sem tensionamentos, e, portanto não existe relativa autonomia sem mediações teóricas, éticas e técnicas na sua realização. Vejamos esse depoimento:

Sim, a gente tem autonomia pra realizar as atividades de trabalho sim, só se for alguma coisa que está ligado as normas do hospital, algumas coisas a gente fica meio restrito, e ainda assim, é colocado alguma autonomia, como eu falei, aqueles de avaliar determinadas situações e autorizar (Entrevista nº 05).

Embora reconheça a relativa autonomia no exercício profissional, o depoimento já aponta as interferências na sua realização. A discussão da relativa autonomia se dá exatamente pelos condicionantes que operam para os seus tensionamentos, ou seja, das relações que interferem decididamente no exercício profissional por se tratar de uma atividade assalariada (IAMAMOTO, 2015).

Nesse sentido, os relatos reforçam:

A gente pode ter autonomia assim, de resolver um problema de uma medicação, um problema de um deslocamento de um paciente pra um canto, mas de uma participação como eu gostaria de participar nas questões políticas e sociais que dizem respeito ao HIV/Aids no Estado, no Município, não! Eu não sinto autonomia para participar disso (Entrevista nº 02).

Estou procurando a relativa autonomia. Eu posso dizer a você assim, pode até ser uma relativa autonomia, acredito que possa até ter em algumas situações, mas eu acredito que seja muito raro, porque [...] muitas vezes a gente tenta se adequar a uma resposta que a gente tem [...] (Entrevista nº 04).

Compreender a condição de trabalhador assalariado requer ter clareza que a autonomia sempre será relativa e sua realização não vai depender exclusivamente do/a profissional. Assim sendo:

Temos o limite, que é sempre relativa essa questão de autonomia, [...], o que a gente identifica como demanda, mas às vezes tem esse limite que põe essa questão da autonomia em xeque, [...] a gente depende de uma autorização [...], o ambiente hospitalar ele tem muito essa questão de enfrentamento diário, dessas dificuldades que aparecem, de às vezes, nem o próprio colega, de outro profissional entender o seu trabalho e isso gerar conflitos. Então assim, tem essa dificuldade de autonomia (Entrevista nº 06).

Nós temos uma autonomia relativa, e essas respostas elas dependem de todos os fatores, das políticas de maneira geral. A gente sempre consegue conversar com as pessoas, sensibilizar, mandar documentos, não só do ponto de vista legal [...] eu realmente percebo que a gente tem um empenho não só de buscar dar resolutividade, mas também de não fugir parâmetros [...] (Entrevista nº 07).

O exercício da relativa autonomia exige conhecimento crítico do real de um ponto de vista de totalidade (SILVA, 2016) exige reflexão, análise e ação de situações concretas. Se torna um “componente de resistência da profissão” (Ibidem, p. 101), que exige justamente os enfrentamentos dos desafios e limites a partir das dimensões que sustentam a formação e o fazer profissional atribuindo-lhes possibilidades de extrapolar rotinas meramente burocráticas.

A síntese que podemos fazer do conjunto de relatos expostos ao longo deste estudo, é que pouco tem se avançado nas estratégias de extrapolar as rotinas burocráticas, muitas envoltas de necessidades emergenciais que exigem respostas imediatas. Na mesma direção as precárias condições de trabalho têm se intensificado, e essa realidade impõem tensionamentos ao exercício da relativa autonomia.

Em conformidade com essas constatações, foi possível identificar que a maioria das profissionais reconhece esses tensionamentos ao exercício da relativa autonomia, contudo, não interpretam na totalidade dos limites e desafios expostos anteriormente para as respostas profissionais. Ou seja, não houve uma associação quanto a essas determinações.

Vejamos os tensionamentos/impedimentos ao exercício da relativa autonomia segundo as profissionais:

Essa autonomia ela vai depender... [...] A gente tinha uma autonomia maior na gestão passada, nessa a gente uma autonomia bem reduzida (Entrevista nº 07)

Assim, o quantitativo de profissional é uma coisa que é bem complicada pra gente (Entrevista nº 5)

A questão do quadro que é reduzido, acaba que a gente não dá respostas satisfatória por conta disso, porque a gente podia ter uma intervenção bem melhor (Entrevista nº 06)

Notemos que alguns dos tensionamentos ao exercício da relativa autonomia eles se repetem, dados os desafios e limites apontados anteriormente. Contudo, também observamos que são mais reduzidos e focalizados que as análises expostas a partir dos questionamentos lá sinalizados.

Entretanto, essa relativa autonomia também pressupõe possibilidades, ainda que restritas. Desse modo, tais possibilidades necessitam de aparatos legais e formais para serem defendidos a partir dos princípios éticos, teóricos e técnicos da profissão.

De acordo com Iamamoto (2015, p. 214-215) “sendo o Serviço Social regulamentado como uma profissão liberal e dispondo o assistente social de relativa autonomia na condução do exercício profissional, tornam-se necessários estatutos legais e éticos que regulamentem essa atividade”. Os instrumentos éticos e formais do Serviço Social construídos de forma coletiva através das entidades representativas da categoria são fundamentais ao respaldo da relativa autonomia.

As análises de Simões (2012) e Silva (2016) demonstram que nos documentos legais da profissão, leis, resoluções, o Código de Ética, parâmetros, ao passo que dão margem para defesa das competências e atribuições privativas, neles também se revela a relativa autonomia profissional.

Foi possível identificar que as profissionais entrevistadas também reconhecem a importância desses marcos legais para a defesa e exercício da relativa autonomia profissional. Para efeitos de análise aproximativa da importância dos marcos legais ao exercício da relativa autonomia, o Código de Ética e a Lei que Regulamenta a profissão foram os que apareceram mais vezes nos depoimentos:

O Código de Ética Profissional acho que é o mais importante [...] A lei que regulamenta a profissão que dá margem pra gente tentar defender uma melhor qualidade de vida, um melhor tratamento para o usuário, e para seus familiares, e defender as condições e melhorias de trabalho (Entrevista nº 02).



