



*Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.*

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**Universidade Federal de Pernambuco  
Centro de Ciências Sociais Aplicadas  
Pós-Graduação em Serviço Social**

**Giselli Caetano dos Santos**

**A dimensão social da aids:  
avanços e retrocessos da política de enfrentamento na  
particularidade de Pernambuco.**

**Recife**

**2014**



Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

**Giselli Caetano dos Santos**

**A dimensão social da aids:  
avanços e retrocessos da política de enfrentamento na  
particularidade de Pernambuco.**

I

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Serviço Social.

**Recife**

**2014**



Catálogo na Fonte  
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

S237d Santos, Giselli Caetano dos  
A dimensão social da AIDS: avanços e retrocessos da política de enfrentamento na particularidade de Pernambuco/ Giselli Caetano dos Santos. - Recife : O Autor, 2014.  
161 folhas :il. 30 cm.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Cristina Brito Arcoverde.  
Tese (Doutorado em Serviço Social) ó Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2014.  
Inclui referências.

1. Direitos Sociais. 2. AIDS (Doença) - Prevenção. 3. Assistência Social.  
I. Arcoverde, Ana Cristina Brito (Orientadora). II. Título.

361.61CDD (22.ed.) UFPE (CSA 2014 ó 121)



**Giselli Caetano dos Santos**

**A dimensão social da aids:  
avanços e retrocessos da política de enfrentamento  
na particularidade de Pernambuco.**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de doutora em Serviço Social.

Aprovada em: 06/05/2014

**Banca Examinadora**

Orientadora: Profa. Dra. Ana Cristina Brito Arcoverde  
Pós-Graduação em Serviço Social/UFPE

Examinadora interna: Profa. Dra. Ana Cristina de Souza Vieira  
Pós-Graduação em Serviço Social/UFPE

Examinadora interna: Profa. Dra. Anita Aline Albuquerque Rocha  
Pós-Graduação em Serviço Social/UFPE

Examinadora interna: Profa. Dra. Helena Lúcia Augusto Chaves  
Pós-Graduação em Serviço Social/UFPE

Examinadora externa: Profa. Dra. Alessandra Ramos Castanha  
Pós-Graduação em Psicologia/UFPE

Examinadora externa: Profa. Dra. Ana Maria de Brito  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM/Fiocruz/UFPE

## Resumo

O pressuposto de que saúde é muito mais que ausência de doença e envolve as determinações sociais da saúde indica que enfrentar uma epidemia exige respostas para além da medicina curativa ou modelo biomédico. No caso da aids, a resposta brasileira à epidemia tem se materializado desde os anos 1980 e aponta para uma articulação entre Estado e sociedade na construção de um conjunto de ações que tem o objetivo de reduzir a disseminação da doença e garantir tratamento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Em que consistem as ações para o enfrentamento da aids? Que necessidades vêm atendendo? Fortalece a efetivação do tratamento? Quais as tendências dessas ações: voltadas para a medicina curativa ou contemplam as determinações sociais da saúde? Essas indagações norteiam o objetivo desta tese, que é **analisar o enfrentamento da aids e suas interfaces com as determinações sociais da saúde, na particularidade do estado de Pernambuco**. O enfrentamento da epidemia em Pernambuco segue as diretrizes da Política Nacional de Enfrentamento da aids fomentadas pelo Ministério da Saúde em parcerias com secretarias estaduais e municipais, bem como com a sociedade civil organizada. Situa-se o objeto de estudo no contexto das determinações das políticas sociais, em particular a política de saúde. Como recursos metodológicos para o alcance dos objetivos propostos, o estudo foi norteado por uma abordagem que articulou as pesquisas quantitativa e qualitativa, com utilização de dados do Censo Demográfico de 2010, dados sobre aids do Datasus, livro de registro de atendimentos do serviço social no ambulatório do Hospital Correia Picanço, ficha social do internamento do HCP, levantamento dos serviços de saúde implementados em Pernambuco para enfrentamento da aids e análise documental da Política de Enfrentamento da epidemia e de quatro relatórios sobre a resposta brasileira à aids. Os resultados indicam que o enfrentamento da aids tem ênfase na saúde curativa, mas também possui interfaces com as determinações sociais, mas essas interfaces não são institucionalizadas ou pensadas no contexto oficial de resposta à epidemia, e sim construídas a partir da práxis cotidiana na luta pela garantia dos direitos sociais, e têm como atores as organizações da sociedade civil, as pessoas vivendo com aids (reunidas em organizações, redes, fóruns) ou mesmo individualmente quando lutam para acesso aos direitos sociais e os profissionais que trabalham junto aos pacientes e buscam identificar na rede a possibilidade de acesso, bem como orientam e esclarecem sobre os direitos sociais. Nesse sentido, essas interfaces são possibilidades de acesso à proteção social e está vinculada ao estado avançado da doença, operacionalizando assim uma focalização. Já do ponto de vista da saúde curativa se vem garantido o acesso universal as medicações e serviços de referências. Sendo assim, enquanto se avança no direito universal ao atendimento médico e medicamentoso permitindo o acesso ao setor saúde, se retrocede na garantia plena da proteção social, focalizando-se as ações voltadas as determinações sociais da saúde.

Palavras-chave: Direitos sociais. Proteção Social. Enfrentamento da aids.

## ABSTRACT

The assumption that health is much more than the absence of disease and involves the social determinants of health indicates that facing an epidemic demands answers beyond the biomedical model. In the case of AIDS, the Brazilian response to the epidemic has materialized since the 1980s and points to a link between state and society in building a set of actions that aims to reduce the spread of disease and ensure treatment within the system's single Health. Consistent with that actions to fight AIDS? That are meeting needs? Strengthens the effectiveness of their treatment? What are the trends of these actions: facing the biomedical model or include the social determinants of health? These questions guide the objective of this thesis to analyze that fight AIDS and their interfaces with the social determinants of health, the particularity of the state of Pernambuco. Confronting the epidemic in Pernambuco follows the guidelines of National Policy to Combat AIDS promoted by the Ministry of Health in partnership with state and local secretarial, as well as civil society organizations. Lies the object of study in the context of determination of social policies, particularly health policy. As methodological resources to achieve the proposed objectives, the study was guided by an approach that articulated the quantitative and qualitative research, using data from the Census 2010 data on AIDS data, register of attendance at social service the Hospital Correia Shrike, social form of accommodation of the HCP, survey of health services in Pernambuco implemented to combat AIDS and documentary analysis of the epidemic of Confrontation Politics and four reports on the Brazilian response to AIDS. The results indicate that fight AIDS, despite the emphasis on the biomedical model, has interfaces with social determinations, but these interfaces are not institutionalized or thought in the context of official response to the epidemic, but built from the daily practice in the struggle for guarantee of social rights, and have as actors of civil society organizations, people living with AIDS (gathered in organizations, networks, forums) or individually when they fight for access to social and professionals who work with patients' rights and seek to identify the network the ability to access, as well as guide and clarify on social rights. In this sense, these interfaces are possibilities of access to social protection and is linked to advanced disease, thus operationalizing a focus. Already the biomedical point of view has guaranteed universal access to medications and referral services were created. Thus, while advancing the universal right to medical care and medication allowing access to the health sector, it kicks into full guarantee of social protection, focusing on activities addressing the social determinants of health.

Keywords: Social rights. Social protection. Fighting SIDA.



Your complimentary  
use period has ended.  
Thank you for using  
PDF Complete.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

## Lista de siglas

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar em aids

ADT - Assistência Domiciliar Terapêutica

BPC - Benefício da Prestação Continuada

CAPs - caixas de aposentadorias e pensões

CDSS - Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CIB - Comissão Intergestora Bipartite

CISAM- Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros

CIT - Comissão Intergestora Tripartite

COAS - Centro de Orientação Sorológica

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especial da Assistência Social

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos

DMPs - Departamentos de Medicina Preventiva e Social

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

EUA - Estados Unidos da América

FGTS - Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

GAPA - Grupo de Apoio à Prevenção

HBL - Hospital Barão de Lucena

HC - Hospital das Clínicas

HCP - Hospital Correia Picanço

HD - Hospital Dia

HGOF - Hospital Geral Otávio de Freitas

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

HUOC - Hospital Universitário Oswaldo Cruz

IAPs- Institutos de Aposentadorias e Pensões

IASC - Instituto de Assistência Social e Cidadania

IMIP- Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MDS - Ministério de Desenvolvimento e Combate à Fome

NOAS-SUS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB-SUS - Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não Governamental

PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde

PASEP - Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público

PE - Pernambuco

PIS - Programa de Integração Social

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios

PSF - Programa Saúde da Família

RD - Região de Desenvolvimento

RMR - Recife e Região Metropolitana

SAE - Serviço de Atendimento Especializado

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SICLOM - Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos

SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

TARV - Terapia Antirretroviral

TFD - Tratamento Fora do Domicílio

UFPE - Universidade Federal de Pernambuco

WHO - World Health Organization(Organização Mundial da Saúde)

## Lista de Quadros

- Quadro 1 - Domicílios de Pernambuco - Acessos a serviços básicos - Censo 2010
- Quadro 2 - Domicílios Permanentes de PE - classes de rendimento mensal - Censo 2010
- Quadro 3 - Pessoas de 10 anos ou mais por classe de instrução Pernambuco - Censo 2010
- Quadro 4 - Número de casos notificados de aids por número de municípios -Período- 1980 -2012 até junho
- Quadro 5 - Evolução de casos de aids por décadas em municípios com mais de 100 casos registrados; Período: décadas 1980, 1990, 2000 até junho de 2012.
- Quadro 6 - Casos de aids em Pernambuco segundo sexo e RDs - Período: 1980 2012 até junho
- Quadro 7 - Ano de início das atividades dos SAEs.
- Quadro 8 - Distribuição de pessoas em TARV por serviços (Recife)
- Quadro 9 - Distribuição de pessoas em TARV na RMR, capital Recife e SAEs estaduais
- Quadro 10 - Quantitativo de atendimento do Serviço Social no ambulatório do HCP - Período: 2006-2013
- Quadro 11 - Demandas ao serviço social do HCP Período (2006-2013)
- Quadro 12 - Necessidades sociais de subsistência
- Quadro 13- Demandas da rede socioassistencial e garantia de direitos
- Quadro 14 - Demandas do setor saúde e rotinas

## SUMÁRIO

Introdução .....	10
Procedimentos metodológicos.....	17
Capítulo 1 - Aids e as determinações sociais da saúde: construção de resposta à epidemia .....	21
1.1. Surgimento da aids e as primeiras respostas brasileiras.....	21
1.2. O conceito ampliado de saúde e as determinações sociais: a discussão da dimensão social no processo saúde-doença .....	28
1.3. Estado e sociedade e as respostas às demandas sociais.....	36
1.4. Direitos e necessidades sociais: a quem compete sua materialização.....	46
Capítulo 2 - Direito à saúde no Brasil e Política de Saúde.....	60
2.1. A luta pelo direito à saúde no Brasil: contribuições da reforma sanitária.....	60
2.2. Construção da proteção social no Brasil pós-constituição de 1988: a seguridade social .....	69
2.3. A implementação do Sistema Único de Saúde .....	80
Capítulo 3 - A dimensão social da aids: avanços e retrocessos da Política de Enfrentamento na particularidade de Pernambuco.....	89
3.1. Política de Enfrentamento à aids: principais diretrizes e ações propostas.....	89
3.1.1. Resposta brasileira à aids: principais resultados .....	95
3.2. As determinações sociais e o perfil da epidemia da aids em Pernambuco:.....	104
3.3. Enfrentamento da aids na particularidade de Pernambuco.....	114
3.3.1 - A singularidade do Hospital Correia Picanço.....	119
3.4. A dimensão social da aids: demandas sociais e principais respostas.....	125
Considerações finais .....	141
Referências .....	151

Esta tese tem por objetivo **analisar o enfrentamento da aids e suas interfaces com as determinações sociais da saúde, na particularidade do estado de Pernambuco**. Situa-se a discussão no contexto das políticas sociais, em particular, a política de saúde, partindo-se do pressuposto de que para se garantir saúde, bem como o tratamento de doenças, são imprescindíveis ações articuladas da medicina curativa com as determinações sociais. Essas determinações têm a ver com aspectos políticos, econômicos e sociais de uma sociedade, em um determinado período histórico.

As determinações sociais da saúde estão inseridas na discussão do conceito ampliado de saúde, que tem a perspectiva de romper com o binômio saúde-doença e contemplar aspectos para além do campo da medicina curativa. A garantia de saúde de uma população e o enfrentamento de doenças, dentro de uma perspectiva de saúde ampliada, exigem um conjunto de ações que contempla políticas estruturais e intersetoriais que garantam o usufruto da riqueza socialmente produzida e o acesso a bens e serviços sociais que permitam à população viver com qualidade e isso exige ações para além do setor saúde.

Buss (2009), ao refletir sobre o conceito ampliado de saúde, indica que a saúde tem determinações sociais, econômicas, políticas e culturais mais amplas que simplesmente a herança genética, a biologia humana e os fatores ambientais imediatos. Já Gerschman (2004) aponta que os cuidados à saúde ultrapassam o atendimento à doença para se estenderem também à prevenção e a melhoria das condições de vida geradoras de doenças. Portanto, o conceito ampliado de saúde, aponta para um aprofundamento do processo saúde-doença, o que implica discutir as determinações sociais.

Os avanços da medicina curativa na prevenção, controle e tratamento de doenças e agravos da saúde têm sido de fundamental importância por garantir respostas eficazes contra agentes patológicos que acometem os indivíduos doentes. Mas, apesar dos avanços, a falta de acesso aos direitos sociais pode comprometer o atendimento das necessidades sociais e dificultar a efetivação de tratamento médico e medicamentoso, sendo imprescindíveis ações articuladas que possibilitem, além do tratamento de doenças, condições de vida com qualidade.

curativa à aids, por exemplo, com suas descobertas sobre a doença, formas de transmissão e tratamento potente possibilitou que, em vez de altamente letal, passasse a ser uma enfermidade crônica, com possibilidade de controle e tratamento que garantem ao seu portador viver por um longo período.

No entanto, o cotidiano profissional como assistente social no Hospital Correia Picanço (referência para HIV/aids) aponta uma difícil realidade dos pacientes, que, além do enfrentamento da doença e do preconceito, vivenciam uma vida de privações. As precárias condições de vida de expressiva parcela de pessoas vivendo com HIV/aids evidenciam a dificuldade de efetivação do tratamento, devido às dificuldades de acesso aos direitos sociais que garantam o atendimento de necessidades.

Os dados do boletim epidemiológico 2013 (BRASIL, 2013a) também evidenciam que os avanços do âmbito da medicina curativa precisam ser fortalecidos com ações para além desse âmbito, pois, apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento, o boletim aponta que quase 30% dos diagnósticos para HIV/aids são descobertos tardiamente, inviabilizando, muitas vezes, o usufruto do tratamento existente. Além disso, nos últimos anos, os óbitos decorrentes da aids estão estabilizados no Brasil em torno de 11 mil mortes a cada ano. Ora, se existe tratamento potente, porque 11 mil mortes?

A aids surgiu no cenário brasileiro nos anos 1980, período em que a conjuntura política era de luta pela redemocratização do país, com a retomada dos direitos políticos e civis e a garantia dos direitos sociais, em particular o direito à saúde. A efervescência política da época contribuiu para que a sociedade civil organizada lutasse em favor de uma resposta governamental à aids para além da medicina curativa, essa pressão popular conseguiu que o Estado reconhecesse a epidemia como problema de saúde pública e começasse a realizar ações em resposta à epidemia.

A construção dessa resposta governamental iniciou-se nos anos 1980 e avançou pela década de 1990. Nesse período, destacaram-se, entre outros: a garantia pública e gratuita para tratamento medicamentoso (terapia antirretroviral-TARV) a partir de 1996 e a construção do documento da Política de Enfrentamento do HIV/aids norteadora das ações de resposta governamental à aids. Nos anos 2000, consolidam-se as ações para controle da epidemia e garantia do tratamento.

Por o enfrentamento da aids exige desvendar as interfaces das ações da medicina curativa com as determinações ou dimensão social. Além disso, é imprescindível aprofundar a discussão do direito à saúde pública e gratuita, incluída nessa discussão a concepção ampliada de saúde.

A dimensão social da aids tem a ver, em primeiro lugar, com as condições de vida das pessoas vivendo com HIV e aids e, em segundo, com o modo como as demandas sociais vêm sendo enfrentadas no âmbito de uma resposta à epidemia. É preciso ter em mente que desvendar a dimensão social da aids exige apreender o contexto político, econômico, social e cultural da epidemia e como se estabelece as interfaces da medicina curativa com as determinações sociais. Em que consistem as ações para tratamento da aids? Que necessidades essas ações vêm atendendo? Que necessidades sociais as pessoas vivendo com aids vivenciam? As ações fortalecem a efetivação do tratamento? Quais as tendências das ações: voltadas para a medicina curativa ou contemplam as determinações ou dimensão social?

O objetivo geral, como já apontado, é **analisar o enfrentamento da aids e suas interfaces com as determinações sociais da saúde, na particularidade do estado de Pernambuco**. Já os objetivos específicos consistem em: 1) identificar o perfil das pessoas notificadas como casos de aids em Pernambuco; 2) mapear os serviços implantados para o tratamento da aids em Pernambuco; 3) analisar os serviços implantados, articulando-os com a dimensão social, buscando as interfaces entre os âmbitos curativo e social.

O estudo está fundamentado em elementos do método da teoria social crítica de Marx, o que exige iniciar a apropriação do objeto partindo-se do real ou de sua forma fenomênica e ir em direção à essência. Nesse percurso, identificam-se as determinações do objeto com o fim de desvendar sua essência (KOSIK, 1976).

Kosik (1976, p. 15), na discussão sobre o método em Marx, afirma que

os fenômenos e as formas fenomênicas das coisas se reproduzem espontaneamente no pensamento comum como realidade (a realidade mesma)[...] o aspecto fenomênico da coisa é produto natural da práxis cotidiana. A práxis utilitarista cotidiana cria o pensamento comum. O pensamento comum é a forma ideológica do agir humano todos os dias. (KOSIK, 1976, p. 15).

ação profissional como assistente social junto aos pacientes de aids identifica que as demandas sociais trazidas pelos usuários apontam para a falta de condições de se garantir alimentação, transporte, moradia, trabalho, lazer, renda, entre outras necessidades sociais. O que é indicativo da dificuldade de acesso a bens e serviços que garantam o atendimento de necessidades.

Para dar respostas às demandas sociais dos usuários, busca-se a sua inserção nos programas das políticas setoriais com vista a garantir acesso aos direitos sociais e assim contribuir também para a efetivação do tratamento. No âmbito da aids, destacam-se as políticas da seguridade social (saúde, assistência e previdência).

Na estrutura da seguridade social brasileira, ancorada no tripé da previdência social, saúde e assistência social, ao adoecer e ficar impossibilitado para o trabalho, o indivíduo que contribui para a previdência tem garantido um benefício monetário que garanta sua sobrevivência até a superação da incapacidade; caso não se recupere, tem proteção através do benefício por invalidez. Mas, se cessar a incapacidade, retorna para as atividades laborais, e, em caso de morte, seus dependentes terão a pensão por morte e estarão protegidos (BRASIL, 1991).

Para os indivíduos sem proteção previdenciária e que necessitam de proteção social tem-se a assistência social, definida como para quem dela necessitar. Através da assistência social, as pessoas que atendem as condicionalidades para acesso aos benefícios, geralmente, obedecendo ao critério de baixa renda, têm a possibilidade de proteção social que deve ser garantida pelo Estado.

No caso das pessoas de baixa renda com doenças crônicas e em estágios avançados como aids, câncer, doentes renais crônicos, com cardiopatia grave, entre outras doenças que podem incapacitar, é possível o acesso ao Benefício da Prestação Continuada (BPC), benefício garantido por lei para os idosos (65 anos ou mais) e pessoas com deficiência que comprovem incapacidade de longa permanência (BRASIL, 1993). No caso das pessoas com deficiências, é necessário realizar perícia médica e se submeter à avaliação social realizadas no Instituto Nacional de Seguro Social. A perícia médica e a avaliação social definem a concessão ou não do BPC.

mentado o Sistema Único de Saúde, que garante a toda a população, independente de contribuição, o direito aos serviços e tratamento de saúde necessários à promoção, prevenção e recuperação. Essas ações devem acontecer de forma integrada que permita atender os indivíduos em suas necessidades biopsicossociais.

A proteção social brasileira impressa na Constituição Federal de 1988, sob o tripé da seguridade social, representa o que há de mais avançado para a garantia dos direitos sociais. Do ponto de vista fenomênico, a estrutura da proteção social é extraordinária, pois visa atender necessidades dos indivíduos sem proteção social. Porém ao aprofundar o fenômeno ou buscar sua essência, estamos diante da problemática de acesso e da garantia dessa proteção, pois nem todos os indivíduos que necessitam de proteção social conseguem efetivamente serem protegidos.

Apesar de a normativa legal garantir proteção social, o acesso aos serviços e benefícios da saúde e da assistência social, bem como das outras políticas setoriais, ainda não faz parte da vida de muitos indivíduos e revela tensionamentos entre a normativa legal e a efetivação dos direitos sociais.

O formato de proteção social construído no Brasil é híbrido, pois contempla a proteção contributiva e a não contributiva. Nessa última, a saúde é direito de todos e dever do Estado, portanto faz parte de um arcabouço universalista e a assistência social é para quem dela necessitar, o que aponta para a focalização da proteção mediante algum carecimento vivenciado pelo indivíduo e/ou família.

A conquista de direitos universais, como a saúde, a focalização da assistência social e a dificuldade de acesso aos serviços e benefícios dessas políticas setoriais, revela uma contradição na proteção social brasileira; e a explicação dessa contradição deve ser buscada nas relações sociais, sobretudo, nas relações que se estabelecem entre Estado (sociedade política) e sociedade civil organizada, e nas discussões sobre direitos e necessidades sociais.

O enfrentamento da aids surgiu em uma conjuntura de luta e conquista de direitos sociais, da discussão do conceito ampliado de saúde e da implantação do Sistema Único de Saúde. Resta saber se o enfrentamento da epidemia ocorre articulado com a dimensão social.

entimento da aids em uma perspectiva marxista implica aprofundar as determinações desse objeto, ir em direção da sua essência, ou seja, é preciso ir além da aparência ou da forma como o problema se apresenta e buscar as conexões e determinações constitutivas e constituintes desse fenômeno. Essa essência, de acordo com Netto (2009), é a estrutura e a dinâmica do objeto.

o método de pesquisa que propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, visa alcançar a essência do objeto. Alcançando a essência do objeto, isto é: capturando a sua estrutura e dinâmica, por meio de procedimentos analíticos e operando a sua síntese, o pesquisador a reproduz no plano do pensamento; mediante a pesquisa, viabilizada pelo método, o pesquisador reproduz, no plano ideal, a essência do objeto que investigou. (NETTO, 2009, p. 8).

A estrutura e a dinâmica do enfrentamento da aids estão aqui situadas na dimensão da medicina curativa articulada com a dimensão social (determinações sociais da saúde); ambas as dimensões têm sua relevância e somente podem ser pensadas articuladas, uma vez que as ações são destinadas aos indivíduos que vivem em sociedade e que possuem necessidades sociais que precisam ser atendidas e garantam condições de vida.

De acordo com Kosik (1976, p. 13), *o* homem, já antes de iniciar qualquer investigação, deve necessariamente possuir uma segura consciência do fato de que existe algo suscetível de ser definida como essência da coisa, distinta dos fenômenos que se manifestam imediatamente+ (KOSIK, 1976, p. 13).

Nesta tese, a apreensão do enfrentamento da aids tem por pressuposto que a essência do fenômeno deve ser situada nas determinações das políticas sociais, em particular, a política de saúde, e nas discussões sobre direitos e necessidades sociais, conceito ampliado de saúde, relação Estado e sociedade civil e, em última instância, nas relações capitalistas, sobretudo, na relação que se estabelece entre capital e trabalho, quando o trabalhador vende sua força de trabalho em troca de um salário que deveria garantir o atendimento de suas necessidades sociais.

Sendo assim, o percurso para o desenvolvimento desta tese tem como fio condutor as noções de direitos e necessidades sociais materializadas a partir das políticas sociais, entendendo-se que políticas sociais são decorrentes das correlações de forças que se estabelecem no âmbito do Estado ampliado, conforme a concepção de Estado de Gramsci (1980).

as têm a ver com os projetos societários das duas classes fundamentais do capitalismo: a classe trabalhadora e a capitalista; essas classes possuem interesses antagônicos, pois, enquanto a classe trabalhadora luta por garantir condições dignas de vida e trabalho, bem como usufruto da riqueza socialmente produzida, a classe capitalista luta por perpetuar a exploração da classe trabalhadora e manter a acumulação da riqueza. Além desses interesses antagônicos, surge também a necessidade da sociedade política em se legitimar.

Como política pública, a política de saúde e conseqüentemente o enfrentamento da aids se inserem no contexto das correlações de forças e da luta pelos direitos sociais. Sendo assim, aprofundar os estudos sobre aids exige desvendar os componentes constituintes e constitutivos da discussão sobre saúde, direitos, necessidades sociais, determinações sociais, Estado, sociedade civil, bem como a estruturação do Sistema Único de Saúde e a resposta governamental à aids.

Para contemplar os objetivos propostos, a tese estrutura-se em três capítulos que contemplam o referencial teórico e a discussão dos resultados da pesquisa realizada, conforme indicado a seguir.

O primeiro capítulo. **aids e as determinações sociais da saúde: construção de resposta à epidemia** . apresenta o surgimento da aids no Brasil, e como ocorreram as primeiras respostas à epidemia. Discute o conceito ampliado de saúde, que introduz as determinações sociais no contexto do processo saúde-doença, e redireciona o papel do Estado e da sociedade frente às demandas sociais que estão vinculadas aos direitos e necessidades sociais.

O segundo capítulo . **Direito à Saúde no Brasil e Política de Saúde.** relaciona-se ao debate sobre a construção do direito à saúde no Brasil com a relevante contribuição do movimento de reforma sanitária. Discute ainda a construção da proteção social no Brasil pós-constituição de 1988, com ênfase na seguridade social, e apresenta as diretrizes da implementação do SUS.