[...] o próprio Código de Ética [...], ele coloca os princípios fundamentais, e na lei de regulamentação da profissão, eu identifiquei nesses dois (Entrevista nº 04).

Prevaleceu a referência na Lei que regulamenta a profissão e ao Código de Ética. A Lei em vigor 8.662/93<sup>59</sup> de regulamentação da profissão traz algumas inovações, uma delas se faz indispensável ao estudo [...] visto que relacionou o princípio da autonomia ao exercício das competências e atribuições profissionais [...] (SIMÕES, 2016, p. 48) expressas nos artigos 4ª e 5ª respectivamente.

De modo geral, podemos perceber que as competências e atribuições privativas contidas na Lei 8.662/93 permitem a defesa do exercício da relativa autonomia legitimando o saber profissional e ampliando uma intervenção com base nos princípios do Código de Ética Profissional.

Conforme interpreta Iamamoto (2007b, p. 77) “o Código de Ética nos indica um rumo ético-político, um horizonte para o exercício profissional”. É notório que os demais incisos também dão margem à defesa da relativa autonomia, ao fazer referência aos direitos da atuação comprometido com os interesses da classe trabalhadora em uma perspectiva de ampliação dos direitos sociais e profissionais.

Nesse sentido, “[...] colocar os direitos sociais como foco do trabalho profissional é defendê-los tanto em sua normatização legal, quanto traduzi-los praticamente, viabilizando a sua efetivação social (IAMAMOTO, 2007b, p. 78).

Para tanto, a defesa da relativa autonomia depende da qualificação da formação, das legislações que regulam as competências e atribuições privativas (IAMAMOTO, 2007b; SIMÕES, 2012), assim como do respaldo político orientado pelo Código de Ética, enquanto instrumento que integra direitos, deveres e direcionamentos éticos, normativos e punitivos ao exercício profissional.

O rumo ético-político contido no código de Ética exige um profissional crítico e de competência organizativa no sentido de interpretar e decifrar os processos sociais, o contexto de trabalho, as desigualdades e o estabelecimento de estratégias de ação viáveis para enfrentar os desafios (IAMAMATO, 2007b) elementos que permeiam o exercício da relativa autonomia profissional.

---

<sup>59</sup> O Serviço Social brasileiro foi umas das primeiras profissões a ter uma lei de regulamentação, a Lei 3.252 de 27 de agosto de 1957, regulamentada pelo Decreto 994 de 15 de maio de 1962. A sua revogação se deu em 1993 com a aprovação da Lei 8.662/93 reflexo dos avanços teóricos e políticos do processo de amadurecimento profissional (SIMÕES, 2012; SILVA, 2016).

Outro instrumento legal normativo que dá margem à defesa da relativa autonomia identificado nas entrevistas, foi os Parâmetros para atuação do assistente social na saúde:

Eu trabalho muito com os parâmetros, os parâmetros pra mim é minha referência [...] (Entrevista nº 07).

A construção/elaboração dos Parâmetros de atuação, tanto o da assistência social, como o da saúde ao qual se refere a entrevistada 07, decorre de um amplo debate da categoria profissional, em que se viu a necessidade de gerar informações e, sobretudo direções gerais sobre o trabalho do/a assistente social nessas políticas, visando orientar no sentido de respaldar as respostas profissionais.

Corroboramos com Silva (2012), quando considera que as ações previstas nos parâmetros<sup>60</sup> expressam a relativa autonomia visto que particularizam a intervenção amparada no legado teórico, técnico e político e se concretizam como mediações que ressaltam a capacidade propositiva, o caráter investigativo e socioeconômico do trabalho profissional do/a assistente social.

Desse modo reconhece-se que os parâmetros tem sido um instrumento de defesa da relativa autonomia, inclusive quanto ao entendimento de alternativas potenciais mediante as demandas que chegam para os profissionais.

O respaldo nos parâmetros, ao passo que se torna relevante, foi destacado de forma ínfima nos depoimentos, e apenas em um dos serviços, no HUAC, foi demonstrado a relevância e o respaldo das ações condizentes ao que estabelece e orienta esse documento.

A respeito de tais constatações, reforçamos que as vinculações aqui empreendidas demonstraram que existe uma compreensão por parte dos profissionais acerca dos desafios ao exercício da relativa autonomia, contudo não são englobados na sua totalidade, possível de serem empreendidos nos desafios para responder às demandas.

De modo inverso, houve um amplo reconhecimento dos marcos legais para a defesa e exercício da relativa autonomia profissional, que não foram demonstrados dentro do campo em que se delineiam as possibilidades profissionais.

---

<sup>60</sup> As ações expressas nos parâmetros de atuação na saúde nos ajudaram a organizar a discussão das demandas e respostas (tópico 4.2) a partir dos eixos de atuação que também são discutidos por Soares (2010) e fundamentaram nossas análises.

Essa vinculação reforça a indispensabilidade dos caminhos percorridos por este estudo para buscar revelar a relativa autonomia no marco da intensificação do trabalho e retirada de direitos sociais. Ao situar os históricos desafios para responder às demandas que chegam para a profissão, as assistentes sociais entrevistadas forneceram elementos que indicaram o cerceamento da relativa autonomia, ainda que, de forma geral, tenha se constatado a busca das profissionais em atender às necessidades dos usuários, ainda que lhes faltem condições objetivas para isso.

## **5. ALGUMAS REFLEXÕES CONCLUSIVAS**

O caminho percorrido na discussão da presente investigação, desde a discussão das principais conceituações que permeiam o objeto de estudo, até a ênfase dada a transformações societárias engendradas pelo processo de crise estrutural do capital e suas implicações para o trabalho do/a assistente social e das políticas sociais, possibilitou o entendimento dos múltiplos determinantes sobre as demandas e respostas profissionais e, na mesma perspectiva, os tensionamentos ao exercício da relativa autonomia nessa conjuntura de disputas e acirramento em que apresenta as condições do mercado de trabalho.

Enquanto trabalhador assalariado, tem o/a assistente social, vivenciado as condições comuns a todos os demais trabalhadores, enfrentando um contexto de desemprego, baixos salários, acúmulo de vínculos empregatícios, precárias e flexíveis formas de contratação, rotatividade, sobrecarga de trabalho em decorrência do déficit de profissionais, redução de benefícios e direitos trabalhistas, assim como “[...] falta de perspectiva de progressão e ascensão na carreira, de políticas continuadas de capacitação profissional, dentre outras (RAICHELIS, 2010, p. 625).

A cultura do gerencialismo que invade o setor público estatal esvazia as ações reflexivas e criativas de trabalho. Prevalecem requisições por ações pragmáticas, tecnicistas, emergenciais e imediatistas (BARROCO, 2015), elementos reforçados e confirmados pelo nosso estudo.

As possibilidades de planejar novas propostas de trabalho que atenda os anseios dos usuários em torno do direito a saúde dependem de uma multiplicidade de fatores que fogem ao controle dos/das assistentes sociais e estão ligados aos limites expostos ao longo desse estudo. Entretanto, é necessário buscá-las de forma

coletiva, organizativa e estratégica através dos caminhos de afirmação da relativa autonomia. Sem esse esforço corre-se o risco de permanecermos na mera execução de ações rotineiras, repetitivas e burocráticas.

As indicações aqui pretendidas evidenciam que no setor de serviços, incluindo os serviços de saúde, o qual depende de atributos exclusivamente humanos, favorece as possibilidades do trabalho profissional e sua relativa autonomia (SCHÜTZ; MIOTO, 2012), ao mesmo tempo em que aponta os confrontos e desafios impostos pela realidade social encontrada nos espaços ocupacionais na atual conjuntura de reestruturação produtiva, que também afetam as condições de trabalho nesse setor.

Concretamente, o presente estudo revela através dos dados empíricos, que a complexidade das demandas que chegam para as assistentes sociais, ao passo que trazem particularidade do HIV/Aids, sinalizam o processo mais geral de necessidades dos usuários da saúde expressos pela não universalidade do SUS, cujas respostas profissionais são tensionadas pela atual configuração do mercado de trabalho e da política de saúde de atendimento ao HIV/Aids, limitando o exercício da relativa autonomia profissional.

Ficou explícito que o/a assistente social vivencia cotidianamente a tensão existente o constante aumento das demandas na saúde, atreladas a tendência linear dos casos da epidemia na região nordeste e a negação dos direitos sociais resultante de todo esse agravamento de “reformas” regressivas nas políticas sociais.

As aproximações sucessivas com o objeto de estudo demonstram que o exercício da relativa autonomia é um processo em constante construção e para tanto, impõem-se a necessidade de mediações teóricas, técnicas e políticas para resistir a conjuntura social e ideopolítica que impacta diretamente na formação e no exercício profissional.

Revelam ainda que é nesse cotidiano de tensão que a relativa autonomia se apresenta, se revela e se afirma. Através da necessidade de assegurar as competências e atribuições privativas da categoria; na necessidade de uma formação continuada; na viabilização do acesso dos usuários aos serviços e aos direitos sociais; na recusa de se impor regras arbitrárias que infrinja o direito dos usuários; na defesa do projeto da Reforma sanitária, e na luta coletiva pela universalização dos direitos da classe trabalhadora.

Ao partirmos da perspectiva e constatação que a relativa autonomia tem sido suprimida no atual contexto, os dados nos revelam a necessidade de estratégias e mediações para responder as necessidades dos usuários. Obviamente, que as mediações e a busca de estratégias vão depender do conhecimento e apreensão da realidade, e do compromisso profissional que pode ser respaldado juridicamente pelos marcos legais a partir da apreensão que os profissionais tem acerca deles.

E reafirmamos, essa autonomia ainda que relativa precisa ser tematizada, problematizada e difundida entre a categoria de assistentes sociais. Assegurar as prerrogativas profissionais a partir de um saber profissional impõe ter conhecimentos dos limites profissionais, mas, sobretudo, ter clareza da capacidade teórica, ética e técnica que fundamenta a expertise profissional.

Ponderamos que longe de esgotar as questões complexas que envolveram o nosso objeto de pesquisa, a realidade concreta permite a emergência de novas problemáticas, das quais não aprofundadas nessa dissertação, são instigantes e constituem em novos desafios. Nesse universo de novas temáticas podemos destacar: os novos modelos de gestão na saúde e as implicações para o trabalho do/a assistente social; a importância e dificuldades do trabalho em rede no cotidiano dos serviços; e a relação entre formação profissional crítica e continuada como mediação indispensável ao exercício da relativa autonomia, foram alguns destaques por nós, e evidenciados nos resultados da pesquisa.

Reiteramos a necessidade do compromisso coletivo da categoria no que concerne a articulação das dimensões do fazer profissional, a ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa para a defesa da relativa autonomia. E consideramos que a atual conjuntura requer o enfrentamento profissional na acirrada tarefa de pertencer e defender os interesses da classe trabalhadora.

## REFERÊNCIAS

ANTUNES, R. Adeus ao trabalho? ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 11.ed. São Paulo: Cortez, 2006.

BARROCO, Maria Lúcia. Não passarão! Ofensiva neoconservadora e Serviço Social. *In: Serviço Social e Sociedade*, nº 124, São Paulo: Cortez, 2015.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *In: Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16 (Sup. 1), p. 65-76, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2213.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2017.