O terceiro capítulo . **A dimensão social da aids: avanços e retrocessos da Política de Enfrentamento na particularidade de Pernambuco.** apresenta os resultados da pesquisa realizada com dados sobre as determinações sociais a partir do censo demográfico de 2010 e perfil da epidemia em Pernambuco. Discute as diretrizes e ações propostas da Política de Enfrentamento da epidemia, o enfrentamento da aids na particularidade de Pernambuco e na singularidade do

dimensão social da aids, buscando apontar as interfaces do âmbito da medicina curativa com a dimensão social.

Os resultados revelaram avanços e retrocessos da Política de Enfrentamento da aids. Avanços por ser uma resposta construída com a efetiva participação da sociedade civil, que vislumbrou a dimensão dos direitos sociais e humanos, previu uma percepção de saúde para além do binômio saúde-doença, com a perspectiva da discussão das determinações sociais da saúde e integralidade no atendimento dos indivíduos. Retrocessos, porque, no âmbito da implementação, não se conseguiu avançar na perspectiva de saúde ampliada. É garantido o atendimento médico e medicamentoso, mas a dimensão social segue sem um efetivo enfrentamento.

A pesquisa apontou ainda que o enfrentamento da aids, apesar da ênfase no modelo curativo, possui interfaces com as determinações sociais, mas essas interfaces não são institucionalizadas ou pensadas no contexto oficial de resposta à epidemia, e, sim, construídas a partir da práxis cotidiana na luta pela garantia dos direitos sociais. As interfaces com as determinações sociais vinculam saúde e assistência social, e consistem em uma possibilidade de resposta às demandas sociais, mas não uma efetiva garantia, já que o acesso depende da fase da doença e/ou da disponibilidade de serviços e benefícios. Quando não conseguem proteção social, as respostas às demandas sociais retornam para a esfera privada (indivíduo, família, comunidade), que ficam na responsabilidade de garantir as necessidades sociais das pessoas vivendo com aids.

### **Procedimentos metodológicos**

Para o alcance dos objetivos propostos, o estudo foi norteado por uma abordagem que articulou a pesquisa quantitativa e qualitativa. **No âmbito quantitativo**, foram utilizados dados do censo demográfico de 2010, referentes ao estado de Pernambuco, com as seguintes variáveis: população total residente do estado, total por sexo, número de pessoas residentes na área urbana e na Região Metropolitana de Recife, total de domicílios particulares no estado, acesso desses domicílios aos serviços básicos (energia elétrica, abastecimento de água, coleta de lixo e rede geral de esgoto), rendimentos por domicílios particulares e grau de instrução da população de Pernambuco.

o banco de dados do DATASUS (registra as notificações dos casos de aids) para sistematização de dados sobre o número de casos de aids notificados, município de residência, sexo, faixa etária e categoria de exposição. Com os dados, foi possível também realizar cruzamentos entre o número de casos notificados *versus* Região de Desenvolvimento de Pernambuco (RDs), visando identificar as localidades com maiores registros de aids. Destaca-se que a sistematização e análises dos dados foram de elaboração própria.

Apesar da importância do banco de dados do DATASUS, há limites, uma vez que as informações contidas nas notificações não possuem variáveis, como por exemplo, renda, profissão, inserção no mercado de trabalho. Além disso, existe deficiência no preenchimento das notificações com a ocorrência de parte das informações sem resposta (ignorado). Para complementar os dados do DATASUS, utilizou-se o Boletim Epidemiológico 2013. Nesse documento, foram sistematizados os dados da epidemia e analisadas as principais ações.

Realizou-se ainda um levantamento de dados no livro de registro de atendimentos do serviço social<sup>1</sup> do Hospital Correia Picanço, visando captar as demandas sociais trazidas pelos usuários nos últimos oito anos<sup>2</sup> (2006 a 2013).

A partir da prática profissional e na construção da problemática do projeto de pesquisa de doutorado, foi identificado que existiam demandas para orientações e encaminhamentos aos serviços e benefícios da assistência social, mas as informações não haviam sido sistematizadas e não era conhecida a dimensão dessas solicitações relacionadas à política de assistência social.

A partir das demandas identificadas, procurou-se visualizar quais as principais dificuldades vivenciadas pelos usuários e estabelecer uma relação entre as demandas do âmbito da saúde com as demandas do âmbito socioassistencial.

Outra fonte utilizada para levantamento de dados foi a ficha social, elaborada e realizada pelo serviço social junto aos pacientes internados no HCP. Os dados coletados são referentes aos pacientes internados nos anos de 2010 e 2011. Nas fichas sociais, foram levantadas informações sobre escolaridade, inclusão ou não no mercado de trabalho e/ou em programas sociais e situação no núcleo familiar (provedor ou dependente da família).

---

<sup>1</sup>O referido livro registra o atendimento de todos os usuários que procuram o serviço social no ambulatório.

<sup>2</sup>Após um ano sem profissionais da área, foram reiniciadas, em 2006, as atividades do serviço social.

Quantitativo, foi realizado o levantamento dos serviços implantados para enfrentamento da aids em Pernambuco, conforme disposto na Política de Enfrentamento da aids (BRASIL, 1999). Nesse caso, destacou-se a singularidade do Hospital Correia Picanço (HCP), por ser o único serviço exclusivo para atendimento das pessoas vivendo com HIV e aids. Os demais serviços estão inseridos em hospitais gerais, em policlínicas ou locais independentes. Além disso, o HCP é o serviço em Pernambuco que atende o maior número de casos de aids. Em dezembro de 2013, registrava cerca de 6.000 pacientes em terapia antirretroviral.

Essa primeira etapa de análises permitiu conhecer o perfil da epidemia, o público que mais vem sendo atingido e as relações com as determinações sociais. Além disso, contribuiu para identificar e analisar as demandas sociais dos usuários atendidos no HCP e relacionar com o enfrentamento da epidemia.

No âmbito qualitativo, foi realizada a análise documental da Política de Enfrentamento da aids. O referido documento, apesar de ter sido elaborado em 1999, ainda é norteador do planejamento e das ações de enfrentamento da epidemia e indica os seguintes eixos de ações: prevenção, diagnóstico, direitos humanos, assistência e tratamento, sustentabilidade e gestão. O *corpus* para análise foi construído buscando identificar no documento os seguintes elementos: conceito de saúde norteador da política, objetivos da Política de Enfrentamento da aids, eixos norteadores das ações, relação Estado e sociedade, papel do Estado, direitos sociais, integralidade, promoção da saúde.

Além da Política de Enfrentamento da aids, quatro relatórios sobre a Resposta Brasileira à aids foram analisados. Os relatórios sistematizam os resultados das ações e o *corpus* de análise esteve voltado à identificação das ações articuladas às determinações sociais da saúde. Os quatro relatórios foram elaborados pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais e são:

- Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas em HIV/Aids- Resposta brasileira 2001-2005 (BRASIL, 2005b);
- Metas e Compromissos assumidos pelos Estados-Membros na Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas em HIV/Aids- Resposta brasileira 2008-2009 (BRASIL, 2010c);

da Resposta Brasileira ao HIV/Aids- 2010-2011

- (BRASIL, 2012a),
- Política Brasileira de Enfrentamento da Aids: resultados, avanços e perspectivas - 2002 - 2012 (BRASIL, 2012b);

De acordo com Cellard (2010), no estudo com documentos, deve existir uma análise preliminar, que consiste em: conhecer o contexto ou conjuntura política, econômica, social e cultural do período em que o documento foi escrito; identificar os autores que participaram da construção do documento; verificar a autenticidade e a confiabilidade do documento; identificar a natureza do texto; compreender os conceitos-chave e a lógica interna do texto.

No caso dos documentos analisados, Política de Enfrentamento da aids e relatórios da resposta brasileira à epidemia da aids, a conjuntura política, econômica, social e cultural será discutida nos Capítulos 1 e 2 da tese. Com destaque para a discussão do conceito ampliado de saúde, a luta pelos direitos políticos e sociais, as novas configurações da relação Estado e sociedade e as contribuições da reforma sanitária brasileira nas discussões sobre saúde.

Os autores envolvidos na construção, planejamento e elaboração dos documentos analisados são técnicos e ocupantes de cargos políticos do Ministério da Saúde. Ocorreu também a participação de integrantes das esferas estaduais, municipais e da sociedade civil organizada.

Os documentos analisados foram elaborados pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, responsável pela condução da Política de Enfrentamento da epidemia, e refletem o discurso oficial quanto ao enfrentamento da aids. Indicam as ações implementadas, os gastos com a epidemia e os desafios a serem superados. Ou seja, sistematizam as ações governamentais realizadas frente à epidemia.

Além dos dados levantados e analisados, foram de fundamental relevância as observações realizadas e vivenciadas no decorrer desses oito anos de exercício profissional como assistente social do HCP e a participação desde 2008 em pesquisas no âmbito da aids, ligadas à Pós-Graduação em Serviço Social da UFPE com destaques para as pesquisas: 1) Acesso aos serviços de saúde de referência para HIV/Aids no Brasil, África do sul e Moçambique no âmbito (2010-2013), 2) HIV/Aids em Pernambuco: desafios em relação às tendências atuais da epidemia que contribuiriam para ampliar o conhecimento sobre a problemática da aids e apreender a dinâmica do acesso e enfrentamento da epidemia.

## Capítulo 1 É Aids e as determinações sociais da saúde: construção de resposta à epidemia

### 1.1. Surgimento da aids e as primeiras respostas brasileiras

O aparecimento da aids<sup>3</sup> data do final dos anos 1970, quando a doença começou a ser identificada nos Estados Unidos da América (EUA), Haiti e África Central. A nova doença que surgia nesse período foi classificada em 1982 como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (sida ou aids). Como os primeiros casos da doença foram diagnosticados em homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos (usuários de drogas injetáveis) e em *hookers* (profissionais do sexo), os estudos iniciais apontavam esses grupos como grupo de risco à infecção.

O mistério que envolvia a doença, que surgia no cenário mundial e chegou a ser denominada de câncer gay, pois estava relacionada à sexualidade e supostamente à orientação sexual, e as discussões sobre a doença ocorreram em polêmicas sem precedentes, o que aumentou o preconceito ao portador. Ter aids vinculava o portador a práticas homossexuais, existência de vários parceiros, mesmo se sabendo que os hemofílicos também se contaminavam.

Enquanto se pensava no grupo de risco, o HIV silenciosamente era disseminado entre heterossexuais, mulheres e pessoas de diferentes faixas etárias, mostrando que a infecção não estava ligada a apenas um grupo, mas qualquer pessoa poderia adquirir o vírus.

A infecção pelo HIV pode ocorrer pela prática de sexo desprotegido, independente da orientação sexual. Pessoas homo ou heterossexuais estão sujeitas à infecção, desde que não se protejam. A transmissão pode ocorrer também da mãe para o bebê . na gestação, momento do parto ou pelo leite materno (transmissão vertical), uso ou acidente com material perfurocortantes infectados e pela transfusão de sangue, se este estiver contaminado.

Com o aprofundamento dos estudos científicos sobre a doença, descobriu-se que a aids era a fase final da doença causada por um retrovírus, o HIV (*Human*

---

<sup>3</sup>A sistematização da trajetória da aids nesse tópico baseia-se na *História da aids*, disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>.

da Imunodeficiência Humana) que ataca o sistema imunológico, sobretudo, as células dos linfócitos T CD4, responsáveis por comandar a defesa do organismo humano de ataques de agentes que causam doenças. O HIV entra nas células T CD4, realiza alteração do DNA dessa célula, causando sua destruição, faz cópias de si mesmo e avança para contagiar outras células T CD4. (BRASIL, 2013d).

A infecção pelo HIV impossibilita o sistema imunológico de se proteger contra doenças, ocorre uma falha e as células que deveriam garantir proteção são destruídas, deixando o indivíduo propenso a contrair várias doenças, sobretudo, as causadas por vírus, bactérias e fungos. A destruição das células a ponto de impossibilitar o sistema imunológico na defesa contra as doenças pode levar anos para acontecer, o que significa dizer que o portador do HIV pode passar um bom tempo assintomático e não ter conhecimento da sua condição sorológica.

Na história natural da doença, a infecção pelo HIV-1 (tipo mais presente no Brasil) possui três fases: a primeira, denominada **fase aguda**, compreende as primeiras semanas da infecção e vai até o aparecimento dos anticorpos anti-HIV (soroconversão). Essa fase costuma ocorrer em torno da quarta semana após a infecção pelo HIV; a segunda fase, chamada de **latência clínica**, ocorre quando não há manifestações clínicas de doenças ou estas são discretas e a última fase, denominada **sintomática**, é marcada pela manifestação de doenças oportunistas (BRASIL, 2013b).

A fase aguda e a fase de latência clínica, quando os indivíduos estão assintomáticos, não oferecem tanto risco à saúde, mas é necessário o acompanhamento clínico e laboratorial para não ocorrer baixa imunidade e o aparecimento de doenças oportunistas, que podem deixar sequelas ou levar ao óbito, se não precocemente descobertas e tratadas.

Na fase sintomática, caracterizada pelo surgimento de doenças oportunistas e redução das células de CD4, o portador de HIV/aids começa a apresentar uma ou mais infecções, e a baixa imunidade impede o sistema imunológico de enfrentar ou responder satisfatoriamente às infecções. Nesse momento, é preciso combater as infecções oportunistas e elevar a imunidade (CD4) dos portadores, para que o sistema imunológico se reestabeleça.

Infecções oportunistas e neoplasias são definidores da aids+. Nesse momento a contagem do CD4 encontra-se, geralmente, abaixo de 200 células/mm<sup>3</sup>. Entre as infecções oportunistas, destacam-se: pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica e retinite por citomegalovírus+. O HIV pode causar ainda doenças por dano direto a certos órgãos ou por processos inflamatórios, tais como miocardiopatia, nefropatia e neuropatias que podem estar presentes durante toda a evolução da infecção pelo HIV-1+(BRASIL, 2013b, p. 6).

Em uma retrospectiva da história da aids, podemos afirmar que nos anos 1980 constituíram-se estudos para entender e identificar a doença que surgia no cenário mundial. Nesse período, surgiu o primeiro teste para HIV e a tentativa de tratamento. A única medicação para combater a aids foi o AZT (que já existia para tratar câncer e começou a ser utilizado para a aids em 1987). A referida medicação ajudava a reduzir a multiplicação do HIV, mas não era suficiente para controlar a doença. Além disso, o AZT somente existia nos EUA, o que significava que as pessoas deveriam importar a medicação. Porém, o tratamento era de alto custo e de responsabilidade do indivíduo, pois ainda não era garantido pelo Estado.

No Brasil, os primeiros casos de aids datam da década de 1980. Surgiram em São Paulo, no ano de 1980. Assim como a tendência mundial, a doença foi diagnosticada, prioritariamente, em adultos do sexo masculino, com práticas homossexuais e também em usuários de drogas. Porém, três anos depois, ocorreu o diagnóstico do primeiro caso de aids em uma mulher e em uma criança.

No início do enfrentamento da aids, anos 1980, as ações empreendidas eram consideradas limitadas, pois pouco se sabia sobre a doença e ainda buscava-se descobrir formas de prevenção e tratamento.

O relato de Souza (1994) reflete o sentimento referente à aids no início da epidemia:

A aids havia aparecido em 1981, ligada à ideia de morte, doença fatal, vírus invencível, morte com data marcada. Estar com aids era estar marcado para morrer muito e mais rápido do que qualquer outro mortal. (SOUZA, 1994, p.34).

Em relação à doença, surgiram grupos provenientes da sociedade civil organizada que buscavam apoiar as pessoas infectadas e divulgar informações sobre o que se sabia da doença. Esses grupos exerceram um papel fundamental para pressionar as ações governamentais de resposta à epidemia.

Galvão (2000) indica que a primeira organização não governamental de apoio às ações surgiu em São Paulo em 1983. O Grupo de Apoio à Prevenção (Gapa), como foi denominado, realizava ações de prevenção e luta contra a discriminação. Para a autora, uma das maiores contribuições do Gapa/SP foi a criação de um serviço de assessoria jurídica para pessoas vivendo com HIV/aids e a estruturação de casas de apoio para pessoas sem recursos financeiros. No mesmo período, foi criada no Rio de Janeiro a Associação Brasileira Interdisciplinar em Aids (Abia) com foco na prevenção e informação. Além das ONG/aids, os movimentos feminista, de travestis, hemofílicos, profissionais do sexo se inseriram na luta contra a aids.

Do ponto de vista governamental, as primeiras ações de resposta à aids surgiram em São Paulo, no ano de 1984, com a estruturação do primeiro Programa de Controle da Aids no Brasil. O programa era vinculado à Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. A formulação e implementação do programa contaram com a participação da sociedade civil. Nesse período, as secretarias de saúde de outros estados também foram formulando suas ações. Como exemplo, tem-se o primeiro Centro de Orientação Sorológica (Coas) em Porto Alegre no ano de 1987. Esse serviço era destinado à testagem sorológica dos indivíduos.

Em 1985, foram sendo estruturadas ações nacionais contra a aids, das quais se destacam:

- O Programa Federal de Controle à Aids (Portaria 236/85);
- O Programa Nacional de DST e Aids (1986); nesse mesmo ano, a aids passou a ser doença de notificação compulsória (Portaria 542/86);
- O Ministério da Saúde iniciou em 1988 o fornecimento de medicamentos para tratamento das infecções oportunistas;
- Direito ao saque do FGTS e PIS/Pasep, Lei Nº 7.670/88 e isenção no imposto de renda, Lei Nº 7.713/88. Nesse caso, o saque e a isenção foram autorizados para garantir que o portador de aids custeasse o tratamento.

posta política à aids, Parker (1997) identifica quatro fases conforme apresentado abaixo.

Na **primeira fase** (1982 a 1985) . iniciada com o Programa de resposta à aids em São Paulo, foram criadas as primeiras ONGs/aids (ex. Gapa e Abia). Nessa fase, o papel do Estado foi incipiente, o que exigiu uma mobilização social e a tentativa de resposta das secretarias de saúde das esferas estaduais e municipais. As equipes estaduais e municipais representavam a ala mais progressista do poder político, o que muito contribuiu para o estabelecimento do diálogo com a sociedade civil.

Parker (1997) ressalta que, assim como em outros países, o período inicial do enfrentamento da epidemia da aids no Brasil, caracterizou-se pela negação e omissão generalizada das autoridades governamentais, especialmente na esfera federal, somada a uma onda moral de pânico, medo, estigma e discriminação. Sendo assim, as respostas à epidemia surgiram de baixo, dos representantes das comunidades afetadas como o emergente movimento homossexual, e da dedicação dos setores progressistas dentro dos serviços estaduais e municipais de saúde, que se apresentavam como aliados dessas comunidades (PARKER, 1997, p. 9).

A **segunda fase** (1986 a 1990) tem como destaque o início, ainda que incipiente, da atuação da esfera federal. A pressão social e as ações de programas municipais e estaduais impulsionaram algum tipo de resposta federal. Porém Parker (1997) aponta que esse período foi muito difícil para uma resposta federal mais consistente, pois a mudança na política foi intensa com a centralização do poder no nível federal, que não queria perder hegemonia. No período de 1990 a 1992, ocorreu uma desestruturação da política de enfrentamento da aids.

Parker (1997) destaca que a primeira fase de resposta à aids consistiu em uma abordagem relativamente pragmática e cada vez mais técnica da epidemia. Já na segunda fase, ocorreu uma insatisfação com o modelo inicial, o que gerou lutas dos movimentos sociais e ações governamentais dos níveis de governo estaduais e municipais. Buscava-se ampliar a discussão de resposta à epidemia, ou seja, o enfrentamento à epidemia não deveria consistir apenas em um desafio técnico no campo da saúde, mas uma questão política envolvendo toda a sociedade brasileira (PARKER, 1997, p. 10).

A **terceira fase** de resposta política à aids (1990-1992) foi marcada pela alta de diálogo entre a sociedade civil e o governo federal, junto com a relativa falta de

acional e os Programas estaduais e municipais de aids+ (PARKER, 1997, p. 10). A expectativa era de avanços, tendo em vista a abertura política e a conquista de direitos, porém, ocorreu um relevante entrave, com a suspensão de elementos chaves da Política Nacional+(PARKER, 1997, p. 10), somente minorada na quarta fase.

Na **quarta fase**, que se iniciou em 1992, ocorreu uma reorganização do Programa Nacional de Enfrentamento da Aids. Essa reorganização foi decorrente dos esforços da sociedade civil, estados, municípios e esfera federal, em buscar ações conjuntas para reconstruir uma resposta nacional à epidemia da aids(PARKER, 1997). Tal fase foi fortalecida, sobretudo, com os empréstimos do Banco Mundial para enfrentamento da epidemia.

Para Galvão (2000), os recursos provenientes do Banco Mundial contribuíram para fomentar ações no âmbito da aids. Como por exemplo, o Projeto Aids I para controle da aids e DSTs. Porém a autora afirma que o referido projeto foi estruturado enfatizando a lógica biomédica e individualista, com ênfase no grupo de risco, visando mudança de comportamento. E foi a participação da sociedade civil que contribuiu para ampliar a discussão para além da lógica biomédica, com a introdução de questões referentes aos direitos humanos, sobretudo, o combate ao preconceito com relação às pessoas vivendo com aids.

Um marco do enfrentamento da aids, do ponto de vista do tratamento, ocorreu na década de 1990 com a descoberta de que a combinação de várias drogas contribuía para o combate ao HIV. Essa combinação de drogas denominada de terapia antirretroviral é de fundamental importância, pois possibilita a redução e o controle do vírus no organismo humano e aponta para a cronicidade da doença, com aumento da expectativa de vida.

No Brasil, uma importante conquista relacionada à Tarv ocorreu em 1996 com a Lei 9.313/96, que garantiu o acesso universal à terapia antirretroviral, com responsabilidade do Estado em garantir as medicações. Atrelada à garantia da Tarv, ocorreu a implantação, em 1997, da Rede Nacional de Laboratórios para a realização de exames de carga viral e contagem de células CD4. Tais exames são marcadores que monitoram a evolução do HIV no portador e são utilizados para definir o início da terapia antirretroviral.

a antirretroviral inaugurou uma nova fase no enfrentamento da doença. Ocorreu uma importante quedanas mortes por aids. O coeficiente de mortalidade por aids para o Brasil em 1996, por exemplo, foi de 9,6 óbitos/100.000 habitantes (BRASIL, 2009) e, em 2012, esse coeficiente foi de 5,5 óbitos/100.000 habitantes (BRASIL, 2013a). O sentido de morte iminente foi cedendo espaço para a cronicidade da doença.

Do ponto de vista curativo, os avanços e o sucesso da medicina para compreender e tratar a aids são notórios, a ponto de a aids ser considerada atualmente uma doença crônica. Ou seja, no processo do binômio saúde-doença, a resposta à aids é considerada um sucesso, apesar de ainda não garantir a cura.

No entanto, dentro de uma perspectiva ampliada de saúde que busca superar o modelo biomédico, as respostas às doenças e aos agravos da saúde devem ser fomentadas através de ações que envolvam também as determinações sociais da saúde e possibilitem uma intervenção integral.

No Brasil, a discussão do conceito ampliado de saúde ganhou força nos anos de 1970 com o movimento de reforma sanitária. A discussão das determinações sociais no processo saúde-doença exige que as ações em saúde contemplem as condições de vida e percebam o indivíduo na sua integralidade, ou seja, as respostas às demandas de saúde e de doenças devem contemplar a dimensão social e também articular as ações, percebendo os indivíduos nas suas necessidades sociais.

Nas ações curativas *versus* ações sobre as determinações sociais, essas duas dimensões devem estar articuladas, pois não são concorrentes. O problema que ocorre é a ênfase que se dá à dimensão curativa em detrimento da dimensão social. Mas para respostas eficazes é imprescindível que ambas estejam atreladas e possibilitem, assim, se viver com qualidade.

O conceito ampliado de saúde tem a perspectiva de quebrar essa centralidade das ações unicamente sobre as doenças, entendendo que é preciso discutir saúde, e não apenas doença, pois as determinações sociais podem interferir tanto na saúde como nas causas e enfrentamento das doenças.

As primeiras ações de enfrentamento da aids, como apontadas por Parker (1997) e Galvão (2000), foram voltadas prioritariamente ao âmbito curativo. Esse fato

tos sociais para uma resposta à epidemia que contemplasse a dimensão social.

A conjuntura da época era de discussão sobre as determinações sociais da saúde, o direito à saúde pública e gratuita e o dever do Estado em garantir esse direito, o que contribuiu para se buscar a construção de uma política de enfrentamento da aids para além das ações curativas. E são justamente as diretrizes do conceito ampliado de saúde que ampliam a discussão da saúde para além do binômio saúde-doença.

## **1.2. O conceito ampliado de saúde e as determinações sociais: a discussão da dimensão social no processo saúde-doença**

O período de surgimento da aids no Brasil coincide com a luta do movimento de reforma sanitária pela garantia do direito à saúde no Brasil e a discussão mais ampla referente ao processo saúde-doença. Sendo assim, é de fundamental importância aprofundar a discussão do conceito de saúde e as diretrizes para operacionalizar esse conceito.

A concepção de saúde para além da ausência de doença e articulada às determinações sociais da saúde inaugura uma nova forma de perceber a saúde e revela o desafio de se estruturar um sistema de saúde que perceba os indivíduos nas suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais.

Romper com o modelo centrado na doença se constituía em um dos principais desafios do âmbito das discussões sobre saúde, tendo em vista a centralidade do modelo curativo, que entendia a saúde a partir da ausência de doença e enfatizava o tratamento medicamentoso. Esse modelo curativo culminava em um grave problema para a saúde pública, tendo em vista que a preocupação com a situação sanitária era relegada a um segundo plano, e as ações eram pontuais.