BRAVO, M. I. **Saúde e Serviço Social no capitalismo**: fundamentos sócio-históricos. 1.ed. São Paulo Cortez, 2013.

BRAVO, M. I.; PELAEZ, E.; PINHEIRO, W. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. *In: Argumentum*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr.2018. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139>. Acesso em 31 maio de 2018.

BATTINI, O. O lugar da prática profissional no contexto das lutas dos assistentes sociais no Brasil. *In: BAPTISTA, M. V; BATTINI, O. (orgs.) A prática profissional do assistente social: teoria, ação, construção do conhecimento. V.1*, São Paulo: Veras Editora, 2009.

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestrutura do Estado e Perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BEZERRA, S. de O.; ARAÚJO, M. A. D. As (re) configurações das demandas ao serviço social no âmbito dos serviços públicos de saúde. *In: Revista de Administração Pública/FGV*. Nº 41. p.187-209. Mar/Abril 2007. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6583/5167>. Acesso em: 27 jan. 2018.

BOSCHETTI, I. Agudização da barbárie e desafios ao Serviço Social. *In: Serviço Social e Sociedade*, , n. 128, São Paulo: Cortez, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n128/0101-6628-sssoc-128-0054.pdf>. Acesso em 10 out. 2017.

BRAGA, M. T. et al. Aconselhamento em foco: Desafios e perspectivas de aconselhamento em HIV/AIDS. In: Revista Brasileira de Pesquisas em Saúde. Vitória, Junho de 2013.

BRASIL. Ministério da saúde - Secretária de Vigilância em Saúde - Departamento de IST, Aids e hepatites Virais. **Boletim epidemiológico HIV/Aids**. Brasília, v. XX, 2017a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017>. Acesso em: 04 dez. 2017a.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde - Secretária de Vigilância em Saúde - Departamento de IST, Aids e hepatites Virais. **Boletim epidemiológico HIV/Aids**. Brasília, v. 49, 2018. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>. Acesso em 30 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e hepatites Virais. Portaria **Conjunta nº 1, de 16 de Janeiro de 2013. Trata da alteração na Tabela de Serviço Especializado no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), o Serviço 106 - Serviço de Atenção a DST/HIV/Aids**. Brasília. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/legislacao/2013/52759>. Acesso em: 07 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Departamento passa a utilizar nomenclatura "IST" no lugar de "DST"**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/noticia/2016/departamento-passa-utilizar-nomenclatura-ist-no-lugar-de-dst> . Acesso em 30 mar. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. **Serviços de saúde**. Brasília, DF, 2017b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/servicos-de-saude>; Acesso em: 30 mar. 2017b.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017**. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. Brasília, 2017c. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/L13467.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/L13467.htm). Acesso em: 19 nov. 2017c.

BRAZ, N. Necessidades humano-sociais: ensaio sobre a atualização das necessidades radicais. In: **Argumentum**, Vitória (ES), v. 5, n.2, p.123-138, jul./dez. 2013. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4834938.pdf>. Acesso em 19 mar. 2017.

CASTELO, R. **O social liberalismo: auge e crise da supremacia burguesa na era neoliberal.** 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

CHAGAS, E. F. O método dialético de Marx: Investigação e exposição crítica do objeto. In: **Síntese: revista de filosofia.** V.38, n. 120. Belo horizonte, 2011. Disponível em: <http://www.faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/view/1036/1460>. Acesso em: 05 ago. 2016.

CLEMENTINO. M. O. **Serviço social e HIV/Aids: Uma análise da prática profissional no serviço de assistência especializada e HIV/Aids e Hepatits Virais (SAE) do município de Campina Grande-PB.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em serviço social). Universidade Estadual da Paraíba- UEPB, Campina Grande, PB: 2014. Disponível em: <http://dspace.bc.uepb.edu.br:8080/jspui/bitstream/123456789/5294/1/PDF%20-%20Milca%20Oliveira%20Clementino.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL- CFESS. **Código de Ética profissional do/a assistente social.** Brasília, 1993a.

\_\_\_\_\_. Esclarecimento sobre a implantação da jornada de 30 horas para Assistentes Sociais sem redução salarial – In: **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 105, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n105/13.pdf>. Acesso em 28 maio de 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão do Assistente Social.** Brasília, 1993b.

\_\_\_\_\_. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde.** Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. **Sobre a profissão de assistente social.** Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/documentoCFESS-PisoSalarial.pdf>. Acesso em: 28 maio de 2018.

CORREIA, M. V. C. A. Por que ser contra aos novos modelos de gestão no SUS?. In: BRAVO, M. I. et al. **Cadernos de Saúde: políticas sociais, saúde e participação na atualidade/ organizadoras.** 1. ed. – Rio de Janeiro. UERJ, Rede Sirius, 2011.

CORRÊA, S.A respostas brasileira ao HIV e à AIDS em tempos tormentos e incertos. In: **Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e**



**AIDS em 2016.** Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Rio de Janeiro – RJ, p. 24-32, 2016. Disponível em: [http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade\\_HIV-e-AIDS\\_BRASIL2016.pdf](http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf). Acesso em 09 set. 2017.

COSTA, M. D. H. **Os elos invisíveis do processo de trabalho em Saúde:** um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais nos serviços públicos de saúde nos anos 90 em Natal (RN). Dissertação (Mestrado) Recife: Pós-Graduação em Serviço Social, UFPE, 1998.

\_\_\_\_\_. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistente sociais. *In: Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.* 4ª ed. São Paulo: Cortez editora, 2009.

DANIEL, H.; PARKER, R. A terceira epidemia: o exercício da solidariedade. *In: DANIEL, H.; PARKER, R.(Org). Aids: a terceira epidemia.* São Paulo: Aglu, 1991.