Para Czeresnia (2009) a discussão do conceito de saúde revela, no âmbito científico, uma mudança de paradigma, de um modelo fundamentado no positivismo, até então imperante e centrado na investigação das doenças, para outro paradigma, fundamentado na perspectiva marxista, enfatizando a historicidade e a totalidade das questões referentes ao processo saúde-doença.

apreende-se que saúde se articula com aspectos mais gerais da sociedade, entre eles, os aspectos econômicos, sociais e políticos, e, em última instância, com as relações sociais que se estabelecem no âmbito do modo de produção capitalista.

Czeresnia (2009) afirma que a medicina estruturou-se com base em ciências positivas, e o discurso científico, a especialidade e a organização institucional das práticas em saúde circunscreveram-se a partir de conceitos objetivos não de saúde, mas de doença+(CZERESNIA, 2009, p.45).

O conceito de saúde centrado na doença é enraizado na medicina desde o seus primórdios, apesar dos avanços e do reconhecimento de que as condições de vida e a organização social podem interferir no processo saúde-doença, ainda persistem, na política de saúde, ações que envolvem respostas restritas as doenças.

Já a perspectiva ampliada de saúde se situa no âmbito da saúde coletiva e na medicina preventiva e social (PAIM, 2008), o que significa dizer que não é um consenso dentro da medicina, e representa a disputa de paradigmas ainda persistente na atualidade. Essa disputa, sem dúvida, influencia na formação e nas práticas em saúde, bem como nas respostas aos problemas de saúde.

Paim (2008) indica que, no movimento de reforma sanitária, as concepções de saúde, que foram elaboradas, na década de 1970, pelo seu braço acadêmico . os departamentos de medicina preventiva e social (DMPs) e as escolas de saúde pública ou seus equivalentes . , concebiam saúde atrelada à ideia da medicina integral. Tal pensamento estava vinculado à medicina social desenvolvida na Europa e confrontava-se com o modelo liberal de matriz americana, centrado na doença.

Portanto, o movimento sanitário, entendido como movimento ideológico com uma prática política, constituiu-se a partir dos DMPs em um confronto teórico com o movimento preventivista liberal de matriz americana e com sua versão racionalizadora proposta pela burocracia estatal. O pensamento reformista, que iria construir uma nova agenda no campo da saúde, desenvolveu sua base conceitual a partir de um diálogo estreito com as correntes marxistas e estruturalistas em voga. (BRASIL, 2011a, p.19).

O entendimento de saúde, a partir da ampliação do seu conceito, alarga a discussão da saúde para um âmbito além do seu campo, pois, as determinações sociais da saúde envolvem aspectos macros, como, por exemplo, o político e o

ilos de vida e organização da comunidade. Essa concepção de saúde aprofundou o entendimento do processo saúde-doença e não se limita apenas ao tratamento de doenças.

Czeresnia (2009) chama a atenção para o fato de que, nos planos teórico e prático, o conceito pleno de saúde apresenta-se como um avanço inquestionável, mas culmina em um novo problema, uma vez que,

ao se considerar saúde em seu significado pleno, está-se lidando com algo tão amplo como a própria noção de vida. Promover a vida em suas múltiplas dimensões envolve, por um lado, ações do âmbito global de um Estado e, por outro, a singularidade e autonomia dos sujeitos, o que não pode ser atribuído à responsabilidade de uma área de conhecimento e práticas. (CZERESNIA, 2009, p. 50).

A discussão do conceito ampliado de saúde, que percebe os indivíduos de forma integral e inseridos em uma totalidade, aponta para a necessidade de se pensar ações articuladas entre os setores políticos, econômicos e sociais, bem como exigir respostas intersetoriais aos problemas sociais. Exige também a ampliação do papel do Estado para garantir direitos que promovam saúde.

A Constituição da Organização Mundial de Saúde de 1946, norteadora das políticas de saúde de vários países, entre eles o Brasil, refere que saúde é

um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Gozar do melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social [...] Os resultados conseguidos por cada Estado na promoção e proteção da saúde são de valor para todos [...] Os Governos têm responsabilidade pela saúde dos seus povos, a qual só pode ser assumida pelo estabelecimento de medidas sanitárias e sociais adequadas. (OMS/WHO, 1946, p. 1).

Apesar de o conceito de saúde ser quase ideal e de difícil operacionalização, não se pretende discutir seus limites, e, sim, chamar a atenção para três diretrizes propostas no conceito da OMS: a primeira diretriz diz respeito à percepção da saúde para além da ausência de doença, com a inclusão das determinações sociais na discussão do processo de saúde-doença. A segunda diretriz se refere à saúde como direito humano fundamental e culmina na terceira diretriz que define a responsabilidade do Estado em garantir a saúde da população.

ssão sobre a ampliação da percepção da saúde vincula-se a uma concepção de direito, destinada a todos os indivíduos, e com responsabilidade do Estado. Tal fato pode ser explicado, de acordo com Scliar (2007), devido à conjuntura da época do pós Segunda Guerra Mundial. Nessa conjuntura, o conceito de saúde recebeu influências de aspirações nascidas dos movimentos sociais do pós-guerra, do fim do colonialismo e da ascensão do socialismo. Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações+ (SCLIAR, 2007, p. 37).

Portanto, o conceito ampliado de saúde nasce de uma direção social e envolve um projeto societário vinculado à classe trabalhadora e subalterna, na sua luta de garantir direitos sociais que efetivamente atendam necessidades. Sendo assim, garantir a efetivação do direito à saúde depende da correlação de forças que se estabelecem para a materialização da saúde como bem público e universal, sem deixar de ter em mente que a direção hegemônica privilegia a mercantilização da saúde, o que torna a luta social um grande desafio.

As intervenções sobre as determinações sociais, visando minimizar as iniquidades que interferem na saúde da população, exigem ações que estão vinculadas às decisões políticas, econômicas e sociais. Conseqüentemente essas decisões incidem sobre aspectos do cotidiano da população, entre outros, trabalho, educação, lazer, alimentação, habitação e todos esses fatores interferem na condição de saúde da população.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), ao discutir as determinações sociais da saúde, indica que a saúde está articulada aos aspectos estruturais da sociedade, às condições de vida e trabalho da população, à estratificação social, à cultura e aos fatores individuais de comportamento genético (IPEA, 2007). O Ipea caracteriza a saúde com quatro determinações:

1. Determinações sociais estruturais: os padrões de desenvolvimento socioeconômico e os diferenciais de educação, renda, mercado de trabalho, etc.;
2. Condições concretas de vida, de trabalho, meio ambiente e cultura: as formas como cada pessoa e família vivem em comunidade e exercem sua capacidade

de vida e o comportamento dos indivíduos e família com suas escolhas implícitas;

3. Características individuais . idade, hereditariedade, raça/cor etc.;
4. Acesso a bens e serviços de saúde, educação, trabalho, renda, saneamento básico, entre outros direitos sociais, que garantam viver com qualidade.

Sendo assim, no enfrentamento de doenças, como, por exemplo, a aids, é preciso se pensar ações intersetoriais, pois, dentro de uma perspectiva ampliada de saúde, se torna imprescindível considerar as determinações sociais da saúde e pensar respostas que contemplem a garantia dos direitos sociais, o que exige ações para além do setor saúde.

Em sentido geral, as determinações sociais da saúde vêm sendo trabalhadas, utilizando-se variáveis ligadas aos **aspectos econômicos**, como crescimento econômico, distribuição de renda, produto interno bruto; **evolução demográfica**; **aspectos sociais e políticos**, como educação, saúde, alimentação nutrição, saneamento básico, condições de trabalho e renda, urbanização, condições de vida, participação política, controle social e questões ambientais (CDSS, 2010). É a partir dessas variáveis que os Centros de Estudos e Pesquisas Brasileiros (como IPEA, IBGE) traçam o perfil da população, analisam o contexto socioeconômico e contribuem para fundamentar e direcionar as ações sobre os determinantes sociais.

As ações sobre as determinações sociais, visando amenizar ou dissipar as influências desses sobre a saúde, devem privilegiar a atenção integral, para possibilitar respostas mais eficazes e que efetivamente contribuam para promoção, prevenção, recuperação da saúde e controle das doenças. Garantir saúde, portanto, tem a ver com a integralidade das políticas estruturais, destas com o cotidiano e características da população e com o acesso a bens e serviços.

Costa, Pontes e Rocha (2006) afirmam que a atenção integral deve ser constituída de práticas sanitárias e sociais, intervindo nas diferentes dimensões do processo saúde-doença. Afirmam os autores que essa atenção precisa ser capaz de satisfazer necessidades sociais e individuais, bem como necessidades coletivas.

A discussão sobre integralidade tem diferentes perspectivas e pode estar relacionada aos aspectos inerentes as características do ser nas suas dimensões biopsicossocial, o que exige perceber o indivíduo de forma integral. Relaciona-se

los da saúde com a necessidade de se integrar práticas preventivas, curativas e de promoção da saúde.

Quando relacionadas às dimensões de cuidados da saúde, ocorre uma aproximação do princípio da integralidade do SUS, que compreende integralidade como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.+(BRASIL, Lei 8080/90, art. 7º, inciso II).

A integralidade vinculada a um conjunto articulado de ações e serviços representa a organização do Sistema Único de Saúde, que pressupõe a atenção em nível básico e complexo, e uma ação para além do enfrentamento de doenças, que seja capaz de promover saúde, bem como evitar a disseminação das doenças.

Ainda na discussão sobre integralidade, Mattos (2001) aponta, em seus estudos, a existência de diferentes sentidos para o termo integralidade e agrupa em três grandes sentidos: o primeiro relacionado à **prática profissional**. ver o indivíduo em seus vários aspectos (biopsicossocial); o segundo relaciona-se à **organização dos serviços**. as articulações intersetoriais . e o terceiro refere-se às **respostas governamentais aos problemas de saúde**. Esse autor considera que a Política de Enfrentamento da Aids, assim como a Política da Mulher, segue o princípio da integralidade ao implementar ações nos aspectos da prevenção e do tratamento.

Os sentidos da integralidade de Mattos (2001) sugerem que sejam identificadas as necessidades dos indivíduos em seus diferentes aspectos. Os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as necessidades identificadas, mesmo que sejam para além do setor de saúde. E, por fim, são imprescindíveis as respostas governamentais, pois são essas respostas que garantem o atendimento integral. Isso indica que a integralidade deve ir além do setor saúde.

Costa, Pontes e Rocha (2006, p.97) chamam a atenção para o fato de a integralidade ser frequentemente reduzida à garantia de acesso aos distintos níveis de complexidade da atenção+, ou seja, ficam restritos ao campo da saúde em seus três níveis de atenção . prevenção, proteção e recuperação. Porém os autores ressaltam que a integralidade extrapolava o âmbito dos serviços de saúde, se relacionado também a formulações de políticas destinadas à produção da saúde tomada em seu sentido mais amplo+(COSTA, PONTES; ROCHA, 2006, p. 97).

Integralidade se aproxima da intersectorialidade, configurando-se como uma estratégia de ação sobre os determinantes sociais da saúde na expectativa de garantir saúde em seu sentido ampliado.

Compreende-se a intersectorialidade como uma articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de corresponsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem. (BRASIL, 2010a, p.13).

Assim, as ações intersectoriais devem incidir sobre as determinações e condicionantes sociais de saúde, visando amenizar ou dissipar influências negativas desses sobre a saúde. Deve-se, então, privilegiar atenção integral das ações, para possibilitar respostas que efetivamente contribuam para evitar, superar e controlar doenças e agravos.

Para o planejamento e implementação de ações em saúde, três diretrizes norteiam os programas: a proteção, a recuperação e promoção da saúde. Proteção e recuperação estão situadas no âmbito da **prevenção** e têm a ver com o enfrentamento de doenças e agravos. Já a **promoção** vincula-se à garantia das condições de vida da população que garantam saúde.

Promoção e prevenção da saúde contemplam o cuidado integral e devem possuir articulações para a garantia da saúde da população. Do ponto de vista da medicina preventiva, os estudos e descobertas das doenças contribuem para o tratamento, controle e recuperação, já a promoção da saúde deve contemplar um conjunto de ações que visem garantir as condições de vida da população.

Nos seus estudos sobre a medicina preventiva, Buss (2009) refere que

As principais questões da clínica e da medicina preventiva sobre seu objeto, as doenças, são: como evitá-las (prevenção primária ou controle de incidência); como curá-las (prevenção secundária ou controle da duração, logo, da prevalência) e como mitigá-las (prevenção terciária ou controle de complicações adicionais). Assim, as doenças e suas causas, consequências e tratamento são o foco da medicina preventiva. Nesse contexto, a saúde tem sido entendida como ausência de doença. (BUSS, 2009, p.38).

O âmbito da prevenção é de suma importância para as descobertas, controle e tratamento das doenças, porém, é imprescindível que as ações desse âmbito estejam articuladas com ações de promoção da saúde. Tal articulação na

tratamento da doença, como as condições de vida que possibilitem o enfrentamento das doenças e a garantia da saúde.

Promoção da saúde, em seu sentido moderno, ressalta a elaboração de políticas públicas intersetoriais, voltadas à melhoria da qualidade de vida das populações. Sendo assim, promover a saúde alcança uma abrangência maior que o campo da saúde, incluindo o ambiente em sentido amplo, além de incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais (CZERESNIA, 2009, p. 44).

Nesse sentido, a promoção à saúde está atrelada às condições de vida da população, não se limitado às questões referentes apenas às doenças, mas concentra a atenção na garantia da saúde da população, ou seja, a saúde deixa de ser ausência de doença, e passa a ser atrelada à qualidade de vida.

Czeresnia (2009, p.43) aponta ainda em seus estudos outro discurso da concepção de promoção da saúde vinculada à ideia de *autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais*. Porém *uma questão que se apresenta é qual a concepção de autonomia efetivamente proposta e construída*. Tal perspectiva de promoção da saúde, que a autora chama de conservadora, reforça a tendência de redução do papel do Estado e impõe aos indivíduos a responsabilidade de responder suas necessidades (CZERESNIA, 2009, p.44).

De acordo com Carvalho (2007), a discussão da promoção da saúde surge no Canadá a partir do relatório de Lalonde em 1974. Esse relatório formaliza a corrente behaviorista, que possui como eixo estratégico um conjunto de intervenções que buscam transformar os comportamentos individuais não saudáveis, ou seja, têm a perspectiva de ações sobre os estilos de vida dos indivíduos. Nesse contexto, o estilo de vida saudável é de responsabilidade do indivíduo. Assim, o indivíduo tem o dever de promover sua saúde e, em caso de aparecimento de doenças, é o culpado pela situação. Transmite-se a ideia de que são os comportamentos não saudáveis que contribuem para o aparecimento de doenças.

Para Carvalho (2007), existem limitações da corrente promoção da saúde behaviorista, pois tal corrente se fundamenta na *culpabilização das vítimas*, ou seja, coloca para o indivíduo a responsabilidade de problemas de saúde cujas causas se encontram fora de sua governabilidade.

de promoção da saúde, deve ser considerado o fortalecimento de práticas saudáveis, porém não se pode negar a conjuntura e o lugar que os indivíduos ocupam na sociedade, bem como as relações sociais que se estabelecem. É imprescindível ter em mente que são, sobretudo, situações externas aos sujeitos que inviabilizam uma vida saudável.

Observa-se que, mais uma vez, as dimensões individual e universal são confrontadas no âmbito da saúde, pois as discussões da promoção da saúde apontam, de um lado, a responsabilização do indivíduo pela sua saúde/doença e o dever de mudar seu estilo de vida. Do outro, situa-se a problemática no âmbito das determinações sociais da saúde, compreendendo que é necessária a criação de políticas públicas que garantam a saúde da população.

A discussão entre a universalização e a focalização tem a ver com a visão de homem e de mundo que está presente nas relações sociais, além de perpassar as respostas às demandas sociais que são materializadas através das políticas sociais.

Universalização *versus* focalização tem sido uma das contradições das políticas sociais, em particular da brasileira. Compreender como se estabelecem essas contradições nos remete a reconstruir a trajetória da relação entre capital, trabalho e Estado na construção de respostas às demandas sociais, o papel desempenhado por cada um e quais os interesses que se visam responder.

### **1.3. Estado e sociedade e as respostas às demandas sociais**

Compreender a resposta brasileira à aids no contexto das determinações das políticas sociais, e em particular da política de saúde, nos remete a aprofundar as relações sociais que se estabelecem entre as classes capitalista e trabalhadora, bem como as interfaces dessas duas classes com o Estado, enquanto sociedade política, uma vez que são nessas relações entre capital, trabalho e Estado que as demandas sociais são reivindicadas e respostas são estruturadas e materializadas através das políticas sociais.

O surgimento da aids no Brasil em um período de grande efervescência política, ocorrida no final dos anos 1980, sobretudo, a luta pela socialização da política e pelos direitos sociais, contribuiu para uma resposta à epidemia articulada com o diálogo entre o Estado e a sociedade civil organizada. As lutas sociais para o

aram que o problema entrasse na agenda política como uma questão de saúde pública, e, a partir daí, uma série de ações foi implementada pelo Estado em articulação com a sociedade civil para garantir o tratamento e a prevenção de novas infecções pelo HIV.

Pouco mais de trinta anos se passaram desde os primeiros casos de aids registrados no Brasil. Nesse período, se consolidou no país uma Política de Enfrentamento da Aids conhecida e reconhecida internacionalmente, sobretudo, pela garantia universal e pública da terapia antirretroviral.

A trajetória desse enfrentamento vem sendo perpassada pela luta da saúde como direito universal e o dever do Estado em garanti-la. A saúde como direito universal faz parte de um arcabouço político e ideológico contrário à perspectiva liberal que restringe direitos e defende uma atuação mínima do Estado no social. Tal embate é refletido nas políticas sociais que ora visam garantir direitos universais, ora focalizam essa garantia nas piores mazelas sociais.

Historicamente e em uma visão vinculada à teoria crítica marxista, as respostas das demandas sociais através das políticas sociais têm sua gênese relacionada ao modo de produção capitalista, sobretudo, em sua fase monopolista, tendo em vista, que é nesse momento histórico que as políticas sociais se destacam, tendo como fundamento as lutas que se estabelecem entre **capital** (proprietários dos meios de produção) e **trabalho** (não proprietários ou detentores da força de trabalho - classe trabalhadora).

Os principais interesses da classe capitalista são a manutenção ou aumento dos lucros, ou seja, necessidade de valorização do capital, além da dominação política, econômica e cultural. Já a classe trabalhadora luta por melhores condições de vida e trabalho, ou seja, luta por direitos decorrentes do trabalho, tais como: redução da carga horária de trabalho, proteção em decorrência da incapacidade laborativa e por melhores salários que garantam o atendimento de suas necessidades sociais. Além disso, luta pela participação política e o usufruto da riqueza socialmente produzida.

No modo de produção capitalista, o atendimento das necessidades sociais é mediante a venda da força de trabalho em troca de um salário. Em sua obra *Salário, Preço e Lucro*, Marx (2004) afirma que a classe trabalhadora, para reproduzir-se, vende sua força de trabalho para o capitalista, que detém os meios de produção.

no se constitui como uma mercadoria que tem seu valor determinado pelo valor dos meios de subsistência requeridos para produzir, desenvolver, manter e perpetuar a força de trabalho+(MARX, 2004, p.62). Ou seja, é determinada pelo valor necessário para garantir a existência material.

A classe trabalhadora, ao vender sua força de trabalho, recebe, em troca, um salário, que deveria ser calculado de acordo com as necessidades básicas, que Marx (2004) chama de artigos de primeira necessidade. Porém o salário, em geral, não tem cumprido a sua função de garantir o atendimento de necessidades.

A exploração à qual eram submetidos os operários, com uma jornada de trabalho extensa, insalubridade no ambiente fabril e baixos salários, não garantia o sustento, o que obrigava toda família a se inserir no mercado de trabalho, inclusive crianças. Tal situação demonstrava que o salário somente possibilitava a subsistência do trabalhador para que o mesmo subsistisse enquanto trabalhador, como bem afirmou Marx e Engels (2003):

O preço médio do trabalho assalariado é o salário mínimo, ou seja, a soma dos meios de subsistência necessários para que o operário viva como operário. Portanto, o que o operário obtém com o seu trabalho é apenas suficiente para conservar e reproduzir a sua vida. (MARX; ENGELS 2003, p.40).

À medida que o capitalismo se desenvolveu e prosperou, cresceu também o empobrecimento ou a pauperização da classe trabalhadora, que sobrevivia em condições sub-humanas. As reflexões de Marx e Engels (2003) na obra *Manifesto do Partido Comunista*, retratam muito bem a realidade:

Até agora todas as sociedades se basearam, como vimos, no antagonismo entre as classes opressoras e as oprimidas. Mas para oprimir uma classe é preciso que lhes sejam asseguradas, ao menos, condições tais que lhes permitam uma existência de escravo. O servo, durante a servidão, conseguia tornar-se membro da comuna, assim como o pequeno burguês, sob o jugo do absolutismo feudal, conseguiu elevar-se à categoria de burguês. O operário moderno, ao contrário, em vez de elevar sua posição com o progresso da indústria desce cada vez mais abaixo das condições de existência de sua própria classe. Cai no pauperismo que cresce ainda mais rapidamente do que a população e a riqueza. (MARX; ENGELS 2003, p. 36).

Para esses autores, a sociedade moderna não permitiu, sequer, que a classe operária tivesse a possibilidade de ter garantidas suas necessidades vitais, e, quanto mais riqueza se produziu, mais o trabalhador empobreceu, sem usufruir

pauperismo está relacionado à contradição inerente ao modo de produção capitalista, que, à medida que acumula riqueza, produz, ao mesmo tempo, pobreza. E, mesmo em momentos de prosperidade, a classe trabalhadora não consegue usufruir dessa riqueza.

Isso significa que a essência da pauperização tem causas históricas e estruturais e se constitui pelas desigualdades sociais; já sua aparência é materializada e vivenciada pela classe trabalhadora através do desemprego, insegurança alimentar, doenças, enfim, ao não acesso aos direitos sociais que garantam o atendimento de necessidades sociais.

É no cerne da expansão capitalista (fase monopolista), que ocorreu a exploração máxima da classe trabalhadora, e, em resposta a essa exploração, os trabalhadores se fortaleceram e passaram a lutar por melhores condições de vida e trabalho. Para mediar os tensionamentos entre capital e trabalho, entrou em cena o Estado, que passou a intervir para atender interesses do capital e do trabalho, e, ao mesmo tempo, buscou sua legitimação entre as classes fundamentais.

As primeiras iniciativas de proteção social foram vinculadas ao trabalho, e, para ter direito, os trabalhadores precisavam contribuir previamente, e, assim, ter proteção em situação de doença, invalidez e velhice. Mas, para ter acesso a esses direitos, era necessário estar inserido no mercado de trabalho; tal fato não era a realidade de muitos trabalhadores, pois existia o plano desemprego.

As conquistas com relação à proteção social foram se consolidando, através de direitos como férias, limitação da jornada de trabalho, auxílio-doença, aposentadoria por invalidez e velhice. Iniciou-se, nesse período, a intervenção do Estado para regular e legislar sobre direitos trabalhistas, ou seja, o Estado começou a intervir para garantir direitos decorrentes do trabalho.

Em princípio e quando restrita aos incapacitados para o trabalho, a filantropia e a caridade atendiam aos pobres indigentes. Porém, com o aumento do desemprego, decorrente, sobretudo, das inovações tecnológicas, tornou-se inviável atender ao quantitativo de pessoas que não conseguia sobreviver pela via da venda da força de trabalho. Surge, assim, a emergência de se pensar algum tipo de proteção social para além das relações entre capital e trabalho.

Pensar algum tipo de proteção social para além da relação capital e trabalho, e com a intervenção do Estado, culmina em uma discussão ampla e contraditória

le mundo e as relações que se estabelecem para a construção dos direitos e proteção social. Três visões de homem e de mundo se destacam historicamente: a visão do liberalismo, do socialismo e da social-democracia.

Na perspectiva do liberalismo, o homem é um ser natural, racional e individualizado, que age movido por paixões e interesses, ou seja, é proprietário de si mesmo e de suas capacidades. Com a possibilidade dos vários interesses particulares entrarem em conflito, se tornava necessária a criação do Estado, concebido como instância superior para defender e proteger a propriedade privada. Nesse contexto, a sociedade civil surge em oposição ao estado de natureza, <sup>o</sup>a sociedade regulada por algum tipo de autoridade reconhecida, capaz de assegurar a liberdade, segurança e preservação dos interesses privados+ (DURIGUETTO, 2007, p. 34-38).

Nessa perspectiva, o papel do Estado tem o objetivo de defender interesses particulares, sobretudo, o da propriedade privada. Tal perspectiva defendida pelos jusnaturalistas, entre eles, Hobbes e Locke, ressalta as relações sociais como naturais e as forças do mercado como naturalmente dando conta dos problemas que ocasionalmente possam surgir.

Qualquer intervenção estatal, para além da defesa dos interesses privados, é interpretada como violação à liberdade dos indivíduos. <sup>o</sup>No jusnaturalismo a finalidade da constituição do Estado é a garantia da paz, da segurança e de fazer boas leis+ que possam garantir e proteger a liberdade dos indivíduos (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p.25).

Locke, o pai do liberalismo, considerava que o fundamento originário da propriedade privada é o trabalho. A capacidade de trabalho do homem o faz acumular riquezas (bens, propriedade), logo quem não acumula, ou quem não possui propriedade é porque não trabalha (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011).

Tal afirmação constitui a base do liberalismo, a liberdade para o trabalho como valor central e como meio de se conquistar a propriedade, a sobrevivência e as condições de vida. Não se admite, nessa perspectiva, que o mercado tenha imperfeições, ou não seja capaz de garantir trabalho a todos. No liberalismo, se

para o trabalho; se não tem como sobreviver, é porque não quer trabalhar.

Outro autor jusnaturalista, Rousseau, foi um homem cujo pensamento esteve à frente do seu tempo, ao afirmar que a origem das desigualdades estava na propriedade privada. Rousseau (2002) concebia que os indivíduos abririam mão de seus interesses particulares em prol de uma vontade geral, que contemplaria os interesses de toda a comunidade. A vontade geral, segundo o autor, teria a possibilidade de dirigir as forças do Estado, com o objetivo do bem comum. Nesse sentido, o Estado não é um tipo ideal, acima dos indivíduos, mas são os indivíduos que devem gerir o Estado, movido pelo interesse do bem comum.