DANIEL, H. Aids no Brasil: a falência dos modelos. *In: DANIEL, H.; PARKER, R.(Org). Aids: a terceira epidemia.* São Paulo: Aglu, 1991.

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Diretoria de atenção à saúde. **Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande - HUAC/UF CG:** Dimensionamento de serviço assistencial. Brasília, 2015. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/855496/Rel+Dim+Assist+HUAC+FINAL+23+04+15.pdf/3d8ee3f0-93b6-4fa4-9a5a-99610cf405e9>. Acesso em: 17 abr. 2017.

FRANCO, R. K. G . A proliferação da aids na classe pobre e com baixo nível de escolaridade no nordeste do Brasil. *In: Educação em Debate (UFC)* , v. V.2, p. 147-160, 2010. Disponível em: [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/16043/1/2010\\_art\\_rkgfranco.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/16043/1/2010_art_rkgfranco.pdf). Acesso em 02 abr. 2017.

FONSECA, M. G. P.; SZWARCOWALD, C. L.; BASTOS, F. I. Análise sociodemográfica da epidemia de Aids no Brasil, 1989-1997. *In: Revista Saúde Pública,* 2002; p. 678-85. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is\\_digital/is\\_0103/IS23\(1\)027.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0103/IS23(1)027.pdf). Acesso em: 22 jan. 2018.

FORTI, V. GUERRA, Y (Orgs). **Serviço social:** Temas, textos e contexto. Rio de Janeiro: Lumens Juris, 2010.

GALVÃO, J. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS. In PARKER, R. (Org). **Políticas, instituições e Aids: Enfrentando a Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Zaha/ABIA, 1997.

GONÇALVES, R. Novo desenvolvimentismo e liberalismo enraizado. In: Serviço Social e Sociedade. nº. 112. São Paulo: Cortez, 2012.

GUEDES, H. H. da S. **O desafio da prevenção em HIV/AIDS: um estudo acerca das práticas de saúde desenvolvida**. Dissertação [mestrado] PPGSS-UFJF, 181f, Juiz de Fora, 2010. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppgsservicosocial/files/201006/heloisa.pdf> . Acesso em 19 jan. 2017.

GUERRA, Y. O conhecimento crítico na reconstrução das demandas profissionais Contemporâneas. In: BAPTISTA, M. V; BATTINI, O. (orgs.) **A prática profissional do assistente social: teoria , ação , construção do conhecimento**. V.1, São Paulo, Veras Editora, 2009.

\_\_\_\_\_. Transformações societárias e Serviço social: repercussão na cultura profissional: mediações sócio-históricas e ético-políticas. In: MOTA, A. E; AMARAL, A (Orgs). **Cenários, contradições e pelejas do serviço social brasileiro**. São Paulo: Cortes, 2016.

HARVEY, D. A transformação político-econômica do capitalismo do final do século XX. In: HARVEY, D. **Condição Pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

HELLER, A. Sobre os preconceitos. In: HELLER, A. **O cotidiano e a História**. Tradução: Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. 6ª ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2000.

\_\_\_\_\_. **Teoría de las necesidades en Marx**. 1ªed. Barcelona, 1978.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**. 9ª. ed. São Paulo: Cortez, 2007a.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 13. ed. - São Paulo: Cortez, 2007b.

\_\_\_\_\_. **Serviço social em tempo de capital fetiche:** capital financeiro, trabalho e questão social. 9ª ed. São Paulo: Cortez, 2015.

\_\_\_\_\_. CARVALHO, R. de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 24ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

LIMA, T. C. S.; MIOTO, R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. In: **Revista katálysis**, Florianópolis v. 10 n. esp. p. 37-45, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nspe/a0410spe>. Acesso em: 20 nov. 2016.

MARX, K. A lei geral da acumulação capitalista. In: MARX, K. **O capital: crítica da economia política.** livro 1 [tradução de Rubens Enderle]. São Paulo: Boitempo, 2013.

\_\_\_\_\_. Contribuição à crítica da economia política. [Tradução e introdução de Florestan Fernandes]. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

\_\_\_\_\_. **Grundrisse:** manuscritos econômicos de 1857-1858: esboços da crítica da economia política. São Paulo: Boitempo, 2011.

MEIRELLES, G. A. L de. Pauperização relativa, desigualdade social e a “questão social” contemporânea. In: **Temporalis**, Brasília (DF), ano 15, n. 29, P. 65-88, jan./jun. 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/Milca/Downloads/Dialnet-PauperizacaoRelativaDesigualdadeSocialEAQuestaoSoc-5167650%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Milca/Downloads/Dialnet-PauperizacaoRelativaDesigualdadeSocialEAQuestaoSoc-5167650%20(1).pdf). Acesso em: 02 abr. 2017.

MÈSZÀROS, I. A ativação dos limites absolutos do capital. In: Para além do capital: Rumo a uma teoria da transição. [Tradução Paulo César Castanheira; Sergio Lessa]. 1ª ed. São Paulo: Boitempo Editora, 2002.

MIRANDA, D.S.M. **O serviço social e o enfrentamento da Aids na Paraíba:** um estudo sobre a atuação profissional do assistente social á luz das equipes multidisciplinar dos serviços de diagnóstico e atendimento a portadores de HIV/Aids do município de Campina Grande-PB. Dissertação ( mestrado) – UFPB/CCHL, 130f. João Pessoa, 2012. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ufpb.br:8080/handle/tede/7221>. Acesso em: 20 jan. 2017.

MIOTO R. C. T.; NOGUEIRA V. M. R. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. In: **Rev. katálysis.** vol.16 , Florianópolis, 2013.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802013000300005>. Acesso em: 29 ago. 2016.

\_\_\_\_\_.; \_\_\_\_\_. Sistematização, Planejamento e Avaliação das ações dos Assistente Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, A.E. et al, (orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**, 4ª ed. São Paulo: Cortez; Brasília <DF:OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009.

MONTAÑO, C. **A natureza do Serviço Social: um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução**. 2ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MORANI, C do. N. S.; HORA, S. S. da. O serviço social no âmbito das políticas sociais: discutindo as tensões entre projeto profissional e trabalho assalariado. *In: O social em questão*, ano XVIII nº.34, 2015.

MOTA, A. E. Espaços ocupacionais e dimensões políticas da prática do assistente social. *In: Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, nº 120, p. 694-705, out./dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Redução da pobreza e aumento da desigualdade social: um desafio teórico – político ao serviço social brasileiro: *In: MOTA, A. E. (Org.) Desenvolvimento e construção de hegemonia: crescimento econômico e reprodução da desigualdades*. São Paulo: Cortez, 2012.

MOTA, A. E.; AMARAL, A, do. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e serviço social. *In: MOTA, A. E (org). A nova fábrica de consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao serviço social*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MOTA, A. E.; TAVARES, M. A. Trabalho e expropriações contemporâneas. *In: MOTA, A. E.; AMARAL, A. (org.) Cenários, contradições e pelejas do serviço social brasileiro*. São Paulo: Cortez, 2016.

NEMES, M. I. B.; SCHEFFER, M. Desafios da assistência às pessoas que vivem com HIV e Aids no Brasil. *In: Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016*. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Rio de Janeiro – RJ, p. 24-32, 2016. Disponível em: [http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade\\_HIV-e-AIDS\\_BRASIL2016.pdf](http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf). Acesso em 20 jan. 2018.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

\_\_\_\_\_. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 8ª ed. São Paulo: Cortez, 2011a.

\_\_\_\_\_. Crise do capital e consequências societárias. In: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.11, 2012.

\_\_\_\_\_. **Ditadura e serviço social**: Uma análise do Serviço social no Brasil pós-64. 16 ed. São Paulo: Cortez, 2011b.

\_\_\_\_\_. Transformações societárias e Serviço Social: notas para uma análise prospectiva da profissão. In: **Serviço Social e Sociedade** n 50. São Paulo: Cortez, 1996

NOGUEIRA, V. M. R. Os serviços e o serviço social: explicações e implicações. In: *Semina*, v. 11, n. 3, p. 160-164, set. 1990. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/viewFile/9251/12464>. Acesso em 15 jan. 2017.

\_\_\_\_\_.; TUMELERO, S. M. A relativa autonomia do assistente social na implementação das políticas sociais: elementos explicativos. In: **O Social em Questão** - Ano XVIII - nº 34 – 2015. Disponível em: [http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_34\\_9\\_Nogueira\\_Tumelero.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_34_9_Nogueira_Tumelero.pdf). Acesso em: 03 fev. 2018.

\_\_\_\_\_.; MIOTO R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al. (orgs.) *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*, 4 ed. São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, Ministério da saúde, 2009.

PARKER, R. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/Aids no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/Aids, 1982-1996. In: **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 27, 2003.

PEREIRA, A. J.; NICHATA, L. Y. I. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. In: **Ciência de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro v. 16, n. 7, p. 3249-3257, Julho 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/24.pdf>. Acesso em: 11 maio 2017.

QUALIAIDS. **Avaliação e Monitoramento da Qualidade e Recomendações de Boas Práticas da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS**. Brasília -DF, 2008. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_qualiaids.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_qualiaids.pdf). Acesso em: 28 fev. 2018.

RADIS. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE. Rio de Janeiro: Fiocruz, n. 177, jun. 2017a.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Rio de Janeiro: Fiocruz, n. 178, ago. 2017b.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Rio de Janeiro: Fiocruz, 189, jun. 2018.

RAICHELIS, R. Proteção social e trabalho do assistente social: tendências e disputas na conjuntura de crise mundial. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, nº 116, p. 609-635, out./dez. 2013.

ROCHA, A. G. V. A AIDS como expressão da questão social: a prática pedagógica do assistente social nos programas de prevenção de Dst/Aids. In: **Jornada Internacional de políticas públicas**, São Luiz, 2005. Disponível em: [http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Anne\\_Gabriela\\_Vieira\\_Rocha232.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Anne_Gabriela_Vieira_Rocha232.pdf). Acesso em: 15 jan. 2017.

SANTOS, R. M. dos. **O serviço social e a Exclusão/ Inclusão dos portadores de HIV/AIDS**: Demandas e Desafios nos hospitais públicos. Dissertação ( Mestrado em Serviço Social) Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, Natal/RN, 2005.

SCHÜTZ, F.; MIOTO, R. C. T. O trabalho em serviços: contribuições para o debate do Serviço Social. In: **Em Pauta**: teoria social e contemporânea. n. 30, v.10, p. 83-101. Rio de Janeiro: 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/5106/3747>. Acesso em 10 jan. 2018.

SEFFNER, F.; PARKER, R. A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à AIDS. In: **Mitovs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA), Rio de Janeiro – RJ, p. 24-32, 2016. Disponível em: [http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade\\_HIV-e-AIDS\\_BRASIL2016.pdf](http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2016/07/Mito-vs-Realidade_HIV-e-AIDS_BRASIL2016.pdf). Acesso em 09 abr. 2017.

SERPA, M. A. S. de. **O trabalho em saúde: os fios que tecem a (des) regulamentação do trabalho nos serviços públicos**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA. Serviço Social, 2009. Disponível em: <http://pct.capes.gov.br/teses/2009/25001019031P3/TES.PDF>. Acesso em 03 jun. 2018.

SILVA, G. S. da. Transferência de renda e monetarização das políticas sociais: estratégia de captura do fundo público pelo capital portador de juros. **In:** SALVADOR, E. et al. **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012.