De acordo Montañó e Duriguetto (2011), o problema do pensamento de Rousseau foi não deixar claro o que é e como operacionalizar essa vontade geral, porém o autor deixou uma relevante contribuição para a democracia.

Somente em Marx, com a crítica da economia política e as ideias socialistas, vislumbra-se uma concepção na linha de pensamento em favor de um poder que emana do povo, quando propõe a revolução da classe proletária e a tomada do poder das mãos da burguesia. Ao contrário de Marx, Rousseau não previu uma revolução ou lutas sociais para a conquista do poder, mas acreditava que os homens, movidos pela vontade geral, conduziram a vida social de forma justa e igualitária.

Para a perspectiva liberal, o problema emana dos indivíduos. Ora os indivíduos são considerados egoístas, ora são considerados harmônicos e capazes de promover a paz, a partir da liberação da natureza egoísta em nome do bem comum. As relações são naturais e o Estado surge para defender os interesses privados ou controlar e limitar a natureza egoísta. Ou seja, os problemas da sociedade, se existirem, são de responsabilidade dos indivíduos.

Sendo assim, o Estado é pensado ora para proteger e garantir os interesses particulares, ora deve ser submetido à vontade geral, através da qual os indivíduos formularão leis justas, que promoverão o acesso à riqueza. Não se concebiam as desigualdades provenientes das relações entre proprietários e não proprietários.

Outro pensador que deixou uma contribuição para a compreensão da relação entre Estado e sociedade foi Hegel. Para este autor, o Estado funda a sociedade e a família, e não o contrário. A sociedade civil é definida como um sistema de

dependências recíprocas, onde os indivíduos satisfazem suas necessidades via trabalho e troca, e asseguram a defesa de sua liberdade através da justiça e corporações+(ARCOVERDE, 2010, p. 35).

Para Montaño e Duriguetto (2011), Hegel concebe o Estado para manter e organizar a ordem social produzida pelo desenvolvimento histórico, concebendo ainda o Estado como esfera superior da sociedade, promotor do bem público, ao mesmo tempo em que preserva a sociedade civil e seus fundamentos, sobretudo, a propriedade privada. Para os autores, o postulado de Hegel,

segundo o qual sociedade civil seria a esfera das relações econômicas e dos interesses particularistas e o Estado a esfera da universalização, constitui o ponto de partida para o desenvolvimento do estudo de Marx acerca na natureza do Estado moderno e sua relação com a sociedade civil. (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 35).

Ao contrário de Hegel, Marx concebia o Estado como produto da sociedade burguesa, que expressa e perpetua suas contradições. A sociedade civil, nesse sentido, é pensada como conjunto das relações materiais dos indivíduos no determinado estágio de desenvolvimento das forças produtivas. Encerra o conjunto da vida comercial e industrial e, por isso, ultrapassava o Estado e a nação (MARX; ENGELS, 1980).

Como produto da sociedade burguesa (que detinha o poder e o controle das forças produtivas), Marx e Engels (2003) compreendiam o Estado como comitê da burguesia, para gerenciar os negócios dessa classe dominante, e, somente com uma revolução do proletário para destruir o poder da burguesia, seria possível o acesso dos trabalhadores à riqueza socialmente produzida. Em lugar da antiga sociedade burguesa, com suas classes e antagonismos de classes, haverá uma associação na qual o livre desenvolvimento de cada um é a condição do livre desenvolvimento de todos+(MARX; ENGELS, 2003, p. 46).

Para Marx e Engels (2003), somente a superação ou destruição do modo de produção capitalista pode trazer ganhos reais aos trabalhadores, pois as relações entre capital e trabalho têm como base a exploração da classe operária e somente com o fim desse antagonismo de classe é possível à classe trabalhadora ascender e usufruir direitos.

Na sociedade burguesa, o trabalho vivo é apenas um meio de acumular o trabalho acumulado. Na sociedade comunista, o trabalho acumulado é apenas um meio de ampliar, de enriquecer, de promover a existência do trabalhador. (MARX; ENGELS, 2003, p. 40).

As ideias contidas no *Manifesto do Partido Comunista* (MARX; ENGELS, 2003) e na própria ideia de revolução em Marx deixavam claro que somente a revolução proletária mudaria a relação de exploração existente. Tais ideias foram fundamentais para fortalecer a luta da classe operária.

A revolução não ocorreu em muitos países, mas a ideia ou a ameaça ao sistema capitalista contribuíram para ganhos da classe trabalhadora, mesmo no sistema de exploração. Ou seja, não se destruiu a exploração, mas os trabalhadores começaram a conquistar direitos e garantir sua sobrevivência. Caminhou-se da exploração absoluta (quando inexistiam direitos) para a exploração relativa (concedem-se direitos), mas não para o usufruto da riqueza socialmente produzida.

A necessidade de enfrentar a crise capitalista, sobretudo, a partir de 1929, e a ameaça de uma revolução proletária abriram espaço para ganhos do trabalho, pois a burguesia passou a negociar as reivindicações dos trabalhadores, e é a partir do trabalho que se iniciam os primeiros direitos sociais.

Marx previu, em seus estudos, que uma parte da burguesia, para não perder seu poder, desejava remediar os custos sociais para garantir a continuidade da sociedade burguesa, o que ele chamou de socialismo conservador ou burguês (MARX; ENGELS, 2003, p. 53).

Os socialistas burgueses querem todas as vantagens das condições sociais modernas sem as suas lutas e perigos. Querem o estado atual da sociedade sem os elementos que a revolucionam e a destroem. Desejam a burguesia sem o proletariado. [...] O convida a permanecer na sociedade atual, eliminando, porém, seu ódio contra a burguesia. [...] declarando que não será uma simples reforma política, mas a mudança nas condições materiais de existência, nas relações econômicas, que lhe será proveitosa. Por mudanças nas condições materiais de existência, no entanto, essa escola socialista não tem em mente a abolição das relações burguesas de produção, que só pode ser realizada pela revolução, mas reformas administrativas, fundamentadas na existência dessas relações; tais reformas, portanto, não afetam as relações entre o capital e o trabalho, mas, na melhor das hipóteses, diminuem os custos da burguesia, simplificando o trabalho administrativo do Estado. (MARX; ENGELS, 2003, p. 53).

...a-se o ideário da social democracia que, a partir de reformas políticas, econômicas, sociais, etc. abre espaço para os direitos sociais, defende a atuação e ampliação do Estado em garantir direitos universais, admite a intervenção do Estado na economia, mas não questiona a relação de exploração fundante e própria do modo de produção capitalista, alegando ser perfeitamente possível a justiça social, equidade, usufruto da riqueza para a classe trabalhadora e a acumulação capitalista.

De acordo com Coutinho (2000, p. 43), o movimento operário e socialista dos países ocidentais passou a adotar uma política reformista, que possibilitou conquistas sociais e democráticas. Porém, esse movimento social democrata apresenta limite, que é,

Expresso, sobretudo, na incapacidade de transformar o significativo processo reformista que desencadeou num efetivo movimento de superação da lógica do capital e de suas mais gritantes contradições . desemprego estrutural, degradação do meio ambiente, fenômenos de apatia e da alienação, etc. (COUTINHO, 2000, p. 44).

Ao se adotar políticas reformistas, foi sendo deixada de lado a ideia de revolução para a superação do capitalismo, e passou a ganhar força um processo de reformas na perspectiva de garantir direitos civis, políticos e sociais para a população em geral; conseqüentemente permanece sem enfrentamento a essência do problema, que é a exploração do capital à classe trabalhadora e a apropriação da riqueza socialmente produzida.

Estamos diante de um embate que norteia as relações entre capital, trabalho e Estado, que é perpassado pelo ideário liberal com a roupagem do neoliberalismo, da social-democracia que tenta garantir direitos e lucros, buscando a conciliação entre capital e trabalho e do socialismo, que, apesar de não se constituir atualmente em uma ameaça à burguesia, influenciou a luta e organização da classe trabalhadora por direitos sociais.

O papel do Estado, no que se refere às respostas do projeto societário da classe trabalhadora, se amplia ou se reduz de acordo com as correlações de forças que se estabelecem. O Estado como comitê da burguesia utilizará seu poder de coerção e entenderá os problemas sociais como caso de polícia. Por outro lado, esse mesmo Estado necessita ser reconhecido pelas massas, por isso, não pode

do consenso, consequentemente também atende parte das reivindicações da classe explorada.

Coerção e consenso são termos utilizados por Gramsci (1980) para explicar a relação entre capital, trabalho e Estado. O referido autor marxista trouxe uma grande contribuição para o entendimento dessa relação, introduzindo um conceito ampliado do Estado e fortalecendo o âmbito político das relações sociais.

Para Gramsci (1980), Estado é a soma da sociedade civil mais a sociedade política. Afirma o autor que por Estado deve-se entender, além do aparelho governamental, também o aparelho privado de hegemonia ou sociedade civil+ (GRAMSCI, 1980, p. 147).

O conceito de Estado ampliado permite aprofundar as correlações de forças que se estabelecem na luta pela garantia dos direitos sociais, pois é no âmbito do Estado ampliado, que envolve sociedade política e sociedade civil organizada, que se estabelecem respostas às demandas sociais, e se confrontam os interesses de classes, bem como a necessidade da sociedade política em se legitimar.

Montaño e Duriguetto (2011, p.43) apontam que, para Gramsci, a sociedade civil é composta por uma rede de organizações (associações, sindicatos, partidos, movimentos sociais, organizações profissionais, atividades culturais, meios de comunicação, sistema educacional, parlamentos, igrejas, etc.); e essa rede, permite a socialização da política. Com isso o

Estado se amplia, incorporando novas funções, e incluindo no seu seio a luta de classes; o Estado ampliado de seu tempo e contexto, preservando a função de coerção (sociedade política) tal como descoberta por Marx e Engels, também incorpora a esfera da sociedade civil (cuja função é o consenso)[...] É uma das esferas sociais em que as classes se organizam e defendem seus interesses, em que se confrontam projetos societários, na qual as classes e suas frações lutam para conservar ou conquistar hegemonia. (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 43).

Sociedade civil, na perspectiva gramsciana, é espaço de lutas de classes, lugar em que as classes antagônicas se confrontam e defendem seus projetos societários. De um lado, a classe trabalhadora luta pela socialização da política e pela garantia de acesso à riqueza socialmente produzida; e, por outro, a classe capitalista busca defender seus interesses de acumulação, dominação e exploração da classe trabalhadora, ou seja, busca garantir sua hegemonia.

classe trabalhadora estão relacionadas à garantia dos direitos sociais que possibilitem o atendimento das necessidades sociais. No contexto das relações capitalistas, não existe o pleno emprego, logo, nem todos conseguem atender necessidades mediante a venda da força de trabalho. Sendo assim, a quem compete o atendimento das necessidades sociais? Tal resposta vai depender das correlações de forças que se estabelecem no âmbito do Estado ampliado.

#### **1.4. Direitos e necessidades sociais: a quem compete sua materialização?**

O Estado concebido em um conceito ampliado como apontado por Gramsci permite a compreensão das correlações de forças que se estabelecem na construção dos direitos sociais, bem como sua efetivação, pois a discussão da garantia dos direitos sociais públicos e universais, que contemplem toda a sociedade ou que sejam focalizados nas piores mazelas, é reflexo das lutas que se estabelecem no âmbito do Estado ampliado. Essas correlações de forças se estabelecem em uma luta desigual, uma vez que a classe hegemônica, ou seja, a classe que detém o poder político, econômico e cultural consegue mais influência na sociedade política.

Gramsci (1980, p. 58), ao refletir sobre os interesses dos grupos sociais, que ele chama de vontade do grupo, afirma que essa vontade está orientada para um fim, mas é vagarosa e frequentemente necessita de um processo para centralizar-se organicamente e politicamente. Mas, afirma o autor, quando o interesse do grupo coincide com a vontade e interesses imediatos da classe hegemônica, o processo se acelera.

Nessa afirmação, podemos visualizar o que ocorreu na expansão dos direitos sociais no período dos chamados 30 anos gloriosos do capitalismo. As lutas da classe trabalhadora pela garantia de direitos e a necessidade do capital de enfrentar a sua crise convergiram para uma formação política e econômica que conseguiu conciliar o aparente inconciliável: altas taxas de lucro e o quase pleno emprego.

A necessidade de enfrentar a crise e a sua saída pela via da ampliação dos direitos sociais com as ideias keynesianas, relacionadas ao pleno emprego e à

classe trabalhadora, somada às reivindicações trabalhistas, convergiram para a ampliação de ganhos para a classe trabalhadora.

Após a Segunda Guerra Mundial (pós 1945), se consolidou um modelo de produção que proporcionou quase trinta anos de acumulação do capital. Os chamados anos gloriosos, ou Era do Ouro, permitiram ao capitalismo experimentar taxas de lucros jamais vistas e promover o quase pleno emprego nos países de economia avançada.

A prosperidade da era do ouro ocorreu, sobretudo, pelas ideias de Keynes, que propôs um Estado intervencionista que realizasse ações na economia, na política e no social, com o objetivo de enfrentar a crise capitalista. Essas ideias apontavam, como saída da crise, a intervenção do Estado para garantir ganhos do capital e do trabalho.

Keynes, considerado um liberal heterodoxo, é o idealizador do Estado intervencionista e defendia a intervenção do Estado como forma de superação da crise capitalista que se instaurou a partir de 1929. Nessa perspectiva, o Estado era concebido como um instrumento a serviço da economia, do equilíbrio econômico entre oferta e demanda, da superação da crise+ (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p.57).

De acordo com Wapshott (2011), Keynes defendia a geração de emprego, como saída da crise, pois os salários aumentavam o poder de compra dos trabalhadores, conseqüentemente, bens e serviços precisariam ser produzidos, o que possibilitava um aumento da produção de bens e serviços. Além disso, apontava a criação de obras e empregos públicos como resposta para enfrentar o desemprego e a crise financeira, pois tais ações geravam o consumo, conseqüentemente, produção e lucro ao capital.

Mas, diante de mais uma crise do capital, ocorrida a partir da década de 1970, a classe hegemônica colocou como motivo para a nova crise a intervenção keynesiana, sob o argumento de onerar os cofres públicos. Daí o ressurgimento das ideias liberais de centralizar as respostas à crise no mercado, desconstruir os direitos e delegar ao Estado uma atuação mínima no social. Por isso, é tão difícil na atualidade a conquista e garantia de direitos, uma vez que a classe trabalhadora necessita exercer maior força de pressão e, assim, garantir o atendimento de suas reivindicações.

o (2011), o neoliberalismo representa uma ofensiva contra o Estado intervencionista, ou seja, defende a desregulamentação do mercado e a livre concorrência em nome da liberdade e considera ser possível até um sistema de seguridade social (desde que em contexto de abundância e não na crise ou limitada acumulação), mas apenas para garantir um mínimo para gerar capacidade para o trabalho, assistência e auxílio, somente em situações de risco, desemprego e catástrofes. O pensamento neoliberal considera ainda que o desenvolvimento da democracia, da igualdade de oportunidades e/ou da justiça social limita e impede a plena realização da liberdade+ (MONTAÑO; DURIGUETTO, 2011, p. 62-64).

Na perspectiva neoliberal, o enfrentamento à crise tem bases no desmonte dos direitos sociais, tendo em vista que foi sua ampliação+ que impulsionou a crise do capital. Daí decorre a luta entre a focalização e a universalização, pois garantir direitos universais exige a ampliação do papel do Estado e maior investimento público em bens e serviços. Por outro lado, ações focalizadas delimitam o papel do Estado e os gastos com ações que garantam direitos sociais amplos. Por isso, para se garantir direitos sociais amplos, se torna necessária a pressão social organizada.

As concepções de direitos sociais se confrontam nas perspectivas liberal e social-democrata. Laurell (2002) refere que as políticas sociais na concepção social-democrata se contrastam à concepção liberal, uma vez que, na social-democracia, os direitos sociais devem ser garantidos independentemente da inserção ou não no mercado de trabalho.

A autora afirma que, no contexto do neoliberalismo, não se admite %o conceito de direitos sociais, ou seja, o direito de ter acesso aos bens sociais pelo simples fato de ser membro da sociedade e a obrigação desta última de garanti-los através do Estado+; ao contrário, o gozo de benefícios deve ser decorrente do trabalho e somente aos indigentes deve ser garantido pelo Estado um bem-estar mínimo.

Além disso, no neoliberalismo, os bens sociais são submetidos à lógica do lucro, o que se %o põe ao Estado social-democrata, onde o financiamento, produção e administração pertencem ao âmbito público-estatal e se subtraem à lógica do mercado+(LAURELL, 2002, p. 156).

Diante dos tensionamentos entre a garantia de direitos sociais pela via do Estado ou pelo mercado, se faz necessária a luta da classe trabalhadora para

garantia do atendimento das demandas sociais. Coutinho (2000, p.42) afirma que é possível obter %o interior da economia capitalista e sob a dominação do Estado burguês, o reconhecimento e a satisfação de expressivas demandas das classes subalternas+, mas, para isso, é necessária a socialização da política, pois é através dela que se fortalece a luta social.

A classe hegemônica tem consciência do poder das mobilizações de massas e a todo tempo tenta desmobilizar as lutas, e uma das estratégias é fragmentar esses movimentos para as lutas micros e centralizadas em interesses de grupos, em detrimento de uma luta coletiva por direitos universais.

Para Laurell (2002, p. 164), a condição política para o êxito do projeto neoliberal %a derrota ou, pelo menos, o enfraquecimento das classes trabalhadoras e das suas organizações reivindicatórias e partidárias+. Somado a isso se busca %destruir as instituições públicas, para estender os investimentos privados a todas as atividades econômicas rentáveis+.

Mas, contraditoriamente, a classe hegemônica, para manter o poder frente às massas trabalhadoras e subalternas, e a sociedade política, para garantir sua legitimação, necessitam responder às reivindicações das classes subalternas. Portanto a garantia dos direitos sociais situa-se em um contexto contraditório e de tensionamentos, e a classe trabalhadora e subalterna dispõe de menor influência nos interesses em jogo. Como indicado por Gramsci (1980):

O fato da hegemonia pressupõe indubitavelmente que se deve levar em conta os interesses e as tendências dos grupos sobre os quais a hegemonia será exercida; que se forme certo equilíbrio de compromisso, isto é, que o grupo dirigente faça sacrifícios de ordem econômico-corporativa. Mas indubitável que os sacrifícios e o compromisso não se relacionam com o essencial, pois se a hegemonia é ético-política também é econômica. (GRAMSCI, 1980, p. 33).

Ora a discussão de direitos sociais, considerando os tensionamentos entre interesses antagônicos e com a hegemonia de uma classe sobre a outra, indica que a classe que detém o poder político e econômico não quer perder seu *status quo* e, para permanecer garantindo seus interesses, sobretudo, acumulação da riqueza, produzirá respostas às demandas sociais, desde que não interfiram na sua acumulação, ou seja, as bases das relações sociais continuam inalteradas e as respostas serão restritas e sobre a aparência dos problemas sociais.

o refletir sobre os direitos sociais, afirma que tais direitos terminam por se chocar com a lógica do capital. E essa contradição se manifesta como um processo e não como algo explosivo, permitindo que o capitalismo, a princípio, resista, mas, depois, seja ~~%~~forçado a recuar e fazer concessões, sem deixar de tentar instrumentalizar a seu favor (ou mesmo suprimir, como atualmente ocorre) os direitos conquistados+.

A luta por direitos se configurava, nos seus primórdios, em um embate direto entre capital e trabalho; hoje tal conflito é nivelado pela luta que se processa na esfera do Estado ampliado, quando as duas classes fundamentais buscam garantir seus interesses, que são antagônicos.

Historicamente a classe capitalista foi transferindo para o Estado (sociedade política) a responsabilidade de garantir direitos. O salário deveria garantir aos trabalhadores e sua família: educação, alimentação, habitação, lazer, saúde, entre outros. Porém quem oferta esses serviços é o Estado, ou seja, quem não pode comprar os serviços sociais no mercado utiliza os serviços do Estado que são pagos, em boa parte, com os impostos dos trabalhadores.

Como afirma Pastorini (2007, p.88):

Agora o capitalista não tem exclusividade à obrigação de atender por si só as necessidades de sobrevivência e reprodução da força de trabalho, como era a função até o século XIX. Hoje, parte importante desses custos é retirada das empresas e levada à órbita estatal, onde passa a complementar as insuficiências salariais e a cobrir as necessidades básicas insatisfeitas (fundamentais à sobrevivência do trabalhador).

[...]

Antes, só o capitalista tinha a função de, com um salário, cobrir as necessidades de sobrevivência e reprodução da força de trabalho.

Para Pastorini (2007) os mecanismos utilizados para atender as necessidades pela via do Estado são as políticas sociais, que são financiadas a partir da socialização de seus custos através de recursos tributários. Hoje toda a população financia as políticas sociais, as que servem como complemento salarial (PASTORINI, 2007, p.88).

Isso significa que a classe capitalista colocou para o Estado o ônus de garantir direitos, e o Estado, por sua vez, repassa aos trabalhadores o dever de custear os serviços e ações que utilizam ou não, através do pagamento dos

gem do Estado e não do capitalista os direitos que garantam a sua sobrevivência e de sua família.

Os direitos sociais são para Couto (2008) de natureza coletiva, porém possuem titularidade individual, vinculada a um membro de uma comunidade específica. Sendo assim, a autora afirma que o fundamento central dos direitos sociais são as necessidades reais do homem, que se caracterizam por serem básicas, objetivas, universais e históricas+(COUTO, 2008, p.49).

A luta por direitos sociais inicia-se com a classe trabalhadora, ao reivindicar melhores condições de vida e trabalho, ou seja, a busca do atendimento de necessidades reais de sobrevivência. Tais necessidades podem ser diferentes e dependem da organização de uma determinada sociedade, comunidade ou cultura, mas são inerentes a todos os seres humanos. Sendo assim, as necessidades precisam ser atendidas. E esse atendimento constitui, na atualidade, um direito fundamental e social que se encontra no cerne da discussão de quem deve responder a essa necessidade.

Na lógica neoliberal, o Estado deve ser mínimo e deve intervir no social de forma focalizada, buscando atender os impossibilitados de vender a força de trabalho. O ideário neoliberal inviabilizou e retraiu as conquistas sociais, provocou perdas de direitos já conquistados e engavetamento de direitos que estavam em caminho de efetivação.

O avanço do neoliberalismo trouxe perda à classe trabalhadora, devido ao afastamento das ideias de universalização dos direitos. Tal perspectiva privilegia ações focalizadas em grupos e situações graves como a miséria, e nem sempre atende ao público a qual se destina a ação, pois nem todos os indivíduos conseguem efetivamente acessar os serviços e benefícios.

A perspectiva de direitos vinculada às necessidades é negada pelo neoliberalismo, que defende ações focalizadas para atender necessidades mínimas de subsistência. O neoliberalismo defende que é no mercado que os indivíduos devem buscar o atendimento de suas necessidades. Mas, do ponto de vista da classe trabalhadora, os direitos sociais estão relacionados com a garantia do atendimento das necessidades sociais.

A definição do que são necessidades sociais não tem um consenso na literatura; várias questões estão delineadas na discussão, dentre as quais se

ssidades e as formas para satisfazê-las; a diferença entre necessidades fisiológicas/vitais ligadas à reprodução material e necessidade enquanto desejos, preferências e aspirações situadas numa perspectiva não material; a discussão sobre se as necessidades são universais ou relativas, objetivas ou subjetivas e, por fim, as estratégias para atendê-las devem ser produzidas pelo mercado ou pelo Estado?

Em uma primeira acepção, é preciso esclarecer que o tema tem sido discutido na perspectiva de uma polaridade entre objetivo/material e subjetivo/não material. A subjetiva ou não material tem a ver com necessidade relativa, ligada a desejos e preferência individuais. Porém entende-se que ambas são faces de um mesmo processo, pois, o indivíduo é uma totalidade e não pode ser visto em partes.

Na perspectiva liberal ou neoliberal, as necessidades sociais estão vinculadas prioritariamente aos desejos e preferências individuais, já que, nessa perspectiva teórica, defende-se a supremacia do mercado para satisfazer necessidades. Como pressuposto dessa corrente de pensamento, têm-se a liberdade individual e a supremacia do mercado para satisfazer necessidades.

Gomez (1998) refere que, na perspectiva neoliberal, as necessidades sociais não são produzidas socialmente, e, sim, individualmente, segundo a capacidade de consumo de cada um. Sendo assim, as necessidades são subjetivas e são os indivíduos que indicam o que necessitam. Tal perspectiva nega a existência de necessidades objetivas e universais.

Por outro lado, em uma perspectiva eco-humanista, como denomina Gomez (1998), as necessidades sociais são universais, o que não exclui a possibilidade de serem socialmente construídas. Nesse sentido, existem necessidades que põem em risco a reprodução social dos indivíduos e que precisam ser atendidas. As formas de satisfação podem variar, mas, sem dúvida, o não atendimento põe em risco a sobrevivência e existência dos indivíduos. Nessa perspectiva, o papel do Estado é fundamental, pois é demandado que as respostas às necessidades alcancem toda a população e garantam sua existência material.

Pereira (2007), ao discutir sobre necessidades sociais, problematiza a questão das necessidades sociais mínimas, que têm a ver com subsistência/necessidades biológicas e necessidades sociais básicas que ampliam o conceito para além da subsistência. Nessa reflexão, a autora sustenta que tratar as

mas pressupõe atendimento de condições mínimas de subsistência, que beiram à desproteção social. Por outro lado, as necessidades básicas expressam algo fundamental, principal, primordial, ampliando a concepção de direitos sociais.

Para Pereira (2007), a chave para distinguir necessidades sociais básicas, enquanto sentido universal e material, de necessidades de outras naturezas . equivocadamente relacionadas à falta ou privação de algo (tangível ou intangível), preferências, desejos, compulsão por determinado tipo de consumo, procura por satisfação econômica, social ou psicológica de alguma carência . se fundamenta no caráter peculiar das necessidades básicas enquanto a ocorrência de sérios prejuízos<sup>4</sup> à vida material do ser humano e à atuação desses como sujeitos, ou seja, o não atendimento das necessidades básicas pode acarretar situações irreversíveis.