SILVA, I. M. F. da. Serviço social e questão social: na escuta dos/as assistentes sociais contemporâneas. *In:* SILVA, I. M. F. da. **Questão social e Serviço Social no Brasil: fundamentos sócio-históricos**. 2º ed. Campinas, SP: Papel Social; Cuiabá, MT: EdUFMT, 2014.

SILVA, J. A. **A relativa autonomia profissional do/a assistente social**: mediações éticas, culturais e políticas para seu exercício. Dissertação (mestrado em serviço social). Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Campina Grande, 2016.

SILVA, M.L. de O. Serviço social no Brasil: Referencia aos 80 anos. *In:* SILVA, M.L. de O. (Org). **Serviço Social no Brasil: História de resistência e de ruptura com o conservadorismo**. São Paulo: Cortez, 2016.

SIMÕES, C. Na ilha de Robinson: a autonomia e ética profissional no neoliberalismo. *In:* **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n.99. jul/set. 2009.

SIMÕES. N. L. H. **Autonomia Profissional X Trabalho assalariado**: exercício profissional do assistente social. Dissertação (mestrado em serviço social). Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Juiz de fora, 2012. Disponível em: <http://www.ufjf.br/ppsserviçosocial/files/2012/05/nanci>. Acesso em: 20 out. 2017.

SOARES, R. C. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje**: impactos e demandas ao serviço social. Tese (Doutorado) Recife: Pós-Graduação em Serviço Social, UFPE, 2010. Disponível em: <http://pct.capes.gov.br/teses/2010/25001019031P3/TES.PDF>. Acesso em: 07 nov. 2017.

TONET, I. **Método científico**: uma abordagem ontológica. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

TRINDADE. R. P. desvendando as determinações sócio-históricas do instrumental técnico-operativo do serviço social na articulação entre demandas e projetos profissionais. *In:* **Temporalis**, nº 4. Espírito santo, 2001.

\_\_\_\_\_. et al. **Necessidades e demandas sociais, demandas institucionalizadas e requisições profissionais:** o serviço social nas políticas de educação e agrária no Brasil. in: III Colóquio Nacional sobre o trabalho do assistente social, UFAL, 2015.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social:** Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2009.

VIEIRA, A. C de S. Política de saúde e HIV: direito à saúde e reformas regressivas. In: **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 72-87, jan./abr.2018. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/1862213182> . Acesso em 31 maio de 2018.

VIEIRA, F. S.; BENEVIDES, R. P. de S. e. **Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil.** Brasília (DF): Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2016. (Nota técnica, n. 28). Disponível em: [http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2016/10/images\\_IPEA241.pdf](http://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2016/10/images_IPEA241.pdf). Acesso em: 29 maio 2018.

VILLARINHO, M. V. et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. In. **Revista Brasileira Enfermagem.** Brasília, vol.66, n. 2, p, 271-277, Mar, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/18.pdf>. Acesso em: 05 out. 2017.



## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I

### ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS/AS ASSISTENTES SOCIAIS

Pesquisadora: Milca Oliveira Clementino

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr. Moema Amélia Serpa Lopes de Souza

#### FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS

Dados da entrevista	
Número da entrevista	
Data	
Nome do entrevistado	
Instituição	
Perfil do/a entrevistado/a	
Idade	
Vínculo de Trabalho	<input type="checkbox"/> Estatuário <input type="checkbox"/> CLT –celetista <input type="checkbox"/> Prestador de serviço <input type="checkbox"/> Cargo Comissionado <input type="checkbox"/> Outro _____
Forma de admissão	<input type="checkbox"/> Concurso <input type="checkbox"/> Seleção pública <input type="checkbox"/> Processo seletivo simplificado <input type="checkbox"/> Indicação/convite
Jornada de trabalho	<input type="checkbox"/> 20h/s <input type="checkbox"/> 30h/s <input type="checkbox"/> 40h/s
Regime de trabalho	<input type="checkbox"/> Plantonista <input type="checkbox"/> Diarista
Salário	<input type="checkbox"/> 1 até 2 SM <input type="checkbox"/> 2 até 3 SM <input type="checkbox"/> 3 até 4 SM <input type="checkbox"/> Mais de 4 SM
Tempo de serviço na instituição	
Possui outro vínculo empregatício como assistente social?	<input type="checkbox"/> Sim, em qual política publica? _____ <input type="checkbox"/> Não
Formação profissional	
Graduação:	Ano de conclusão _____ <input type="checkbox"/> Instituição Pública <input type="checkbox"/> Privada Especifique: _____
Possui Pós-Graduação?	Especifique: <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado Área: _____ Ano de conclusão: _____  <input type="checkbox"/> Não possui
Atividades de	<input type="checkbox"/> Participação em Encontros/discussões/palestras na área

capacitação	de serviço social e/ou áreas afins ( ) Participação em cursos aprimoramento oferecidos pela instituição ( ) Outras atividades: especifique _____
-------------	--

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. O que compete ao Serviço Social na instituição?
2. Qual o perfil dos usuários atendidos na instituição? Esse perfil repercute nas demandas? Exemplifique?
3. Considera que as competências e atribuições profissionais nesse espaço ocupacional têm relação direta com o que é recomendado para profissão?
4. Que/Quais as demandas profissionais você identifica nesse espaço ocupacional e quais têm sido mais requisitadas?
5. Como tem se dado as respostas profissionais mediante às demandas? Exemplifique.
6. A partir das demandas que chegam para o Serviço Social, existe em sua opinião, impedimento/limites para as respostas? Se sim, a que você atribui os limites/dificuldades para as respostas profissionais? Explique.
7. Como é organizado o processo de trabalho no cotidiano dos serviços? Quem são os profissionais e como articulam suas ações?
8. Existe um planejamento das ações/atividades a serem desenvolvidas? Explique!
9. Considera que o atual contexto de precarização das políticas sociais, dentre elas a de saúde, tem interferido nas respostas profissionais? Justifique!
10. Você identifica restrições para a política de enfrentamento ao HIV/Aids no atual contexto? Se sim, como se expressam nos serviços e no trabalho profissional?
11. Tem sido possível extrapolar as rotinas institucionais/burocráticas e planejar novas propostas de trabalho? Quais estratégias têm sido utilizadas e quais as possibilidades encontradas? Explique!
12. Existe relativa autonomia na realização das atividades ações no seu cotidiano de trabalho? É possível identificar a relativa autonomia nas respostas profissionais? Explique.
13. A relativa autonomia profissional tem sido tensionada no exercício profissional? Se sim, como e de que maneira identifica esses tensionamentos? Explique.
14. Identifica nas legislações da profissão algum instrumento normativo fundamental para a defesa da relativa autonomia? Cite-os!

## **ANEXOS**

## ANEXO I - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AS DEMANDAS, AS RESPOSTAS E A RELATIVA AUTONOMIA PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL: A experiência nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids do município de Campina Grande/PB

**Pesquisador:** MILCA OLIVEIRA CLEMENTINO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 87448318.6.0000.5187

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual da Paraíba - UEPB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.610.875

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual da Paraíba para apreciação ética para análise e parecer com a finalidade de desenvolvimento de pesquisa para conclusão do Curso de Pós-Graduação em Serviço Social.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar as demandas e respostas profissionais dos/as assistentes sociais que atuam nos serviços de assistências especializada em HIV/Aids do município de Campina Grande/PB buscando revelar a relativa autonomia profissional

Objetivo Secundário:

- Identificar as principais demandas que chegam para os profissionais de Serviço Social inseridos nos serviços de assistência especializada em HIV/Aids do município de Campina Grande/PB;
- Identificar as respostas profissionais e contrastar, a partir delas, como tem se revelado a relativa autonomia profissional nos espaços lócus da pesquisa.
- Aprender a tendência da política nacional de saúde de atendimento ao HIV/Aids identificando de que forma a sua operacionalização tem

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.610.875

repercutido nas demandas e respostas profissionais dos assistentes sociais nos espaços lócus da pesquisa.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Considerando a justificativa e os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, percebe-se que a pesquisa tem viabilidade e os riscos previstos serão do tipo "mínimo", no entanto, não se encontra explícito no projeto quais são os riscos mínimos em conformidade com a Resolução 466/12/CNS/MS.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa intitulada "AS DEMANDAS, AS RESPOSTAS E A RELATIVA AUTONOMIA PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL: A experiência nos Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids do município de Campina Grande/PB". Farão parte do processo investigativo os/as profissionais de Serviço Social dos três serviços que prestam assistência especializada em HIV/Aids localizados no município de Campina Grande/PB, são eles: Os/As profissionais do Serviço de Assistência Especializada (SAE), e do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) serão incluídos todos/as os/as profissionais, pois totalizam 03 (três): 02 (dois) no SAE e 01 (um) no CTA. Do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) serão 04 (quatro) profissionais, 02(dois) que atuam no ambulatório e 02 (dois) das enfermarias. O universo total da pesquisa, portanto, contará com 07 (sete) assistentes sociais.

Os dados serão obtidos a partir de fontes primárias, colhidas junto aos sujeitos da pesquisa através de entrevista semi-estruturada, e fontes secundárias, considerando que buscaremos suporte em autores que venham contribuindo com análises teóricas sobre a profissão, e resoluções lançados pelo Conselho Federal de Serviço Social e dados epidemiológico sobre o HIV/Aids lançado pelo Ministério da Saúde através do boletim epidemiológico HIV/Aids divulgado no site para consultas, que já passaram por processo de análise, e que tenha relação com sobre o tema aqui abordado. Adotaremos a revisão bibliográfica, "[...] pré-requisito para a realização de toda e qualquer pesquisa [...]"(LIMA; MIOTO, 2007, p.38).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos necessários e obrigatórios foram acostados a Plataforma Brasil.

**Recomendações:**

O/A pesquisador(a) responsável deverá enviar o relatório de conclusão do estudo na Plataforma

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.610.875

Brasil.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há inadequações que possam comprometer a coleta de dados. Diante do exposto, somos pela aprovação do projeto de Pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Considerando a justificativa e os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, somos pela aprovação do mesmo.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1100751.pdf	27/03/2018 11:27:03		Aceito
Outros	oficio.doc	27/03/2018 11:24:43	MILCA OLIVEIRA CLEMENTINO	Aceito
Outros	voz.docx	27/03/2018 11:23:59	MILCA OLIVEIRA CLEMENTINO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	27/03/2018 11:22:26	MILCA OLIVEIRA CLEMENTINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOTCLE.docx	27/03/2018 11:18:51	MILCA OLIVEIRA CLEMENTINO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	compromissopesquisar.pdf	27/03/2018 11:18:24	MILCA OLIVEIRA CLEMENTINO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia2.pdf	27/03/2018 11:17:17	MILCA OLIVEIRA CLEMENTINO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciaHU.pdf	27/03/2018 11:15:40	MILCA OLIVEIRA CLEMENTINO	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAderocto.pdf	27/03/2018 11:12:52	MILCA OLIVEIRA CLEMENTINO	Aceito

**Situação do Parecer:**

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA  
PARAÍBA - PRÓ-REITORIA DE  
PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer: 2.610.875

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPINA GRANDE, 20 de Abril de 2018

---

**Assinado por:**  
**Marconi do Ó Catão**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. das Baraúnas, 351- Campus Universitário  
**Bairro:** Bodocongó **CEP:** 58.109-753  
**UF:** PB **Município:** CAMPINA GRANDE  
**Telefone:** (83)3315-3373 **Fax:** (83)3315-3373 **E-mail:** cep@uepb.edu.br