Pereira (2007) e Gomez (1998) defendem que existem necessidades que são objetivas e universais e as formas para sua satisfação podem ser diferenciadas em sociedades e grupos, mas que são socialmente construídas, ou seja, existem necessidades que garantem a existência material dos seres humanos; sua forma de satisfação pode variar, já que são socialmente construídas, mas que são imprescindíveis para a existência humana.

Pereira (2007) afirma ainda que:

as necessidades básicas são objetivas, porque a sua especificação teórica e empírica independe de preferências individuais. E são universais, porque a concepção de sérios prejuízos, decorrentes de sua não satisfação adequada, é a mesma para todo indivíduo, em qualquer cultura. (PEREIRA, 2007, p.68).

Ao concordar que as necessidades sociais básicas têm um caráter objetivo e universal, e que este significado se afasta da concepção de desejos e preferências individuais, nos remete a concordar que o Estado e não o mercado tem papel primordial no atendimento das necessidades. Daí a importância da luta pelos direitos sociais e da proteção social em sentido universal.

Apesar de considerar que necessidades sociais são objetivas e universais, ressalta-se que não são necessidades fixas e imutáveis, novas necessidades podem

---

<sup>4</sup>Sérios prejuízos ó impactos negativos cruciais que impedem ou põem em sério risco a possibilidade objetiva dos seres humanos de viver física e socialmente em condições de poder expressar a sua capacidade de participação ativa e crítica (PEREIRA, 2007, p. 67).

de serem necessidades básicas, dependendo da evolução, social e das forças produtivas de uma sociedade.

Por exemplo, na atualidade, a energia elétrica e a água tratada e encanada são primordiais nas residências da maioria das sociedades existentes e luta-se para que todos tenham acesso a elas, mesmo que residam longe dos centros urbanos.

O ser humano tem características biopsicossociais e essas características são interligadas. Nesse sentido, as necessidades são de diferentes ordens, que podem ser materiais e não materiais, ligadas à sociabilidade, desejos, preferências e existência material. Sendo assim, necessidades materiais e não materiais não devem ser confundidas ou hierarquizadas; ambas têm o seu valor para a existência humana, mas discutir necessidades sociais vinculadas aos direitos sociais não é o mesmo que discutir quais as preferências de grupos ou indivíduos. São questões inerentes ao ser, mas de diferentes naturezas.

A concepção material de necessidades situa-se na perspectiva de direitos sociais e do papel do Estado em garanti-los; além disso, para o atendimento de outras necessidades, é preciso se ter atendidas as necessidades sociais básicas, por se tratar de necessidades cuja satisfação garante a existência material.

Para Marx e Engels (1980, p.33):

O primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, a saber, que os homens devem estar em condições de poder viver a fim de fazer história. Mas, para viver, é necessário antes de mais nada beber, comer, ter um teto onde se abrigar, vestir-se, etc. O primeiro fato histórico é, pois, a produção dos meios que permitem satisfazer essas necessidades, a produção da própria vida material.

Ora, as revoluções tecnológicas, as descobertas no campo da saúde que possibilitam prevenção, tratamento e cura das doenças, a invenção de bens e serviços, entre outros, permitem que a existência da vida material seja garantida com mais qualidade, porém nem todos têm usufruto do que é produzido. Daí decorre um dos pressupostos para as lutas sociais, pois não é suficiente atender necessidades, beirando à desproteção; é primordial o usufruto da riqueza socialmente produzida.

sobre a teoria das necessidades em Marx, aponta que, para Marx, as necessidades no modo de produção capitalista estão alienadas, pois a produção não existe para atender necessidades sociais, e, sim, para satisfazer necessidades de valorização do capital.

A busca por satisfazer a necessidade de valorização do capital coloca para segundo plano o atendimento das necessidades sociais e inviabiliza o usufruto, pelos trabalhadores, da riqueza socialmente produzida, ou seja, a produção que deveria garantir vida de qualidade fica restrita e compete aos trabalhadores apenas o salário, que não lhes garante direitos, e, sim, subsistência sem qualidade.

Essa alienação das necessidades sociais reflete-se no cotidiano de vida da população trabalhadora, sobretudo, que vivencia situações de pobreza. Apesar do pleno desenvolvimento dos meios de produção e da riqueza acumulada, ainda existem pessoas que morrem de fome, doenças que já poderiam ter sido erradicadas, entre outras mazelas sociais, revelando o caráter contraditório do capitalismo.

Ainda refletindo sobre o tema de necessidades sociais, Heller (1986) faz referência a dois tipos de necessidades:

**Necessidades naturais ou necessárias** . necessidades biológicas e físicas, necessárias à subsistência . mantimento da vida humana (autoconservação) . que são naturalmente necessárias, mas socialmente construídas.

**Necessidades sociais.** que são socialmente determinadas e são produto histórico . dependem do nível cultural de uma sociedade, país, grupo. São necessidades da sociedade, sistema de necessidade geral, acima dos indivíduos e das necessidades pessoais. São mais gerais e, ao mesmo tempo, maiores que a pessoal e dirigidas a bens materiais.

Heller (1986) entende que as necessidades naturais não se constituem em um conjunto de necessidades, mas um conceito limite. Limite diferenciado nas sociedades, limite da simples existência.

Entender necessidades como conceito limite revela uma interpretação restrita do significado de necessidades, aproximando-se, portanto, ao conceito de mínimos sociais, que beiram à desproteção, como afirma Pereira (2007). Além disso, vincular necessidades sociais a um conceito limite de subsistência tende a restringir direitos sociais e limitar as ações das políticas sociais, que passam a ser focalizadas.

les sociais como produto histórico, cuja existência é socialmente construída, incluem, em seu interior, as necessidades naturais, que são inerentes ao ser. Sendo assim, a divisão entre necessidades natural e social perde o sentido, pois elas fazem parte de um mesmo processo. Nessa perspectiva, ganha força a interpretação de necessidades sociais básicas, que vai além da necessidade natural e de subsistência e tem a ver com a organização de uma determinada sociedade, em um determinado período histórico.

As necessidades sociais não devem ser interpretadas, como bem aponta Pereira (2007), como limite de subsistência, mas devem pressupor algo maior, primordial, fundamental, que possibilite qualidade de vida e não somente condições mínimas de subsistência.

No embate para a efetivação dos direitos para atendimento de necessidades sociais, ora os pressupostos privilegiam o estatuto universal, ora as ações focalizadas, e, mesmo quando na sua formulação sobressai o estatuto universal, a efetivação é tensionada pelo ideário neoliberal. Tal embate reflete no atendimento de necessidades, culminando na discussão de quem deve satisfazer necessidades, mercado ou Estado.

A discussão de como satisfazer necessidades sociais, não é algo novo e, ao longo da história e do desenvolvimento do modo de produção capitalista, tem sido pensada sob os aspectos que ora defendem a supremacia do mercado, ora a intervenção do Estado.

Heller (1996), em sua obra intitulada *Revisitando a teoria das necessidades em Marx*, compreende que, para a satisfação das necessidades:

- **Os liberais** - insistem que somente a dinâmica moderna do mercado garante o progresso contínuo, tanto da criação como da distribuição de necessidades;
- **Os marxistas** - querem transcender o modo de produção capitalista e substituí-lo por um inteiramente novo, onde todas as necessidades podem e devem ser satisfeitas;
- **As sociais-democracias** ou de bem-estar são uma mescla das ideias anteriores com a distribuição mediante o mercado e seguem sendo as mais importantes, porém não mais exclusivas. Nesse contexto, os movimentos sociais passam a requerer direitos, demandando o atendimento das necessidades.

sociedade civil é composta principalmente de demandadores de necessidades e objetos de satisfação que devem ser satisfeitos pelo Estado. Ressalta, ainda, que a sociedade civil é um veículo importante para a justiça. Sem ela, a sociedade moderna não poderia sobreviver, pois utiliza normalmente a linguagem dos direitos.

Tal afirmação nos remete ao Estado ampliado de Gramsci, quando entra em cena a correlação de forças entre as classes fundamentais na luta para obtenção de direitos ou manutenção da ordem vigente. É nesse contexto que se estabelece o diálogo entre capital e trabalho, entre sociedade política e sociedade civil, na busca pela garantia de direitos.

Heller (1996) afirma ainda que o direito é a autorização legal para uma necessidade, contudo, podem produzir-se sérias tensões entre os direitos por um lado e a satisfação das necessidades por outro, ou seja, para a autora, os direitos reconhecem as necessidades e, à medida que as necessidades são reconhecidas socialmente, atribuídas e legalmente codificadas, ocorre o direito de serem reclamadas, porém, o direito não pode garantir sua satisfação.

A realidade brasileira demonstra muito bem a afirmação de Heller (1996), pois, apesar de a saúde ser legalmente direito de todos e dever do Estado, sua efetivação ainda não se universalizou no cotidiano de muitos brasileiros, que, em algumas situações, não conseguem acesso aos serviços de saúde ou exames de alta complexidade, ou ficam em filas de espera para serem atendidos, recorrendo, às vezes, à justiça para ter garantido um direito constitucional, que é legalmente reconhecido, porém não efetivado.

Tal situação gera a luta pela garantia de direitos via justiça, pois, legalmente, a população tem direito à saúde e esse direito deve ser garantido pelo Estado, que, por sua vez, não vem garantindo universalmente o direito à saúde, o que culmina nas ações judiciais para garantir o direito instituído. Nesse sentido, o direito passa a ser reclamado individualmente na justiça, culminando no enfraquecimento da luta pelos direitos sociais na perspectiva de universalidade.

A reivindicação via justiça para se conseguir que o Estado garanta medicações de alto custo é um exemplo disso; cada doente luta pelo seu direito de ter atendida sua necessidade; a decisão judicial favorável nem sempre é estendida automaticamente para quem precisa, ou seja, é preciso cada doente entrar na

à medicação. Isso significa que o direito que legalmente é reconhecido passa a ser garantido individualmente, em detrimento da garantia coletiva, ou seja, direito garantido não significa direito efetivado.

As necessidades sociais, por exemplo, são um direito reconhecido como fundamental. O documento das Nações Unidas denominado Declaração Universal dos Direitos Humanos, datado de 1948 (UNIC/RIO, 2000), aponta que é imprescindível que seja garantido a todo ser humano:

um padrão de vida capaz de assegurar-lhe, e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. (UNIC/RIO, 2000, p.11).

Baseado na Declaração Universal dos Direitos Humanos, o artigo 6º da Constituição de 1988 ressalta que são direitos sociais: educação, saúde, alimentação, trabalho, moradia, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados (BRASIL, 2010).

Ao referenciar direitos sociais como alimentação, educação, moradia, saúde, etc., têm-se, nos dizeres de Marx (2004), os artigos de primeira necessidade, que, nos dias atuais e seguindo uma perspectiva de necessidades como algo primordial, não se limitam, a garantir subsistência. É necessário garantir qualidade de vida.

Por exemplo, a necessidade de abrigo exige a garantia de uma habitação que possua energia elétrica, água encanada e potável, saneamento básico, coleta de lixo, entre outros; não é suficiente uma habitação qualquer.

No entanto, apesar de as necessidades sociais serem direito fundamental e legalmente constituídas como direito fundamental para a existência humana, efetivamente não fazem parte do cotidiano de muitos indivíduos que vivenciam condições sub-humanas de vida e não possuem nem o mínimo para subsistir.

O caso da seguridade social brasileira é um exemplo do que significa ter um direito legal e a sua não efetivação. Tendo como base o tripé da previdência, saúde e assistência social, a seguridade social inserida na Constituição de 1988 representou um avanço sem precedentes para a proteção social brasileira, conseqüentemente de garantia dos direitos sociais.

conizados na Carta Magna ainda não se efetivaram em sua totalidade e sofrem as investidas do neoliberalismo em restringir direitos. Sendo assim, não basta garantir direitos legalmente; é preciso lutar também pela sua efetivação e essa luta não tem sido tarefa fácil, tendo em vista que, em uma conjuntura de crise capitalista, torna-se mais difícil ampliar direitos sociais.

Para Montaño (2001, p. 19), "Atribui-se ao sujeito portador de necessidades a responsabilidade pela satisfação de seus carecimentos, ora vinculando-se à autoajuda e à ajuda-mútua, ora adquirindo os serviços como mercadoria+

Afirma ainda o autor que, em sociedades de bem-estar, é de responsabilidade do conjunto da sociedade, por via do Estado, garantir o atendimento das necessidades. No momento atual, é o trabalhador que tem o encargo de responder às suas necessidades e reproduzir-se como força de trabalho, liberando o capital desse ônus+(MONTAÑO, 2001, p. 21).

Na perspectiva neoliberal, o trabalhador deve garantir suas necessidades no mercado; tal pressuposto vai de encontro à perspectiva universalista de direitos e da responsabilidade do Estado, cuja ação passa a ser focalizada.

Garantir direitos universais ou restringir direitos, ampliar ou reduzir recursos, garantir necessidades como direito ou como mera subsistência. Esses são os embates apreendidos na trajetória dos direitos sociais, e, em particular, no Brasil. Desde sua fundamentação legal, disposta na Constituição de 1988, até sua efetivação junto à população usuária, a materialização dos direitos sociais no Brasil se constitui em uma luta árdua, pois, apesar da normativa legal, ocorrem tensionamentos para se garantir direitos sociais amplos.

Esse tensionamento está ligado às relações sociais que se estabelecem, pois existe uma normativa legal que amplia direitos, o que exige ampliação do papel do Estado; porém, no âmbito da implementação, a classe hegemônica, que é vinculada aos pressupostos neoliberais da focalização, do atendimento de necessidades pela via do mercado, da mercantilização dos direitos sociais e a redução do papel do Estado, busca, a todo o momento, desconstruir direitos sociais amplos, operacionalizando, assim, a focalização das políticas sociais.

## Capítulo 2 É Direito à saúde no Brasil e Política de Saúde

## no Brasil: contribuições da reforma sanitária

A saúde, enquanto direito universal e de responsabilidade do Estado, como disposto na Constituição de 1988, revela um processo histórico de luta pelos direitos sociais e, em particular, o direito à saúde no Brasil. Esse processo de luta trouxe à tona a discussão da proteção social não contributiva, com perspectiva de ampliação da atuação do Estado para garantir os direitos sociais e a democratização dos espaços públicos, sobretudo, com a participação popular no controle social.

No contexto de efervescência política pela democratização do país, a luta do movimento de reforma sanitária se destacou, pois, além de mudanças do setor da saúde, o movimento vislumbrava: a responsabilização do Estado em garantir o direito à saúde de todos os cidadãos, independente de contribuição prévia; discussão de um conceito mais amplo de saúde, considerando as determinações sociais; e construção de um sistema único de saúde capaz de integrar a promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A ampliação do papel do Estado exigia um reordenamento político e institucional que garantisse uma política de saúde de qualidade, sem distinção entre trabalhadores formais e população sem trabalho.

Os principais atores da reforma sanitária brasileira se constituíram de profissionais de saúde representados por suas entidades, o movimento sanitário representado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), responsável pela difusão e ampliação do debate em torno da saúde e democracia e elaboração de contrapontos, partidos políticos de oposição à ditadura e movimentos sociais urbanos (BRAVO, 2006).

Esses atores fomentaram o debate em torno da problemática da saúde e construíram uma proposta de saúde pública e universal, pois o acesso aos serviços de saúde somente era possível mediante a vinculação ao trabalho formal, ou seja, o acesso à saúde e a outros direitos, como, por exemplo, auxílio-doença, somente era acessado mediante pagamento do seguro social. O modelo de seguro social começou a ser implantado no Brasil nos anos de 1920. Período esse no qual se iniciou a intervenção do Estado no âmbito da saúde com a criação dos seguros sociais.

uma análise histórica sobre a política de saúde no Brasil, aponta que o seguro social começou a ser fomentado na década de 1920 com a criação das caixas de aposentadorias e pensões (CAPs), subsidiadas pela União, empresas empregadoras e empregado. As CAPs estavam fundamentadas na Lei Elói Chaves. A referida lei é o marco da discussão sobre previdência social.

A autora aponta que a política de saúde estava organizada em dois subsetores: **a saúde pública**, relacionada às condições sanitárias mínimas da população e ações de combate às endemias; e a **medicina previdenciária**, com a criação em 1930 dos Institutos de aposentadorias e pensões (IAPs). Os principais benefícios dos IAPs consistiam em assistência médica curativa e fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice ou invalidez, pensão aos dependentes e auxílio-funeral (BRAVO, 2006).

O acesso aos serviços de saúde mediante a contribuição prévia e vinculada ao trabalho apontava para uma política de saúde com estreita vinculação às ideias liberais, pois o direito era garantido para aqueles com vínculos trabalhistas. Somado a isso foram se desenvolvendo, no âmbito da saúde, iniciativas do setor privado, ligadas a ações nas áreas hospitalar e de medicamentos.

Bravo (2006) afirma que o setor privado se desenvolvia ligado ao âmbito hospitalar com fins lucrativos, o que possibilitava a formação de empresas médicas, ligadas aos interesses capitalistas. Porém esse desenvolvimento somente se expandiu a partir do regime militar, quando o Estado passou a financiar o setor privado. A autora afirma, ainda, que a herança deixada pela ditadura militar na saúde se configurou pelo declínio da saúde pública, medicalização, crescimento da medicina previdenciária, com ênfase na prática da medicina curativa, articulação do Estado aos interesses do capital via indústria farmacêutica e compra de equipamentos hospitalares. Além disso, a Política Nacional de Saúde

enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, as conexões burocráticas entre os setores estatais e empresarial médico e a emergênciado movimento sanitário. (BRAVO, 2006, p. 94).

A construção da política de saúde no Brasil, desde sua gênese, sofre tensionamentos de interesses antagônicos. Esses tensionamentos, somados à crise que se agravou na área, e as insatisfações com os rumos da saúde, que caminhava

com ênfase na medicalização e articulada ao capital, impulsionaram a luta para a construção de uma política de saúde vinculada aos direitos sociais universais.

O momento de lutas pela redemocratização e pelos direitos sociais vivenciado no anos 1980 no país contribuiu para que a luta pelo direito à saúde assumisse uma dimensão política, pois, além de buscar garantir mudanças no âmbito da saúde, o movimento de reforma sanitária vislumbrava a ampliação do papel do Estado frente às demandas sociais. Nesse sentido, a luta pelo direito à saúde alcançou uma dimensão ampla e muito além do seu âmbito.

Além disso, a reforma sanitária, de acordo com Paim (2008, p. 259):

*não teve origem no Estado e sim na sociedade civil. Esta especificidade da Reforma Sanitária Brasileira lhe distancia de outras reformas setoriais antigas ou contemporâneas patrocinadas por organismos internacionais ou demandas de áreas econômicas de Estados nacionais e dos rearranjos administrativos do início do século 20.*

Portanto a reforma sanitária brasileira foi uma proposta que emergiu da sociedade civil organizada, que conseguiu formular propostas vinculadas à socialização da política e dos direitos sociais, e à organização do setor da saúde com distribuições de responsabilidades entre entes federativos.

As referidas propostas foram amplamente discutidas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986. Essa conferência representou um marco na luta pelo direito à saúde e foi nela

*que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Nessa conferência, que contou com a presença de mais de quatro mil pessoas, evidenciou-se que as modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação mais profunda, com a ampliação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional. (BRASIL, 2011a, p. 22).*

As propostas para a estruturação de uma política de saúde pública e universal discutida na 8ª Conferência de Saúde apontam para o desdobramento de duas dimensões: uma **dimensão interna** ao âmbito da saúde, relacionada às discussões do conceito de saúde, à organização, direção e gestão do sistema, às responsabilidades dos entes federativos e às ações para a garantia da promoção, prevenção e recuperação da saúde. E outra **dimensão externa**, vinculada à

do direito à saúde para todos, o que exigia a ampliação do papel do Estado. Nessa dimensão, a discussão sobre saúde exige articulação das determinações sociais que envolvem as dimensões, política, econômica, social e cultural.

Dada a amplitude da proposta de reforma sanitária, Fleury (2008, p. 71-72) sistematiza quatro princípios norteadores do processo. **Ético-normativo**, que insere a saúde como parte dos direitos humanos; **Científico**, compreende a determinação social do processo saúde doença; **Político**, que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática, e **Sanitário**, que entende a proteção a saúde de forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação.

O princípio ético-normativo, ao referenciar a saúde como parte dos direitos humanos, transforma a saúde em um direito inerente ao ser. Parte-se do pressuposto de que todos os indivíduos devem ter garantidas condições de vida que possam assegurar sua existência humana. Tal princípio articula-se com o princípio científico que fundamenta o conceito de saúde com as determinações sociais, rompendo com a perspectiva de saúde centrada na doença.

A saúde como direito fundamental e articulada às determinações sociais nos remete à discussão do terceiro princípio: saúde como direito universal e de responsabilidade do Estado. Os três primeiros princípios devem se constituir como base de sustentação para a construção da política de saúde pública e universal.

O movimento de reforma sanitária, ao fundamentar as discussões sobre saúde em princípios ético-normativo, científico, político e sanitário, amplia a discussão da saúde para além do âmbito setorial e revela um projeto mais geral que contempla toda a sociedade. Com isso, garantir saúde implica em uma reforma social ampla.

Nessa perspectiva, identifica-se que o projeto de reforma sanitária brasileira possui características de um projeto societário, pois suas diretrizes apontam para ações voltadas para toda a sociedade, com a defesa da universalização do direito à saúde, e isso exige a ampliação do papel do Estado. Defender a universalização da saúde e a ampliação do papel do Estado demanda mudanças nas relações sociais, que envolvem, sobretudo, a dimensão política.

objetos societários não são projetos coletivos, mas seu traço peculiar reside no fato de se constituírem como projetos macroscópicos, como proposta para o conjunto da sociedade [...] há necessariamente uma dimensão política que envolve relações de poder+(NETTO, 2006, p. 143).

Reflete ainda Netto (2006, p. 143) que existe uma concorrência entre diferentes projetos e nos projetos societários que respondem aos interesses das classes trabalhadoras e subalternas sempre dispõem de condições menos favoráveis para enfrentar os projetos das classes proprietárias e politicamente dominantes+.

Nessa perspectiva, a luta da classe trabalhadora e subalterna para garantir a saúde como direito universal situa-se também no âmbito das relações de poder e do enfrentamento do projeto hegemônico de privatização da saúde através da mercantilização dos serviços. Sendo assim, é imprescindível o fortalecimento da luta social para o confronto com a classe dominante na correlação de forças que se estabelece no âmbito do Estado ampliado.

Além de um projeto societário nos dizeres de Netto (2006), podemos afirmar que as diretrizes da reforma sanitária são uma proposta de reforma social mais profunda como aponta Paim (2008). Para esse autor, a reforma sanitária poderia ser definida como uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes (PAIM, 2008, p.173):

1. **Democratização da saúde.** considerar a saúde e seus determinantes e reconhecer o direito à saúde inerente à cidadania, garantia do acesso universal e igualitário ao SUS, e a participação social no estabelecimento da política e da gestão;
2. **Democratização do Estado e seus aparelhos.** respeito ao pacto federativo, assegurar a descentralização do processo decisório e o controle social, fomentar a ética e a transparência nos governos;
3. **Democratização da sociedade.** socialização dos espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza e do saber.

Além disso, os pontos em conjunto da reforma sanitária apontados por Paim (2008) exigem a socialização da riqueza socialmente produzida, maior participação política e controle social. Nesse sentido, garantir saúde em uma perspectiva ampliada exige uma reforma ampla, e não se restringe apenas a mudanças no âmbito do setor de saúde.

Garantir saúde em uma perspectiva ampliada tem sido de difícil operacionalização, pois, no momento de materializar as propostas da reforma sanitária, período dos anos 1990, ocorreram os ajustes neoliberais para superação da crise econômica mundial. Nesses ajustes, destacaram-se a orientação de redução do papel do Estado no social e os cortes de recursos para as políticas sociais.

As ações do Estado, pelas orientações neoliberais, deveriam ser focalizadas e restritas nas piores condições sociais. Sendo assim, o projeto de ampliação do papel do Estado para a garantia dos direitos sociais sofreu um importante embate, o que dificultou a materialização dos princípios constitucionais de garantir direitos sociais, sobretudo, o direito à saúde.

Além do embate da redução do papel do Estado no social, a implementação das diretrizes da reforma sanitária passou a ser conduzida por grupos opositores às ideias discutidas. Paim (2008) chama a atenção para o fato de que os partidos e grupos que se opuseram à reforma sanitária passaram a serem os responsáveis pela implantação do SUS no Brasil (PAIM, 2008, p. 180).

Além disso, o autor refere que a implantação do SUS secundarizou os demais componentes contidos no projeto de reforma sanitária. Com isso, ocorreu uma restrição nas discussões sobre saúde em uma perspectiva ampliada e reduziram-se as diretrizes da reforma sanitária ao âmbito do setor da saúde.

As discussões de saúde que envolviam reformas amplas e em vários setores, a participação do Estado e da sociedade na condução da política de saúde e na garantia de acesso ficaram relegadas a um segundo plano. Privilegiou-se a implantação do Sistema Único de Saúde, enquanto sistema de saúde para atender demandas referentes à saúde-doença, por meio de limitadas ações que garantissem qualidade de vida à população.

Projeto social de garantir saúde de forma pública e universal sofreu tensionamentos, mas foi nos anos 1990, diante de mais uma crise econômica mundial, e do fortalecimento do projeto da classe hegemônica de mercantilização da saúde, que o projeto social sofreu seus maiores embates, o que dificultou a materialização do direito à saúde. A expectativa da classe hegemônica é transformar a saúde em um bem a ser consumido no mercado. Sendo assim, entram em disputa dois projetos cujos interesses são antagônicos. De um lado, o projeto de reforma sanitária com a defesa do direito à saúde pública e universal; do outro, o modelo privatista com a defesa da saúde como mercadoria ou bem de consumo.

Fleury (2008) aponta que, ao se defender a saúde como um bem de consumo, ou seja, uma mercadoria a ser consumida no mercado, se opera um importante retrocesso na luta ideológica pela construção da saúde como um bem público.

Argumenta ainda autora, em conjunto com Ouverney (2009), que a política de saúde deve ser tratada como uma política social e como tal está sujeita a múltiplos determinantes muitas vezes contraditórios. Sendo assim, o acesso à saúde pode estar relacionado a uma medida de caridade, a um bem adquirido mediante pagamento prévio, ou usufruto de um direito de cidadania. Portanto, defendem os autores: %a política de saúde se encontra na interface entre Estado, sociedade e mercado+(FLEURY; OUVERNEY, 2009, p. 17).

A saúde, enquanto direito social ou enquanto mercadoria, está relacionada às correlações de forças que se estabelecem entre as classes fundamentais (capitalista e trabalhadora). Os resultados dessa correlação de forças são norteadores dos rumos da política de saúde.

A efervescência das lutas sociais pelos direitos políticos, civis e sociais que se desenvolveram no Brasil nos anos 1980 e a organização da sociedade civil contribuíram e foram favoráveis para se imprimir, na Carta Magna de 1988, a saúde enquanto direito. Porém, apesar da relevante conquista, os tensionamentos persistem e o modelo privatista vem se fortalecendo frente ao direito social conquistado.

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovado na Constituição Federal de 1988, ocorreu em um contexto em que a

ológica favoreceu amplamente o projeto neoliberal, reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas pelos formuladores do SUS. (FLEURY, 2008, p. 72).

Como proposta socializadora de direitos e participação social, a implementação das diretrizes da reforma sanitária exigia o fortalecimento das relações entre Estado e sociedade e implicava na ampliação do papel do Estado. No entanto, a conjuntura política e econômica que se desenhou no momento de materializar essas propostas foi contrária à ampliação do papel do Estado e do investimento em políticas sociais.

Com isso, a materialização da saúde enquanto direito enfrentou e vem enfrentando constantes investidas do modelo privatista, que tenta desconstruir a saúde enquanto direito e busca imprimir a mercantilização da saúde. Além disso, as investidas neoliberais têm impossibilitado a ampliação de direitos sociais, conseqüentemente dificultam ou inviabilizam a implementação das políticas sociais e, em particular, da política de saúde.

Nesse sentido, a implementação do SUS tem se configurado em um espaço de disputas de interesses, culminando em tensionamentos que ora garantem, ora descontrolam direitos. E coloca em disputa o público e o privado (o Estado e o mercado), universalização e focalização. Tais processos ora são antagônicos, ora se articulam, a depender dos interesses em jogo.

Na perspectiva neoliberal, a atuação do Estado deve ser mínima, as ações são focalizadas e privilegia-se o mercado, e não os direitos universais, culminando na desconstrução da política de saúde, como bem aponta Bravo (2006). Para essa autora, a desconstrução da política de saúde ocorre, sobretudo, pela tensão entre os dois projetos: o projeto de reforma sanitária e o projeto privatista, que se tornou hegemônico na segunda metade da década de 1990.

Os dois projetos em disputa apontam concepções de mundo que nos remetem às dimensões social e neoliberal. O modelo privatista, por exemplo, tem como fundamento a perspectiva neoliberal e defende o mercado como fonte de satisfação de necessidades, ou seja, a saúde é uma mercadoria e como tal deve ser comprada no mercado. Nesse modelo, o papel do Estado deve ser mínimo, focalizado e compensatório. Já o modelo universalista, proposto pela reforma

social e defende direitos sociais para todos os cidadãos. Nesse modelo, o papel do Estado deve se ampliar e garantir o atendimento das necessidades.

Na conjuntura atual, o projeto privatista e o universalista têm coexistido e disputado espaços. Porém nem todos os espaços interessam ao mercado, já que, nem sempre, os procedimentos em saúde geram lucro. Como aponta Laurell (1996), somente interessam ao mercado serviços que geram lucros.

Nesse sentido, serviços nos setores de diagnósticos, farmacêuticos e ambulatoriais (que geralmente se desenvolvem em ritmo de produção, ou seja, número de atendimentos), e serviços hospitalares não crônicos (que acarretam em menor tempo de internação, conseqüentemente, rotatividade nos leitos hospitalares) são alvos do setor privado, por possibilitar lucros. Já as ações de saúde coletiva, sobretudo, com enfoque na prevenção de doenças e promoção da saúde, e tratamento de doenças crônicas (que podem gerar maior período de internação), são setores que pouco interessam ao mercado e, em geral, são assumidos pelo Estado.

Os projetos em disputa no âmbito da saúde, além de buscar a ampliação dos seus espaços, possuem, em seu fundamento, a discussão do conceito de saúde. O projeto privatista, por exemplo, além de transformar a saúde em mercadoria, tem uma atuação com ênfase na medicalização, ou medicina curativa, o que ressalta uma perspectiva de saúde centrada na doença.

Já no projeto universalista, que se fundamenta no conceito ampliado de saúde, esta deve estar vinculada às determinações sociais e devem ser norteadas por uma perspectiva integral que perceba e atenda as necessidades sociais dos indivíduos em sua totalidade. Para a efetivação dessa perspectiva, é exigida uma intervenção ampla do Estado.

Porém a direção hegemônica no campo da saúde vincula-se ao modelo privatista, dificultando a efetivação da saúde enquanto direito. Trava-se, assim, uma verdadeira luta para se garantir o direito à saúde, bem como os demais direitos sociais. Nesse cenário e mesmo no âmbito contraditório, desigual e de investidas neoliberais, a implementação do SUS, mesmo com todas as dificuldades existentes com relação ao financiamento, estruturação, acesso e universalização, representa um ganho para a classe trabalhadora, embora esse direito seja tão difícil de ser materializado universalmente.

, faz parte da proteção social não contributiva. As contribuições do movimento da reforma sanitária na construção desse direito foram fundamentais e contribuíram para imprimir, na Constituição de 1988, a saúde como direito de todos e dever do Estado. Porém a construção e efetivação da proteção social não contributiva é perpassada por tensionamentos e materializar essa proteção social é uma tarefa árdua, o que exige lutas para se garantir a efetivação.

## **2.2. Construção da proteção social no Brasil pós-constituição de 1988: a seguridade social**

A conjuntura dos anos 1970 e 1980 no Brasil foi marcada pela necessidade de se resgatar os direitos civis e políticos e fortalecer a luta por direitos sociais. Era imprescindível o resgate da democracia do país, com o objetivo de garantir a participação popular, ou, nos dizeres de Coutinho (2000), era crucial a socialização da política, na perspectiva de contribuir para o surgimento de uma complexa rede de organizações coletivas, de sujeitos políticos de novo tipo, com um papel mais ou menos decisivo na correlação de forças que determina os equilíbrios de poder+ (COUTINHO, 2000, p. 27).

A socialização da política caminha para a construção da democracia, pois tal socialização permite a participação da sociedade civil, na correlação de forças que se estabelece no âmbito da política; apesar da resistência das elites, a classe trabalhadora e subalterna, representada pelas organizações coletivas, conseguiu espaço para lutar por direitos.

Coutinho (2000) defende a democracia como sinônimo de soberania popular e pode ser definida como a presença efetiva das condições sociais e institucionais que possibilitem ao conjunto dos cidadãos a participação ativa na formação do governo e, em consequência, no controle da vida social+. Nesse sentido, o autor concebe a democracia como construção coletiva do espaço público, como participação de todos na gestação e no controle da esfera política+ (COUTINHO, 2000, p. 50).

O autor aponta também que, no Brasil, as elites brasileiras sempre buscaram desmobilizar os movimentos sociais, na tentativa de impedir sua participação nas

Entretanto, para impedir que tais transformações acontecessem pelas mãos das classes populares. Com isso, operacionalizaram-se transformações pelo alto e com a repressão dos movimentos sociais, o que culminou na ditadura militar (COUTINHO, 2000).

Apesar da busca por desmobilizar os movimentos sociais, a partir dos anos 1970, os movimentos populares começaram a ganhar força de mobilização. A luta pelos direitos contribuiu para que, nos anos 1980, ocorresse a retomada dos direitos civis e políticos e conquistas de direitos sociais, impressos na Constituição de 1988. Pela primeira vez em nossa história, se alcançaram conquistas de natureza pública e universal que contemplam toda a população.

O marco para a discussão de direitos e proteção social no Brasil está ancorado na Constituição de 1988. A década de 1980 foi marcada por lutas, das quais se destacam: a de redemocratização do país, após pouco mais de 20 anos de ditadura militar, e a de garantia dos direitos sociais, entre eles, a educação, saúde, previdência, assistência social e os direitos trabalhistas sem distinção entre trabalhador urbano e rural.

A Carta Magna de 1988 expressa o que há de mais avançado no Brasil em relação à proteção social e revela também a correlação de forças que se estabeleceram no âmbito da luta pelos direitos sociais, pois, ao mesmo tempo em que a Constituição buscou garantir direitos e apontou para uma perspectiva de universalidade, foi perpassada pelo ideário neoliberal, que restringe direitos, apontando para uma perspectiva focalizada das políticas, além de privilegiar direitos decorrentes do trabalho formal. Reforça-se, assim, a ideia de atendimento das necessidades sociais pela via do trabalho.

O texto constitucional refletiu a disputa de hegemonia, contemplando avanços em alguns aspectos, a exemplo da seguridade social, os direitos humanos e políticos, pelo que mereceu a característica de Constituição Cidadã, de Ulisses Guimarães. Mas manteve fortes traços conservadores. (BEHRING; BOSCHETTI, 2006, p. 141).

Esses traços conservadores estão relacionados à característica autoritarista e do predomínio das classes oligárquicas, o que conferiu ao Estado brasileiro um caráter elitista, clientelista e excludente, como afirma Gerschman (2004):

pôs seu domínio à sociedade através do exercício do patrimonialismo político, do clientelismo e da incorporação das classes subalternas por meio de mecanismo de cooptação que garantisse a supremacia das elites no exercício da política. (GERSCHMAN, 2004, p. 31).

Nesse sentido, os direitos sociais eram percebidos pelas elites brasileiras como um favor a ser prestado à população e utilizava-se de atividades clientelistas para permanecer no poder e conseguir a aceitação das massas.

No entanto, no período da luta pela redemocratização, a sociedade civil, reunida através de movimentos sociais (sindicais, profissionais, de massas, partidárias, etc.), se organizou na perspectiva da garantia de direitos civis, políticos e sociais e exerceu importante força de pressão para superação ou, pelo menos, amenização da exploração e negação de direitos a que eram submetidos.

Porém essa força de pressão não era homogênea, pois envolvia diferentes interesses. Gerschman (2004, p. 32), em seus estudos, chama a atenção para a diversidade de interesses em jogo no processo de construção da democracia. interesses de indivíduos, grupos, sindicatos, entidades profissionais, usuários de diversos sistemas.

A autora afirma ainda que, apesar da heterogeneidade de interesses, as mobilizações populares, sobretudo, as que exigiam eleições diretas para a presidência da República, exerceram forte pressão sobre as Forças Armadas, o que culminou em complexas negociações políticas entre militares, elites políticas e as forças de oposição para a redemocratização do país (GERSCHMAN, 2004).

O jogo de interesses e as complexas negociações são percebidos no texto constitucional, particularmente quando se aprofundam as reflexões sobre os direitos sociais e a composição da seguridade social brasileira.

O item que aborda direitos sociais, disposto no Título II, artigo 6º, por exemplo, possui apenas um inciso, que tem a ver com o atendimento das necessidades básicas dos indivíduos, ressaltando-se também a proteção à maternidade e à infância, e à assistência aos desamparados.

Em seguida, no artigo 7º, estão dispostos os direitos sociais provenientes do trabalho. Nesse artigo, existem 34 incisos que discorrem sobre os direitos dos trabalhadores e, no artigo 8º, que apresenta os direitos à associação profissional ou

assim, os direitos sociais no título II da Constituição de 1988 estão vinculados predominantemente a direitos decorrentes do trabalho.

Os direitos trabalhistas representam valorosa conquista por garantir melhores condições de trabalho, entre outras, a redução da jornada de trabalho, a igualdade entre trabalhadores urbanos e rurais, o direito a férias, descanso semanal e proteção em casos de doenças e acidentes de trabalho. Porém somente tem acesso quem consegue inserção formal no mercado de trabalho, e, quando consegue, o salário mínimo que recebe não garante o atendimento das necessidades básicas.

Conforme previsto, o salário mínimo deveria ser capaz de atender às necessidades vitais básicas do trabalhador e de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuário, higiene, transporte e previdência social, com reajustes periódicos que lhes preservem o poder aquisitivo, sendo vedada sua vinculação para qualquer fim+(BRASIL, 2010, art. 7º, inciso IV).

Percebe-se, na Carta Magna, uma desvinculação entre os direitos sociais (título II) e a Seguridade Social, disposta no Título VIII . da ordem social; tal separação revela as correlações de forças, uma vez que é notória uma perspectiva que defende os direitos sociais a partir do trabalho e outra perspectiva que busca a universalidade de acesso aos direitos e o Estado com o dever de garanti-los.

Mesmo quando é dever do Estado garantir direitos sociais, identificam-se tensionamentos. A saúde, por exemplo, é direito de todos e dever do Estado (universal) e a assistência social é para quem dela necessitar (focalização). Tal fato manifesta a dualidade entre universalização e focalização e esse conflito vai perpassar todas as políticas sociais, sobretudo, a saúde e a assistência social.

O título VIII - da Ordem Social, em seu capítulo II, dispõe sobre a seguridade social, compreendida como um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, previdência e assistência social+(Art. 194).

Compete ao poder público organizar a seguridade social, que possui, como objetivo primordial, a universalidade da cobertura e do atendimento. Além disso, é de responsabilidade de toda a sociedade garantir o seu financiamento. A seguridade social brasileira está organizada no tripé da previdência social, saúde e assistência social.

caráter contributivo e visa a atender, em geral, eventos de doença, invalidez, morte e idade avançada, proteção à maternidade, especialmente à gestante, proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário, salário-família e auxílio-reclusão para dependentes de segurado de baixa renda e pensão por morte do segurado.

À saúde cabe o destaque de ser direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas com vista à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação+(BRASIL, 2010, art. 196).

Assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social+(BRASIL, 2010, art. 203); tem como objetivos primordiais a proteção (à família, à maternidade à infância, à adolescência e à velhice), o amparo (a crianças e adolescentes carentes) e promoção da integração ao mercado de trabalho. Dispõe também sobre a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e sobre a promoção de sua integração à vida comunitária, além de prever a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

A assistência social inserida no contexto da seguridade social representou um avanço e a busca de sua elevação ao patamar de política pública. Formalmente a assistência social deixa de ser de responsabilidade da caridade e da filantropia em uma perspectiva assistencialista e da cultura do favor, e passa a ser responsabilidade do Estado, agora não como um favor, mas como um direito de todo o cidadão que dela necessitar.

A Constituição Federal de 1988 é o marco da assistência social, por incluí-la na seguridade social. Em sentido geral, a seguridade social estava relacionada ao trabalho protegido e à contribuição prévia; somente dessa forma o segurado poderia ter acesso aos benefícios, como auxílio-doença, aposentadoria por idade, por invalidez e acesso à saúde. Nessa perspectiva, uma massa de pessoas estava excluída dos direitos sociais.

A Constituição Federal (CF) brasileira de 1988, ao afiançar os direitos humanos e sociais como responsabilidade pública e estatal, operou, ainda que conceitualmente, fundamentais mudanças, pois

na agenda dos entes públicos um conjunto de necessidades até então consideradas de âmbito pessoal ou individual. (SPOSATI, 2009, p. 13).

Com a Constituição de 1988, a saúde é direito de todos, sem necessidade de contribuição, e a assistência social também tem característica não contributiva. Tanto a saúde como a assistência têm a primazia do Estado para sua garantia.

A inclusão da assistência social na seguridade social foi uma decisão plenamente inovadora. Primeiro, por tratar esse campo como de conteúdo da política pública, de responsabilidade estatal, e não como uma nova ação, com atividades e atendimentos eventuais. Segundo, por desnaturalizar o princípio da subsidiariedade, pelo qual a ação da família e da sociedade antecedia a do Estado. (SPOSATI, 2009, p. 14)

Com a nova estrutura da seguridade social, inaugura-se, no Brasil, a perspectiva de proteção social contributiva (previdência social) e não contributiva (saúde e assistência social). Tal reconhecimento de proteção social não garante sua efetivação, porém possibilita um norte, na luta pelos direitos sociais; como aponta Sposati (2009) é um processo em construção:

o modelo de proteção social não contributivo é uma direção (ou um norte histórico) de um caminho em construção na sociedade brasileira. Supõe conhecer e enfrentar obstáculos no percurso e também não desistir da chegada, pelo fato de ter que realizar mudanças durante o processo... ter um modelo brasileiro de proteção social não significa que ele já exista ou esteja pronto, mas que é uma construção que exige muito esforço de mudanças. (SPOSATI, 2009, p. 17).

A proteção social não contributiva no Brasil é um processo em consolidação. No âmbito da assistência social, por exemplo, somente em 2004, com a Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2004) e com a Norma Operacional Básica em 2005 (BRASIL, 2005), é que se inaugurou a implementação de um Sistema Único de Assistência Social com a primazia do Estado em sua execução.

Para consolidação dessa política, um dos principais obstáculos é romper com a herança do assistencialismo e garantir para a assistência social o *status* de política de Estado e de cidadania que deve garantir direitos sociais.

(2009, p. 48), três trânsitos fundamentais, na

sociedade e no Estado brasileiro, são exigidos para efetivar o modelo de proteção social não contributiva no Brasil:

- De ações sociais para política pública;
- De ações isoladas para a centralidade do dever de Estado como agente executivo, regulador e de defesa de direitos;
- De reconhecimento do pobre e carente para a construção da identidade social do cidadão com direito a ter direitos.

Garantir direitos sociais não tem sido tarefa fácil, pois, apesar de existir um marco legal que garante esses direitos, efetivamente ainda não há definição de recursos próprios para desenvolver as ações na área, e o Estado tende a terceirizar os serviços sociais para a sociedade civil. Além disso, existe a restrição do acesso, tendo em vista que o quantitativo das pessoas que necessitam dos serviços e benefícios sociais é maior de que há disponível.

É nesse contexto de contradição entre a normativa legal e a efetivação do direito que a política de assistência social, assim como da saúde, vem sendo implementada e, apesar dos entraves, luta-se pela efetivação do direito constituído para garantir proteção social.

Apesar da correlação de forças entre a universalização e a focalização e as investidas neoliberais que desmontam direitos, a existência do Sistema Único de Saúde (SUS), mesmo com todas as suas contradições, aponta para a garantia da saúde como direito.

A universalização da terapia antirretroviral no tratamento da aids, o acesso ao benefício da prestação continuada (apesar do recorte nos mais pobres), tanto para idosos como para pessoas com deficiência, são exemplos e sinalizam a resistência e lutas pelos direitos.

Em sentido geral, o Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social (Suas) revelam avanços no âmbito da proteção social em nosso país, mas são processos que sofrem limites, tendo em vista os tensionamentos desde sua gênese, sobretudo, na atualidade com mais uma crise do capital. Sposati (2009) ressalta que

a assistência social, como toda política social, é um campo de forças entre concepções, interesses, perspectivas, tradições. Seu processo

o como política de direitos não escapa do movimento histórico entre as relações de forças sociais. Portanto, é fundamental a compreensão do conteúdo possível dessa área e de suas implicações no processo civilizatório da sociedade brasileira. (SPOSATI, 2009, p.15).

Assim como a saúde enfrenta entraves referentes à prevalência da medicina curativa, a assistência social tem o entrave de romper com a cultura do favor, da caridade e do assistencialismo. Romper com a herança histórica é um processo gradual e necessário e tem a ver com a correlação de forças políticas, econômicas e sociais que se estabelecem no âmbito do Estado ampliado.

Nos anos 1990, momento de implementar os direitos conquistados, o ideário neoliberal de restringir a atuação do Estado no social é imposto às nações e seguido pelo Brasil. Tal fato inviabilizou a universalização dos direitos sociais, pois privilegiam-se políticas sociais focalizadas em detrimento da garantia dos direitos.

Crise estrutural do capital, declínio do Estado de Bem-Estar, perdas de direitos trabalhistas, reestruturação produtiva, expansão do neoliberalismo, globalização, flexibilização, dentre outros temas, passaram a compor as explicações/motivos para a crise econômica mundial e para a necessidade de sua reestruturação, alavancando mudanças no mundo do trabalho que atingiram, principalmente, os trabalhadores devido à precarização das relações de trabalho e à perda de postos de trabalho, gerando um crescimento do desemprego.

Nesse cenário, as ideias neoliberais ganharam força e, nos anos 1990, a recomendação era reformar o Estado, o principal culpado pela queda da taxa de lucro ao utilizar recursos para o social, sendo necessário o seu enxugamento.

Países de capitalismo tardio, como o Brasil, dada a posição que ocupam no cenário mundial . nações em desenvolvimento e subordinados às grandes potências mundiais . se viram obrigados a atender as orientações neoliberais, que, entre várias ações na economia, na política e no âmbito social, exigiam a redução do papel do Estado no social e ações focalizadas nas piores mazelas. Mas, apesar dessa conjuntura desfavorável, no Brasil, foi aprovada, em 1988, a Constituição Federal, que continha em seu texto a garantia dos direitos sociais

Portanto a investida neoliberal refletiu fortemente na implementação das políticas sociais brasileiras, em especial, as políticas relacionadas à seguridade social, sobretudo, saúde e assistência social, uma vez que se recusa a atuação do

o Estado que tem a responsabilidade e o dever de garantir direitos sociais, conforme disposto na Constituição de 1988.

Para Delgado, Jaccoud e Nogueira (2009, p. 26) a seguridade não tem conseguido se consolidar como princípio organizador da proteção social no país, devido a três fatores: a regulamentação separadamente das políticas setoriais, não permitindo a criação de vínculos operacionais entre os componentes da seguridade; a dificuldade no financiamento e a disputa política daqueles que defendem a seguridade com base no projeto de Estado Social e daqueles que consideram a intervenção no social como obstáculo ao equilíbrio das contas públicas.

Nesse cenário entre a luta pela universalização dos direitos sociais *versus* a focalização, ocorra perda de direitos sociais, resultado do avanço do ideário neoliberal, o que significa um retrocesso na conquista dos direitos e da implementação das políticas sociais, que tendem a ser focalizadas.

As políticas sociais na perspectiva neoliberal são, de acordo com Montaña (2001), setoriais e focalizadas, isto é, conduzidas exclusivamente aos setores portadores de carecimentos pontuais, com necessidades básicas insatisfeitas. Assim, contra o princípio universalista das políticas sociais e assistenciais, e corroendo a sua condição de direito de cidadania (MONTAÑO, 2001, p. 19).

Nesse sentido, as políticas sociais passam a ser residuais e destinadas a atuar em problemas sociais mais devastadores do capitalismo, ou seja, atuam nas piores mazelas sociais decorrentes das desigualdades sociais, quando estas destituem os indivíduos de seus direitos.

As ações do Estado sobre as demandas sociais são materializadas através das políticas sociais, e a construção dessas políticas, bem como sua efetivação, são reflexos dos tensionamentos que se estabelecem entre os projetos societários das classes antagônicas e dos interesses do Estado em se legitimar.

No entanto, apesar das políticas sociais estarem ligadas predominantemente à focalização, não deixam de atender as necessidades sociais, porém o fazem de forma residual, que beira à desproteção, não ampliando direitos, mas garantindo aos grupos beneficiados a mera existência material.

Para Montaña, a focalização

constitui um processo de verdadeira assistencialização da política social, na medida em que transfere para esta última as

is próprias da assistência, substituindo o caráter preventivo daquela pelo curativo/reparador desta, o caráter *ex-ante* da primeira pela *ex-post* da segunda, o caráter universal da política social pela focalização própria da atividade assistencial, a perspectiva de longo prazo da primeira pela imediatez da segunda. (MONTAÑO, 2001, p. 20).

Como temos defendido, as políticas sociais devem garantir direitos sociais amplos que possibilitem aos indivíduos viver com qualidade, porém a formatação das políticas sociais na atualidade tende à focalização, centralizando as ações quando existe ausência de direitos e necessidades, ou seja, as ações são realizadas para reparar os direitos violados e não para prevenir a violação desses direitos.

Compreende-se que, entre a normativa legal e a efetivação dos direitos sociais, se processam determinações que têm a ver com as correlações de forças no âmbito do Estado ampliado, e essas correlações, nem sempre, possibilitam a ampliação de direitos. Porém, e apesar do ideário neoliberal de desresponsabilizar o Estado de suas obrigações, é prerrogativa legal que o mesmo garanta proteção social.

Coutinho (2000), assim como Heller (1996), nos chama a atenção para o fato de que o reconhecimento legal dos direitos sociais é de fundamental importância, mas não garante sua efetivação, e se torna necessária a luta pela materialização dos direitos no cotidiano da população.

O que se coloca como tarefa fundamental no que se refere aos direitos sociais não é o simples reconhecimento legal-positivo dos mesmos, mas a luta para torná-los efetivos. A presença de tais direitos nas Constituições, seu reconhecimento legal, não garante automaticamente a efetiva materialização dos mesmos [...] Mas, embora a conversão desses direitos sociais em direitos positivos não garanta sua plena materialização, é muito importante assegurar seu reconhecimento legal, já que isso facilita a luta para torná-lo efetivamente um dever do Estado. (COUTINHO, 2000, p. 64).

O ideário neoliberal, fortalecido a partir dos anos 1990, se configurou como um retrocesso nas conquistas dos direitos sociais no Brasil e dificultou ações para a garantia desses direitos; conseqüentemente inviabilizou a intervenção sobre as determinações sociais da saúde.

do que deveriam incidir sobre as determinações sociais e garantir saúde ficam comprometidas e dificultam ou inviabilizam condições de vida que promovam saúde. No caso da saúde, o Estado passa, então, a operacionalizar ações focalizadas e centradas na medicina curativa, em detrimento de ações amplas que garantam direitos sociais, impondo aos indivíduos a responsabilidade de garantir o atendimento de suas necessidades.

A estruturação do SUS, por exemplo, tem uma perspectiva de promoção, proteção e recuperação da saúde, o que implica em ações integradas entre as dimensões curativa e social. Porém percebe-se que a implementação do SUS se concentrou na dimensão curativa, com diálogo incipiente para além do setor da saúde, culminando em respostas aos problemas de saúde centrados na doença.

### **2.3. A implementação do Sistema Único de Saúde**

A Constituição Federal de 1988, a Lei 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e o decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei 8.080/1990, constituem o arcabouço legal do Sistema Único de Saúde.

As normas operacionais da saúde, como, por exemplo, a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS) e a Norma Operacional da Assistência à Saúde 2002 (NOAS-SUS), são ferramentas para a operacionalização do SUS nas esferas federal, estadual e municipal. Essas ferramentas são instituídas por portarias ministeriais, e nelas são definidas as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios assumam as novas atribuições no processo de implantação do SUS+(BRASIL, 2011a, p. 52).

7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a

Lei nº 8.080/90, o SUS

é constituído pela conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada. (BRASIL, 2011b, art. 3º).

As normativas que organizam o SUS responsabilizam os níveis federal, estadual e municipal na condução e execução das ações de saúde; esses níveis estão hierarquizados e regionalizados. Conduzem e executam as ações, estruturam serviços de saúde e gerem os recursos destinados à saúde o Ministério da Saúde no nível federal e as secretarias de saúde nos nível estadual e municipal.

A atenção à saúde foi hierarquizada por nível de complexidade, cabendo aos municípios as ações e serviços da atenção básica e aos estados à média e alta complexidade. Esses serviços devem estar alinhados para serem capazes de garantir o atendimento integral dos indivíduos que deles necessitam. Ou seja, os entes federados devem ter ações alinhadas para que possam realizar o atendimento integral dos indivíduos e garantir o acesso aos serviços necessários à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Apreender a estruturação do Sistema Único de Saúde é condição para compreender as respostas governamentais aos problemas de saúde, em particular o enfrentamento da aids, pois é a partir da estruturação do SUS e seguindo suas diretrizes que se estabelecem as políticas e programas para enfrentar doenças e agravos. Ou seja, apreender as mediações que se estabelecem no âmbito da saúde, bem como o enfrentamento das doenças e agravos, exigem conhecer como ocorre a estruturação das ações no âmbito da promoção, proteção e recuperação da saúde, já que são essas as três diretrizes que formatam o SUS.

Os princípios normativos para o planejamento e implementação do Sistema Único de Saúde estão ancorados na Constituição de 1988 (BRASIL, 2010). O artigo 198 aponta que **as** ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único. O SUS é organizado de acordo com as diretrizes da **descentralização**, indicada como direção única em cada esfera de governo; **atendimento integral**, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e **participação da**

principalmente através de representação nos conselhos e nas conferências de saúde.

Inaugura-se, assim, uma política de saúde com a participação efetiva dos estados e municípios sob o comando do nível federal. A relação entre os entes federados ocorre mediante discussões e acordos que são pactuados nas Comissões Intergestoras Bipartites . CIB (estados e municípios) e Comissão Intergestora Tripartite-CIT (estados, municípios e esfera federal).

Os principais entes que pactuam as diretrizes da saúde são o Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e os Conselhos de Saúde (que possuem caráter deliberativo e têm representação dos usuários, profissionais de saúde, governo e prestadores de serviços). As conferências de saúde também têm uma importante contribuição e acontecem a cada quatro anos. A mais emblemática foi a 8ª Conferência de Saúde que ocorreu em 1986 e representou um marco nos avanços da saúde.

O decreto 7.508 de 2011 (BRASIL, 2011b), no artigo 8º, estabelece que, na organização do SUS, o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço. São portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas redes de atenção à saúde os serviços (Art. 9º):

- I - de atenção primária;
- II - de atenção de urgência e emergência;
- III - de atenção psicossocial e
- IV - especiais de acesso aberto.

A atenção primária, também denominada de atenção básica, é norteadada pela Política Nacional de Atenção Básica, que estabelece uma revisão nas diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) (BRASIL, 2006b).

Na referida política, a atenção básica caracteriza-se por ações no âmbito individual e coletivo, e tem abrangência no âmbito da promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Tais ações devem ser delimitadas em territórios e são executadas pelos

com apoio técnico e financeiro dos estados e do âmbito federal através do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b).

Os municípios delimitam o território a partir de distritos sanitários; em cada distrito são referenciadas policlínicas, serviços de saúde mental, postos de saúde, equipes de saúde da família e de agentes de saúde, entre outros. Nesses distritos, são delimitados os bairros a eles vinculados.

A divisão por distrito, no âmbito da atenção básica, contribui para organizar o território e delinear as áreas para o atendimento da população, porém essa divisão restringe a liberdade de atendimento dos indivíduos, pois as pessoas somente podem ser atendidas em serviços do seu distrito, e, mesmo que os serviços que necessitam sejam deficientes ou inexistentes, não conseguem ser atendidas em outros distritos da atenção básica. Além disso, ainda não há cobertura universal do Programa de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde; nesses casos, a população dessas áreas fica sem atendimento dos referidos programas.

No âmbito da aids, o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) . local de realização de tratamento, não segue essa lógica de atender apenas moradores do distrito. O acesso é aberto para pessoas de qualquer localidade, porém, no momento de referenciar para outros serviços de saúde, é necessário seguir a lógica do território, o que provoca um problema, pois, nem sempre, o distrito ou município de residência possuem o serviço de saúde necessário à demanda do usuário, dificultando o acesso e solução da demanda.

Para a operacionalização das ações de atenção básica, são delineadas áreas estratégicas. Atualmente essas áreas dizem respeito à eliminação da hanseníase; aos controles da tuberculose, da hipertensão arterial e do diabetes mellitus; à eliminação da desnutrição infantil; à saúde da criança, da mulher, do idoso; à saúde bucal e à promoção da saúde (BRASIL, 2006b).

A promoção da saúde geralmente tem sido apontada junto às ações de prevenção. Sendo assim, é imprescindível identificar qual a perspectiva de promoção da saúde vem sendo trabalhada na atenção básica e como se articula com as ações de prevenção.

Além da atenção básica, existe a atenção secundária ou de média complexidade e a atenção terciária ou de alta complexidade. A atenção de média complexidade se refere a procedimentos % especializados realizados por profissionais

nível superior e nível médio+. Tais como: %cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumatológico-ortopédicos, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, anatomopatologia e citopatologia, radiodiagnóstico, exames ultrassonográficos, diagnose, fisioterapia, terapias especializadas, próteses e órteses, anestesia (BRASIL, 2007a, p. 17).

E, por fim, a atenção terciária ou de alta complexidade, representada por procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo. Entre os procedimentos de alta complexidade, destacam-se assistência aos pacientes renais crônicos, oncológicos e cardiovasculares (cirurgias), neurocirurgia, procedimentos para a avaliação e o tratamento dos transtornos respiratórios e do sono, assistência aos pacientes portadores de queimaduras, assistência aos pacientes portadores de obesidade (cirurgia bariátrica), cirurgia reprodutiva (BRASIL, 2007a, p. 17-18).

As ações de média e alta complexidade são prioritariamente do âmbito da medicina curativa, envolvendo alta tecnologia para o diagnóstico de doenças e seu enfrentamento no âmbito do setor saúde. Ou seja, os níveis de atenção de média e alta complexidade se situam no âmbito da saúde curativa.

Quanto ao financiamento do SUS, a responsabilidade é compartilhada pelas três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal). Para o repasse de recursos federais, foram criados blocos de financiamento constituídos pela atenção básica, atenção de média e alta complexidade . ambulatorial e hospitalar, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS (BRASIL, 2007b).

A política de enfrentamento à aids se situa na vigilância em saúde. Nesse bloco, estão às ações da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e Vigilância Sanitária. O Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde refere-se aos recursos federais destinados às ações de Vigilância, Prevenção e Controle de Doenças, entre elas, as DSTs/aids (BRASIL, 2007b).

Com a contribuição dos estudos epidemiológicos, se estabelecem diretrizes para as ações em saúde. A Portaria Nº 4.279/2010, por exemplo, estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS e indica que o perfil epidemiológico brasileiro é caracterizado por uma tripla carga de doenças, que envolve (BRASIL, 2010b):

1. A persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição características de países subdesenvolvidos;

odutiva com mortes maternas e óbitos infantis por causas consideradas evitáveis;

3. Desafio das doenças crônicas e seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito.

No item um acima citado, percebe-se a vinculação das doenças com as determinações sociais de saúde, pois doenças parasitárias e infecciosas estão relacionadas à falta de saneamento básico e a condições insalubres vivenciadas por parte da população. A condição de desnutrição está relacionada à insegurança alimentar, provocada pelas péssimas condições de vida.

No item dois, por sua vez, as mortalidades materna e infantil são apontadas como evitáveis, o que pode ser indicativo de problemas no atendimento e acompanhamento das mães e seus filhos, além de indisponibilidade de serviços ou serviços de saúde maternos e infantis deficientes.

Por fim, o item três se refere a doenças crônicas. Com os avanços tecnológicos para diagnóstico e tratamento de doenças, ocorre um aumento da longevidade, já que é possível o controle das doenças. Surgem, assim, outras problemáticas como, por exemplo, as doenças decorrentes de práticas não saudáveis e da dificuldade de acesso à alimentação.

Doenças crônicas, como, por exemplo, as diabetes e hipertensão arterial, exigem uma alimentação adequada e nem sempre os portadores dessas doenças dispõem de condições de garantir essa alimentação, comprometendo o tratamento.

A tripla carga de doenças apontadas na Portaria Nº 4.279/2010 se articula às determinações sociais. Enfrentar tais doenças exige respostas que atuem sobre as condições de vida, pois como enfrentar doenças com considerável componente social apenas no âmbito da medicina curativa? Enfrentar doenças crônicas exige articular o tratamento com condições de vida.

Para aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde no enfrentamento dos problemas de saúde, a partir de 2003, ocorreu uma série de discussões em torno da gestão dos SUS. Gestores federais, estaduais e municipais delinearam um pacto pela saúde, cujo objetivo era a construção de um modelo de atenção que levasse em consideração cada região e estado do país. Outro objetivo era a integração das

atenção básica, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental, além da reafirmação da importância das instâncias deliberativas CIB e CIT e o fortalecimento do controle social (BRASIL, 2011a p.62).

Em 2006, como resultado dessas discussões, foi publicada a Portaria GM/MS n. 399/06, que dispõe sobre diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde. Nesse pacto, foram definidas três dimensões (BRASIL, 2011a, p.63-70):

- **Pacto em Defesa do SUS.** compromisso com a repolitização do SUS, consolidando a política pública de saúde brasileira como uma política de Estado, mais do que uma política de governos;
- **Pacto pela Vida.** conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos e metas, derivados da análise da situação de saúde da população e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais;
- **Pacto de Gestão.** contempla os princípios do SUS, previstos na Constituição Federal de 1988 e na Lei n. 8.080/90. Estabelece as responsabilidades solidárias dos gestores a fim de diminuir as competências concorrentes, contribuindo, assim, para o fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS.

Nos pactos estabelecidos, são geradas prioridades de ações em saúde. Em fevereiro de 2008, a Portaria/GM 325/2008, estabeleceu novas áreas de prioridades. E, nos anos subsequentes, foram mantidas as mesmas prioridades, que são revistas a cada dois anos. Destacam-se, no documento, onze áreas de prioridades de ações:

1. Atenção à saúde do idoso;
2. Controle do câncer de colo de útero e de mama;
3. Redução da mortalidade infantil e materna;
4. Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, **hepatite e aids**;
5. **Promoção da saúde**;
6. Fortalecimento da atenção básica;
7. Saúde do trabalhador;
8. Saúde mental;

idade de resposta do sistema de saúde às pessoas

com deficiência;

10. Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência;

11. Saúde do homem.

A promoção da saúde aparece como área prioritária, mas entendemos que todas as ações de saúde deveriam ser perpassadas pela promoção da saúde em seu conceito ampliado, ou seja, as ações devem ser pensadas com a perspectiva de se contemplar as determinações sociais e responder aos problemas decorrentes dessas determinações. Ao se colocar a promoção da saúde como uma área específica, perde-se a noção de totalidade da problemática da saúde, pois a promoção da saúde não é uma área do setor da saúde, mas deveria fundamentar e nortear as ações.

O problema de se operacionalizar a promoção da saúde tem vinculação com os seus eixos norteadores. Um que defende a implementação de políticas intersetoriais que atendam necessidades sociais e outro que coloca para o indivíduo a responsabilidade de promover saúde.

No discurso governamental, os objetivos da promoção da saúde destacados são (BRASIL,2011a, p.69):

- Elaborar e implementar uma Política de Promoção da Saúde, de responsabilidade dos três gestores;
- Enfatizar a mudança de comportamento da população brasileira a fim de internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo;
- Articular e promover os diversos programas de promoção de atividade física já existentes e apoiar a criação de outros;
- Promover medidas concretas pelo hábito da alimentação saudável;
- Elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios.

ndicam que a perspectiva de promoção da saúde é centrada no indivíduo e as ações apontam ao aperfeiçoamento de práticas saudáveis. Os demais objetivos têm relação com a criação e operacionalização das ações, colocando-se para estados e municípios responsabilidades para a promoção da saúde da população.

O documento da Política Nacional de Promoção da Saúde reconhece que tradicionalmente tem se colocado como responsabilidade dos indivíduos e comunidades seu modo de viver, mas que, em uma perspectiva ampliada de saúde, %os modos de viver não se referem apenas ao exercício da vontade e/ou liberdade individual e comunitária+(BRASIL, 2010a, p.10). Nesse sentido, aponta que:

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento em nosso País . como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde. (BRASIL, 2010a, p.10).

Percebe-se, nos documentos oficiais, que há, na discussão sobre promoção da saúde, um tensionamento entre uma perspectiva moderna de promoção da saúde e uma tradicional, com a prevalência deste última, pois, ao mesmo tempo em que se reconhece que as práticas em saúde têm priorizado uma discussão da promoção da saúde centrada nos indivíduos e apontam para uma perspectiva que priorize ações intersetoriais que incidam sobre as determinações sociais da saúde, as ações terminam por incidir sobre as práticas saudáveis ou não dos indivíduos.

O compromisso do setor Saúde na articulação intersetorial é tornar cada vez mais visível que o processo saúde-adoecimento é efeito de múltiplos aspectos, sendo pertinente a todos os setores da sociedade e devendo compor suas agendas. Dessa maneira, é tarefa do setor Saúde nas várias esferas de decisão convocar os outros setores a considerar a avaliação e os parâmetros sanitários quanto à melhoria da qualidade de vida da população quando forem construir suas políticas específicas. (BRASIL, 2010a, p.14).

Nessa perspectiva de intersetorialidade, a Política Nacional de Promoção da Saúde aponta para uma discussão ampliada de saúde, mas tal discussão é tensionada pela centralidade de ações voltadas à mudança de comportamento dos

no âmbito da promoção da saúde, centralizam-se prioritariamente nos sujeitos, conforme disposto na Política Nacional de Promoção da Saúde, que destaca como eixos de ação (BRASIL, 2010a):

- Alimentação saudável;
- Prática corporal/atividade física;
- Prevenção e controle do tabagismo;
- Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas;
- Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito;
- Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz;
- Promoção do desenvolvimento sustentável.

Nesse sentido, ao se privilegiar o indivíduo nas ações de promoção da saúde, considera-se que as práticas dos mesmos são inadequadas e que para garantir saúde se fazem necessárias mudanças de atitude. E essa perspectiva centrada nos sujeitos nega ou relega para segundo plano uma perspectiva de promoção da saúde voltada às determinações sociais da saúde.

O destaque em nosso trabalho para a promoção da saúde tem a ver com os eixos de ações da Política de Enfrentamento da Aids. Na referida política, a promoção da saúde está inserida no primeiro eixo em conjunto com a proteção dos direitos fundamentais das pessoas vivendo com HIV/aids e a Prevenção das DST, do HIV/aids e uso indevido de drogas. É preciso aprofundar como a promoção da saúde vem sendo trabalhada no âmbito enfrentamento da aids, se em uma perspectiva que aponta para as ações intersetoriais ou se centrada em ações que responsabilizem os indivíduos a promover sua saúde.

A resposta brasileira à aids segue as diretrizes de uma política nacional, materializada na implementação do Programa Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais, descentralizada nos programas estaduais e municipais.

Desvendar as mediações que se estabelecem no âmbito de enfrentamento à aids exige aprofundar os eixos norteadores da resposta brasileira à aids e articulá-las com o movimento mais geral da política de saúde.

...mia, em particular a da aids, se norteadas pela concepção de saúde ampliada, exige ações que incidam tanto na dimensão do tratamento como na dimensão social.

## **Capítulo 3 É A dimensão social da aids: avanços e retrocessos da Política de Enfrentamento na particularidade de Pernambuco**

### **3.1. Política de Enfrentamento à aids: principais diretrizes e ações propostas**

O enfrentamento da aids no Brasil vem sendo conduzido pelo Ministério da Saúde através da Secretaria de Vigilância em Saúde e nesta pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. No nível dos estados e municípios, foram criadas as coordenações estaduais e municipais de DST, aids e hepatites virais. Cada coordenação tem a responsabilidade de planejar e conduzir as ações em seu município ou estado, seguindo as diretrizes da coordenação nacional.

Aprofundar o enfrentamento da aids exige conhecer como foi concebida a resposta à epidemia e o documento da Política de Enfrentamento da aids lançado em 1999, que aponta pistas importantes. Foi um documento formulado na efervescência da luta pelos direitos, da atuação dos atores da reforma sanitária, e contou com a participação da sociedade civil organizada. Nesse contexto, se percebem tensionamentos relacionados à formatação de uma política de cunho intersetorial e outra em uma perspectiva com ênfase curativa.

Na história da aids no Brasil, é ressaltada uma nova fase na relação entre Estado e sociedade. O contexto político de luta por direitos dos anos 1980 fomentou a discussão de uma política de enfrentamento da aids que contemplasse a dimensão social e a participação da sociedade civil organizada. Como indicado no documento da política:

A luta contra a aids no Brasil criou bases para um novo tipo de relação entre o Estado e a sociedade, já que, desde o início do estabelecimento das ações governamentais para o enfrentamento da epidemia, esta relação esteve presente.(BRASIL, 1999, p. 7).

A criação de uma política pública com a participação da sociedade civil organizada inaugurou, de fato, uma nova fase de construção da relação entre

Os processos de ditadura militar com forte repressão aos movimentos sociais, foi possível a abertura de diálogo e a construção de políticas sociais com participação social. No caso da aids, além de se pensar ações para o tratamento, vislumbrou-se a discussão dos direitos humanos e sociais.

As ações de enfrentamento da aids são norteadas por eixos temáticos que se referem, na atualidade, à prevenção, diagnóstico, direitos humanos, assistência e tratamento, e sustentabilidade e gestão dessas ações. Esses eixos estão referenciados desde 1999, quando foi lançado o documento da Política de Enfrentamento da Aids. No referido documento, os eixos de ações estavam dispostos através de três componentes (BRASIL, 1999):

- **Promoção, Proteção e Prevenção** . promoção da saúde, proteção dos direitos fundamentais das pessoas vivendo com HIV/aids e a Prevenção das DST, do HIV/aids e do uso indevido de drogas . discussão da aids para além do setor da saúde, contemplando a discussão dos direitos sociais e proteção dos direitos fundamentais devido ao preconceito e estigma ao portador. Já a prevenção tem a ver com ações para a redução da infecção pelo HIV e outras DST, além de enfrentar outras complicações, como o uso indevido de drogas;
- **Diagnóstico e Assistência** . diretrizes, estratégias e ações para garantir acesso ao diagnóstico e tratamento na rede pública de saúde. Esse eixo reflete as ações inerentes ao setor da saúde, e tem por objetivo a estruturação dos serviços e ações de diagnóstico e tratamento (medicação, exames laboratoriais, consultas, exames de alta complexidade);
- **Desenvolvimento Institucional e Gestão** . organizar a gestão das ações com a ideia de descentralização das ações em âmbitos estadual e municipal, participação comunitária e privada, e o controle social. Busca garantir ainda o acesso universal aos serviços e insumos para a prevenção das DST e aids e a atenção à saúde.

Os três eixos de ações cumprem o papel de materializar os objetivos da política de enfrentamento da aids, que consistem em: 1) redução da incidência da infecção pelo HIV/aids e outras DST; 2) garantia de acesso aos procedimentos de

de pública e 3) fortalecimento das instituições envolvidas na implementação das ações (BRASIL, 1999).

No enfrentamento da aids é afirmado o compromisso de resposta à epidemia, seguindo-se os pressupostos e princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, ou seja, a política é orientada na conformidade com os princípios da integralidade, universalidade, equidade, descentralização e o controle social.

Como norma geral, todas as ações de diagnóstico e assistência das DST e HIV/aids deverão ser feitas de forma a seguir os princípios básicos do SUS, com ênfase na regionalização (descentralização), integralização e sustentabilidade das mesmas. Para isso, é fundamental o estabelecimento de um processo de parceria com as instituições governamentais e não governamentais envolvidas na atenção aos pacientes portadores de HIV e outras DST, particularmente com as Coordenações Estaduais e Municipais de DST e aids. (BRASIL, 1999, p. 40).

Coordenações estaduais e municipais e a sociedade civil são chamadas a participar da política de resposta à aids como parceiros do nível federal. Em geral, o nível federal organiza, com a participação desses parceiros, as diretrizes de enfrentamento da epidemia e repassa recursos para que as ações propostas sejam desenvolvidas no nível local.

Como no início dos anos 1990, ocorreram dificuldades no diálogo entre coordenações nacional, estadual e municipal e sociedade civil (PARKER, 1997). A reestruturação das ações de enfrentamento da aids buscou também fortalecer o diálogo e as parcerias entre os entes federados e a sociedade civil organizada.

Ressalta-se, no documento, a necessidade de fortalecimento dos gestores estaduais e municipais na perspectiva de enfrentamento da epidemia.

O fortalecimento dos gestores estaduais e municipais . integrando as ações aqui propostas no cotidiano das rotinas dos serviços e das unidades de saúde . e o fomento à incorporação/ampliação na agenda política desses gestores e nos fóruns de controle social da questão das DST/aids . transformando-a, de uma questão da área de saúde em uma questão social relevante . são pontos fundamentais para o enfrentamento da epidemia no país. (BRASIL, 1999, p. 7).

Observa-se uma preocupação de se romper com a problemática da aids como uma questão restrita ao setor da saúde, ou seja, existe, no documento da política, a discutida dimensão social da aids com a perspectiva de se realizar

a à epidemia. Além disso, ocorre o reconhecimento que parte da população tem dificuldade de acesso aos serviços de saúde, da assistência, à informação e à educação e que muitos indivíduos podem não estar sendo alcançados pelas políticas públicas, o que dificulta as ações de prevenção, diagnóstico precoce e tratamento (BRASIL, 1999).

Pensando nesse contexto da dificuldade de acesso e condições de vida precárias o eixo da **promoção da saúde, proteção aos direitos fundamentais e prevenção do HIV/aids e outras DSTs** indica a promoção do processo saúde e doença como resultado de determinantes sociais, culturais, econômicos, comportamentais, epidemiológicos, demográficos e biológicos. E destaca que a promoção à saúde constitui o alicerce para se alcançar a melhoria da qualidade de vida, da cidadania plena, da participação e do controle social sobre as ações do Estado. (BRASIL, 1999, p. 14).

Na discussão da dimensão social da aids, a promoção da saúde surge como saída para se garantir qualidade de vida. É também ressaltada como articuladora das ações que promovam saúde. É uma diretriz relevante para articular as ações para além da saúde e contemplar as determinações sociais da saúde. A promoção da saúde:

ênfatisa a qualidade de vida como condição mínima necessária para que o indivíduo possa ser sujeito de sua cidadania. Tendo em vista essa prioridade, a promoção à saúde resgata o pragmatismo das dimensões sociais, político-institucionais e comportamentais, oferecendo elementos para a avaliação objetiva das diferentes situações dos indivíduos em face da epidemia de aids. (BRASIL, 1999, p. 14).

Do ponto de vista do referencial teórico, o eixo da promoção, proteção e prevenção indica a importância das determinações sociais da saúde na discussão sobre saúde; conseqüentemente as ações devem também contemplar o enfrentamento de problemas que interferem nessa saúde.

O documento da política (BRASIL, 1999) indica, ainda, que, no campo da promoção da saúde, são discutidos a noção de vulnerabilidade e risco, redução de danos (referente ao uso de drogas lícitas e ilícitas), direitos humanos (garantia de direitos e combate ao preconceito), participação e controle social (fortalecer as instâncias de controle social para participação), e comunicação social (promover a

identificar e de satisfazer suas necessidades biopsicossociais básicas, adotar mudanças de comportamento, práticas e atitudes mais seguras, bem como dispor dos meios necessários à operacionalização dessas mudanças)+(BRASIL, 1999, p. 13).

A problemática da vulnerabilidade no âmbito do enfrentamento da aids aponta para a falta de acesso aos serviços de saúde, conseqüentemente aos direitos sociais, ou seja, adoecer tem relação com as determinações sociais da saúde, e estar vulnerável indica a falta de acesso aos direitos, o que aponta para a necessidade de proteção social. Na situação de vulnerabilidade, os indivíduos se tornam mais suscetíveis às doenças e, ao adoecer, terão também dificuldades de enfrentar as doenças e promover a saúde.

Como indica Ayres (2009), a vulnerabilidade à aids vai além do aspecto individual e se relaciona com o contexto coletivo, político, econômico e social. Segundo o autor, a vulnerabilidade à aids é a

chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção, ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. (AYRES, et al. 2009, p. 127).

Os principais fundamentos explicativos para a vulnerabilidade na perspectiva de Ayres (2009) enfatizam aspectos coletivos e contextuais, e não apenas individuais. Sendo assim, o não acesso a direitos sociais como educação, trabalho, renda, saúde, alimentação, entre outros, pode ser um fator que contribua para a vulnerabilidade às doenças ou para a dificuldade de enfrentá-las.

As ações de promoção da saúde e proteção dos direitos fundamentais são destacadas na política de enfrentamento da aids como condições essenciais para resposta à epidemia e possuem como principais diretrizes (BRASIL, 1999, p. 14):

- Promoção de atitudes de solidariedade, não preconceito e não discriminação. Nessa diretriz, a proposta tem por objetivo superar o preconceito e discriminação;
- Garantia de direitos individuais e sociais das pessoas vivendo com HIV/aids;
- Acesso à rede de saúde e aos insumos e serviços de prevenção às DST/aids e ao uso indevido de drogas; e

es no âmbito da prevenção, da promoção e da educação em saúde.

As diretrizes no âmbito da promoção da saúde e proteção dos direitos fundamentais têm uma proposta de garantia de direitos sociais articulada com o acesso aos serviços de saúde, com a perspectiva de ações de prevenção e promoção da saúde. Nessa direção, as ações devem ser norteadas por uma atenção integral, que articule a problemática da aids aos aspectos mais amplos da vida social e possibilite perceber os indivíduos em suas múltiplas determinações.

Contudo, para materializar as ações de promoção da saúde e prevenção de DST/aids, são indicados, na política de enfrentamento da aids, dois modelos de intervenção: o primeiro modelo voltado para a mudança de comportamentos centrados no indivíduo e o segundo modelo centrado na mudança de comportamento de grupo ou no coletivo.

As intervenções que priorizam mudanças comportamentais individuais se distanciam de uma proposta de atenção integral, pois essas ações pretendem realizar atividades que promovam mudanças de atitudes dos indivíduos e grupos, relegando para um segundo plano, ou mesmo negando, a dimensão social do processo saúde-doença e centrando o problema, bem como sua solução, nos indivíduos.

Além da garantia do atendimento no âmbito do setor da saúde, é imprescindível também, dentro do contexto do conceito ampliado de saúde, se pensar a garantia do atendimento das necessidades sociais, pois os indivíduos possuem necessidades de diferentes naturezas que não se limitam ao tratamento médico e medicamentoso.

### **3.1.1. Resposta brasileira à aids: principais resultados**

O enfrentamento da aids está vinculado a tensionamentos entre a universalização e a focalização de direitos, pois, ao mesmo tempo em que se luta pela garantia de direitos sociais, o que exige ações para além do setor da saúde, é este o setor que executa quase que exclusivamente as ações no âmbito da aids.

destaca a importância das reivindicações dos movimentos sociais por direitos e destaca a atuação de equipes de saúde ligadas ao movimento sanitário, e as conquistas no enfrentamento da aids, porém para o autor:

aids no Brasil se caracterizou desde o início dos anos 1980 como um problema quase que exclusivo do setor saúde. Dessa forma, a maior parte das políticas públicas emana deste setor, que tem também executado quase a totalidade das ações programáticas de prevenção e controle da epidemia. (TEIXEIRA, 1997, p. 43).

O caso do enfrentamento da aids é um dos mais relevantes exemplos desses tensionamentos. O Estado garante a terapia antirretroviral para todos que dela necessitam e implementou serviços de referência para atendimento, mas, existem recursos incipientes para as áreas dos direitos sociais e humanos, bem como são incipientes as propostas de ações para a promoção da saúde em uma perspectiva ampliada. Parte expressiva dos recursos vai para os laboratórios para compra de medicações.

Ocorre uma focalização das ações do Estado no eixo do diagnóstico e assistência (tratamento). Em 2010, dos recursos destinados à aids, 70,2% foram gastos com tratamento e 19,9% com prevenção. Já os recursos investidos em ações no âmbito dos direitos humanos e sociais representaram, em 2010, apenas 4% dos recursos gastos com aids que são repassados para as Organizações da Sociedade Civil mediante aprovação de projetos (BRASIL, 2012a).

As ações referentes à garantia dos direitos humanos e sociais foram sendo construídas no âmbito do enfrentamento da aids em parcerias entre Estado e sociedade civil organizada através da abertura de editais para apoio aos projetos sociais. As organizações da sociedade civil recebem apoio técnico e financeiro mediante concorrência pública de projetos. Com isso, as ações nesse âmbito dependem dos recursos disponíveis e da capacidade técnica das ONGs em elaborar e executar projetos.

Garantir direitos sociais amplos não deve de limitar ao repasse de recursos para execução de projetos, mas exige a participação de diferentes setores governamentais. Como já apontado no documento da política de enfrentamento da aids: é de fundamental importância o envolvimento de diversos setores governamentais . como educação, instituições de pesquisa, áreas econômica e

ciário . e também de setores não governamentais+

(BRASIL, 1999, p. 7).

A dimensão social da aids é reconhecida e discutida nos documentos elaborados para a estruturação das ações, porém, na análise dos relatórios sobre a resposta brasileira à epidemia (BRASIL, 2005b, 2010c, 2012a e 2012b), identificou-se que o eixo da promoção da saúde não foi mais referenciado; o de direitos fundamentais passou a ter a nomenclatura de direitos humanos.

Chama a atenção o desaparecimento do componente de promoção à saúde; tal eixo era o que aproximava a discussão da aids das determinações sociais e possibilitava uma reflexão sobre a necessidade da intersetorialidade no enfrentamento da epidemia. Os demais componentes se referem às respostas inseridas no campo do setor da saúde, exceto o de direitos humanos.

O componente dos direitos humanos é apontado nos relatórios com o objetivo de minimizar ou dissipar o estigma e o preconceito em relação à doença. Várias ações de defesa dos direitos das pessoas vivendo com HIV/aids foram sendo implementadas, como, por exemplo, a proibição de solicitação de sorologia para HIV em exames admissionais ou para ingresso em escola, proibição de demissão por motivo da soropositividade e discriminação no local de trabalho (BRASIL, 2005b).

Os relatórios analisados reafirmam a importância da sociedade civil na construção da Política de Enfrentamento da Aids e ressaltam que a participação da sociedade civil foi fundamental para a construção de resposta à epidemia.

O relatório que analisa as ações do período de 2001 a 2005 ressalta que a partir da participação da sociedade civil organizada foi possível o entendimento que a promoção da saúde, direitos humanos, prevenção e assistência (tratamento) devem estar indissociáveis para uma resposta eficaz+(BRASIL, 2005b).

Apesar dos esforços para minimizar o preconceito, ele persiste. Os relatos dos pacientes observados no atendimento social e nos grupos focais da pesquisa sobre acesso (VIEIRA, 2013a) apontam que existe preconceito no momento da admissão, perda de emprego quando empregadores descobrem a soropositividade e um medo constante da descoberta da soropositividade. Quando ocorre violação de direitos, realiza-se encaminhamento para apoio jurídico das Organizações Não Governamentais.

a antirretroviral, a possibilidade de saque do PIS ou Pasep e FGTS foram ressaltadas como de fundamental importância no enfrentamento da aids. Outras ações ressaltadas no relatório do período de 2001 a 2005 foram o apoio as ONGs com recursos governamentais para assessoria jurídica aos doentes de aids e o financiamento para casas de apoio e subsídio financeiro para ações de reinserção social de crianças e adolescentes (BRASIL, 2005b).

É citado ainda que a epidemia atinge grupos populacionais mais pobres desde os anos 1990 e resalta que esta tendência redireciona as ações de prevenção e assistência. Ressalta-se a necessidade de articulação da prevenção, cuidado, diagnóstico e tratamento com os programas de redução da pobreza (BRASIL, 2005b). Porém, nos resultados apresentados no relatório, não são apresentadas ações nessa perspectiva, e, sim, ações vinculadas à medicina curativa.

O relatório que apresenta os resultados das ações entre 2008 e 2009 reafirma que a resposta brasileira à aids se insere dentro da noção da saúde como direito de todos e está ancorada nos direitos humanos. O relatório cita o Benefício da Prestação Continuada como benefício para pessoas com incapacidades laborativas e/ou adoecimento e em situação de pobreza, além de fazer referência ao Programa Bolsa Família como possibilidade de acesso para pessoas vivendo com aids que sejam pobres. O relatório indica ainda a realização de um projeto piloto realizado em São Paulo, Salvador e Distrito Federal com o objetivo de melhorias da qualidade de vida, empregabilidade e geração de renda das pessoas infectadas pelo HIV (BRASIL, 2010c).

O relatório reconhece que pessoas com HIV/aids em especial, as que se encontram em situação de pobreza, têm dificuldades de acessar e se manter no mercado de trabalho formal. O relatório aponta que a baixa qualificação profissional aliada ao estigma e discriminação relacionados ao HIV/aids reforçam a necessidade de se buscar alternativas de inclusão social das pessoas com HIV/aids (BRASIL, 2010c).

Nos dois relatórios que apresentam os resultados das ações de resposta à aids (2001-2005 e 2008-2009) percebe-se que ainda existe uma preocupação com a dimensão social da aids, o reconhecimento da pauperização, da dificuldade de acesso ao mercado de trabalho, tanto pela falta de qualificação como pelo

ça, e a afirmação de que é necessário se buscar alternativas para respostas à problemática social revelam que a dimensão social da aids necessita também de respostas, pois existe uma dificuldade de acesso aos direitos sociais, mesmo antes de se ter aids e, com o diagnóstico, o problema torna-se maior, pois é preciso também tratar a doença e enfrentar o preconceito.

No entanto, identifica-se, no âmbito do enfrentamento da aids, uma fragilidade das ações que respondam a questões que envolvem a dimensão social. O reconhecimento de que existe a necessidade de se enfrentar os problemas sociais vivenciados pelas pessoas vivendo com aids não vem sendo acompanhado por ações efetivas que contribuam para superar ou minimizar esses problemas; nem mesmo são realizados um diálogo ou ações entre as políticas sociais. Não se identificam, nos relatórios analisados, ações na perspectiva intersetorial.

No relatório referente às ações de 2010 e 2011, a discussão da dimensão social não é apresentada. Apenas o eixo dos direitos humanos é referenciado e apontado como um dos pilares da resposta brasileira e considerado transversal a todas as ações. As informações sobre os direitos humanos são apresentadas em meia página (o relatório possui 213 páginas) e é indicado que deve haver o direito a confidencialidade, não discriminação, acesso igualitário a saúde e combate ao estigma e discriminação. É ressaltada a parceria do Estado com as Organizações Não Governamentais a partir do financiamento de ações de assessoria jurídica, além do financiamento de casas de apoio (BRASIL, 2012a).

Repasse de subsídios financeiros para assessoria jurídica e casas de apoio são ressaltados nos relatórios analisados. Essas são as ações mais destacadas no âmbito social, o que demonstra como são incipientes as respostas relacionadas ao enfrentamento da dimensão social da epidemia.

Por fim, o documento Política Brasileira de Enfrentamento da Aids: resultados, avanços e perspectivas (BRASIL, 2012b) indica, em uma única página de um total de 16, informações sobre direitos humanos e resposta comunitária. Nesse trecho do documento, é ressaltada a importância da sociedade civil desde o início da epidemia, são indicados os investimentos financeiros com o eixo dos direitos humanos nos últimos 10 anos através de repasses de recursos para as ONGs e refere-se que editais de apoio às ações da sociedade civil vêm sendo lançados para a promoção dos direitos humanos e prevenção.

permitted to visualize that the social dimension of AIDS was, over the years, left to be emphasized. The actions linked to human and social rights were passed on to civil society and the discussion of health promotion dissipated. The emphasis on the response to the epidemic is predominantly on the axis of diagnosis and treatment.

What is presented, in the official discourse, as a great achievement in the area of social rights is the guarantee of public and free antiretroviral therapy and health as a right for all. Without doubt, it is an important achievement, but it needs to be articulated with other social rights that guarantee attention to social needs and contribute to the effectiveness of treatment.

Thinking about the social dimension in the health-disease process expands social rights, but also increases the responsibility of the State in guaranteeing these rights. Guaranteeing rights through the State has to do with the social project of the working class, which envisions better living and working conditions. This social project is tensioned by the hegemonic project of transforming health into a commodity and reducing the role of the State, placing on individuals the responsibility of guaranteeing their social needs through the market.

The curative dimension, especially diagnosis and treatment, exhaustively presented in the reports analyzed has as its objective to plan and implement procedures for the attention of the population that seeks public health services to perform the test and treatment. For the materialization of actions, centers for testing and counseling (CTA) were created; for diagnosis, specialized attention services (SAE); for ambulatory treatment, Hospital Day (HD); for the performance of intravenous procedures without the need for hospitalization and for home visits to patients, Therapeutic Home Assistance (ADT).

The CTA functions with a team of advisors at the superior level, generally, nurses, social assistants and psychologists. After attention, which can be individual or collective (educational lecture), users perform the test; the result is provided individually and, when the reagent is for HIV, users are referred to the SAEs. The CTAs also perform tests for syphilis and hepatitis B and C. The activities consist of educational actions of prevention and testing that can occur in services of

como palestras em escolas, empresas, centros comunitários e em grandes eventos. Ressalta-se que a rede básica de saúde e os hospitais também podem realizar testagem para HIV.

O SAE, por sua vez, tem atuação ambulatorial e pode estar inserido em outro serviço de saúde, como hospitais ou policlínicas, ou pode ser implantado ainda em estrutura independente. Em alguns municípios de Pernambuco, por exemplo, o SAE divide o mesmo espaço com o CTA, como têm apontado visitas de campo realizadas em pesquisa junto aos SAEs de Pernambuco (VIEIRA, 2013b).

A construção de uma logística para a entrega da medicação com a criação do Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos (Siclom), que permite o acompanhamento da retirada de medicações pelo portador e possibilita o controle do estoque de antirretrovirais, e a criação de laboratórios para realização de exames de CD4 e carga viral foram outras ações implementadas para enfrentamento da aids.

Garantir tratamento antirretroviral vem exigindo uma batalha para a redução dos preços das medicações, que são de alto custo. Nos anos 2000, a batalha para redução dos preços dos medicamentos alcançou ampla dimensão com a realização de acordos internacionais e quebras de patentes de medicamentos (BRASIL, 2013c).

Os acordos internacionais nas Nações Unidas contribuíram, por exemplo, para que cinco grandes companhias farmacêuticas reduzissem os preços para os países em desenvolvimento. Em 2007, a Tailândia decidiu copiar o antirretroviral Kaletra e o Brasil decretou o licenciamento compulsório do Efavirenz. Além disso, o Brasil iniciou a produção nacional de dois medicamentos, a saber: Atazanavir e Raltegravir, e, por meio de parcerias público-privadas, iniciou a produção da versão genérica do Tenofovir, indicado para aids e hepatites (BRASIL, 2013c).

O início do tratamento com terapia antirretroviral (TARV) é norteadada pelo protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para o tratamento elaborado por uma equipe técnica do Ministério da Saúde. O Protocolo de 2013 para adultos vivendo com HIV/aids (Brasil, 2013b) aponta que a TARV está indicada para todos os indivíduos na fase sintomática, independente da contagem do CD4.

Já na fase de latência clínica ou assintomática, o início da TARV é indicado nos seguintes casos: 1) CD4 menor ou igual a 500 células/mm<sup>3</sup>; 2) CD4 acima de

infecção pelo vírus da hepatite B. 3) casos de neoplasias não definidoras de aids com indicação de quimioterapia ou radioterapia, e doença cardiovascular estabelecida ou com risco elevado (BRASIL, 2013b, p. 32).

O início do tratamento com CD4 menor ou igual a 500 células/mm<sup>3</sup> entrou nas orientações para o tratamento em 2013. No protocolo anterior, a orientação era iniciar os antirretrovirais com CD4 menor ou igual a 350 células/mm<sup>3</sup>. Outra orientação inaugurada com o protocolo de 2013 foi o início de TARV, independente de contagem de CD4, para pessoas soropositivas com parceiros soronegativos. Essa recomendação tem o objetivo de reduzir a transmissão do HIV (BRASIL, 2013b, p. 32).

No dia 1º de dezembro de 2013, Dia Mundial da Luta contra a Aids, o Ministério da Saúde anunciou a possibilidade de se iniciar a TARV a partir do diagnóstico para HIV, independente de contagem de CD4. A justificativa principal para o início precoce de TARV é evitar a transmissão pelo HIV, tendo em vista que, ao se apresentar baixa carga viral, reduz-se a transmissão do vírus.

O início precoce de TARV é um tema novo e ainda está sendo discutido e causa alguns questionamentos: é solução ofertar antirretrovirais para a redução da transmissão? É indicado para o portador iniciar tratamento precocemente? E os efeitos colaterais? Como se vai trabalhar a adesão à TARV, tendo em vista serem recorrentes os casos do uso irregular de antirretrovirais e o abandono de tratamento? Como será trabalhado o início precoce de TARV? Por se tratar de um assunto recente, se faz necessário maior aprofundamento de pesquisas, estudos e discussões sobre o uso precoce da terapia antirretroviral. O conjunto dessas questões não é o foco desta tese, mas é de suma importância ser aqui referenciado, pois tem muito a ver com o enfrentamento da aids no país e, sobretudo, com o acesso e usufruto pelos usuários do tratamento.

A manifestação da aids a partir de doenças oportunistas é a fase mais crítica da doença, pois o portador fica impossibilitado de exercer atividades laborativas e conseqüentemente fica impedido de garantir sua própria sobrevivência. Além disso, tem a necessidade de receber maior apoio familiar, tanto do ponto de vista material, como psicológico, uma vez que o diagnóstico para aids fragiliza e traz à tona um sentimento de morte iminente, medo da doença, do abandono e do preconceito.

o diagnóstico para HIV/aids, deparam-se com situações que precisam ser minimizadas ou superadas; essas situações estão relacionadas a:

**Questões Familiares.** o medo de contar sobre o diagnóstico, o medo do preconceito e estigma no grupo familiar e comunitário, ou seja, o medo do abandono e isolamento familiar e social;

**Necessidade de recompor sua história de vida.** aceitação da doença, utilização de medicações até o resto da vida, convivência com os efeitos colaterais, alguns deles que modificam o corpo, o refazer de novas redes de amizades, quando amigos e familiares se afastam ao saber do diagnóstico ou as novas amizades construídas com outros portadores;

**Condições materiais para manter o tratamento.** necessidade de acesso ao serviço de saúde, ao trabalho, à assistência social, à alimentação, à moradia, entre outros direitos sociais para assim efetivar o tratamento.

O enfrentamento da aids exige, portanto, ações para além do setor da saúde, pois os problemas que surgem em decorrência do diagnóstico de HIV/aids envolvem questões para além desse campo, como afirma Kern (2003):

A aids em sua trajetória histórica tem se mostrado como um fenômeno que se constrói socialmente e para desvendá-lo é preciso primeiro compreendê-lo, remontando o processo de vida nas suas mais diversas expressões para elaborar-se por fim a sua compreensão [...] Não se trata simplesmente de uma doença física. A questão é mais profunda [...] a doença tem se constituído como aspectos mais radicais de impacto na vida das pessoas. (KERN, 2003, p.51).

O impacto do diagnóstico da aids vai além da existência de uma doença física. Sem dúvida, existe a história natural da doença: a infecção, a multiplicação do vírus no organismo humano, a destruição do sistema imunológico, o aparecimento de doenças oportunistas, o tratamento, os efeitos colaterais das medicações, a busca por minimizar esses efeitos e, por fim, o controle da infecção que permita a sobrevivência dos portadores.

ória natural, vem à tona as relações interpessoais, principalmente pela forma de transmissão ser predominantemente pela via sexual. Surgem, assim, questionamentos: ocorreu traição? O parceiro(a) sabia do diagnóstico? A infecção foi pelouso de drogas? De relação homo, bi ou heterossexual? Como a família vai reagir? Haverá apoio? Preconceito? E os amigos? A comunidade?

No caso da transmissão vertical, a mãe sabia do diagnóstico? Fez o pré-natal corretamente? Ocorreu falha do serviço de saúde no pré-natal ou no momento do parto e a criança foi infectada? Em que momento contar que a criança/adolescente é soropositiva? Quem cuidará dos órfãos em caso de morte ou abandono dos genitores? Como será na escola?

O que é viver com HIV/aids? É possível desenvolver atividades laborativas? É possível inserção no mercado de trabalho? Quem vai admitir uma pessoa com HIV/aids? E se a empresa descobrir a soropositividade? Como garantir a sobrevivência? Existe direito à aposentadoria? Demissão devido à soropositividade? Medo de levar declaração de comparecimento com o nome do hospital, porque a empresa poderá descobrir o HIV. Separação de copo, prato, toalhas pelos familiares. Essas são as situações vivenciadas, questionamentos e preocupações trazidas pelos pacientes e observadas no cotidiano profissional junto a esse público.

Contemplar respostas à aids para além do setor da saúde e que esclareçam as questões da dimensão social se constituem um dos principais desafios do enfrentamento à epidemia. É, portanto, imprescindível conhecer o perfil da epidemia, quais as demandas sociais, quais ações vêm sendo realizadas para respostas a essas demandas, enfim como a epidemia vem sendo enfrentada na perspectiva de garantir atendimento integral.

Visando apreender a realidade de enfrentamento da aids nas interfaces entre medicina curativa e dimensão social, aprofunda-se o enfrentamento da aids na particularidade do estado de Pernambuco e apresenta-se a discussão sobre as determinações sociais no estado, o perfil da epidemia, as demandas sociais das pessoas em tratamento e como vêm se processando as respostas a essas demandas.

### **3.2. As Determinações sociais e o perfil da epidemia da aids em Pernambuco**

De acordo com o censo 2010, Pernambuco possui uma população de 8.796.448 habitantes; desse quantitativo 52% são de mulheres e 48% de homens. Os dados indicam também que 81,1% da população reside na área urbana. O Censo 2010 revela ainda que 42% dos habitantes estão na Região Metropolitana do Recife, composta por 14 municípios. O estado possui 2.546.772 domicílios particulares permanentes (BRASIL, 2014).

Quando ao acesso a serviços básicos, 99,4% dos domicílios possuem energia elétrica, 76% possuem abastecimento de água da rede geral, 74,8% têm coleta de lixo por serviços de limpeza e 56,2% possuem rede de esgoto geral.

Quadro 1 - Domicílios de Pernambuco - Acessos a serviços básicos  
(Censo 2010)

	Em números	%
Domicílios particulares permanentes	2.546.872	100,0
Energia elétrica	2.531.374	99,4
Abastecimento de água (rede geral)	1.936.160	76,0
Coleta de lixo por serviços de limpeza	1.905.858	74,8
Rede geral de esgoto	1.087.468	56,2

Fonte: IBGE, estados com base no Censo 2010. Elaboração própria

É relevante o avanço do acesso à rede de energia elétrica, quase a totalidade dos domicílios. Com relação ao acesso à água da rede geral e à coleta do lixo, também existe um importante acesso, porém, cerca de 25% da população ainda não usufrui desse direito. A situação mais precária é o acesso à rede geral de esgoto com um percentual de apenas 56,2% de domicílios com acesso.

O acesso ao saneamento básico (água, coleta de lixo e rede de esgoto) é de fundamental importância para a saúde da população, pois permite a proteção contra doenças decorrentes da falta de saneamento básico, como por exemplo, cólera, leptospirose, esquistossomose. Sem acesso ao saneamento básico, a população fica exposta às doenças de causas evitáveis.

No caso das pessoas com aids e que residem em domicílios sem acesso aos serviços básicos, o problema torna-se mais grave, pois a baixa imunidade contribui

comprometendo a saúde e culminando em infecções decorrentes do ambiente insalubre em que residem.

Ainda sobre os domicílios permanentes, o Censo 2010 apresenta um levantamento sobre a classe de rendimentos mensais desses domicílios, e os dados indicam que 5,8% dos domicílios não possuem rendimento. Um percentual de 59,9%<sup>5</sup> dos domicílios pernambucanos possuem rendimentos entre meio salário mínimo até 2 salários, o que significa dizer que mais da metade dos domicílios do estado subsistem com baixo rendimento. O que representa, em números absolutos, 1.526.162 domicílios.

Quadro 2 - Domicílios Permanentes de PE - classes de rendimento mensal (Censo 2010)

	Em números	%
1. sem rendimento	148.308	5,8
2. até meio salário mínimo	230.398	9,0
3. mais de meio até 01	590.172	23,2
4. mais de 01 até 02	705.592	27,7
5. mais de 02 até 05	587.585	23,1
6. mais de 05	284.817	11,2
<b>Total</b>	<b>2.546.872</b>	<b>100,0</b>

Fonte: IBGE, estados com base no censo 2010. Elaboração própria

Os estudos do Dieeseem 2010<sup>6</sup> indicavam que o salário mínimo necessário para uma família de 4 pessoas atender suas necessidades deveria estar em torno de R\$ 2.000,00, nesse período, o salário mínimo era de R\$ 510,00, ou seja, o salário mínimo existente representava cerca de 1/4 quarto do salário necessário. Os dados indicam que o atendimento de necessidades pela via do salário mínimo proveniente do trabalho, aposentadoria, pensão, benefícios sociais ou qualquer outra fonte de renda não é suficiente para atender necessidades como alimentação, educação, saúde, lazer, habitação, entre outras.

O salário mínimo necessário para atender %necessidades vitais básicas+ está disposto na Constituição de 1988. Ao se vincular o salário mínimo a necessidades vitais básicas, vinculam-se necessidades a um conceito no limite, da simples

<sup>5</sup>Soma das linhas 2,3 e 4 do Quadro 2.

<sup>6</sup>Em janeiro de 2014, o salário mínimo necessário deveria ser de R\$ 2.748,22. Nesse mês de referência, era de R\$ 724,00, o que representa quase 1/4 do salário necessário.

1986), o que se aproxima do conceito de mínimos sociais, beirando à desproteção, como aponta Pereira (2007), e refere-se à produção da própria vida material do trabalhador para conservar-se e reproduzir-se, como afirmaram Marx e Engels (1980, 2003). E, apesar de o salário mínimo representar um valor limite da subsistência, ainda assim não é materializado. Como indicado pelos estudos do Dieese, o salário mínimo existente é inferior ao necessário.

Com relação ao grau de instrução da população de 10 anos ou mais, o Censo 2010 aponta que 58,1% da população de Pernambuco situa-se na faixa de escolaridade sem instrução até fundamental incompleto; 15,1% possuem fundamental completo e médio incompleto; 21,1%, médio completo e superior incompleto e apenas 5,7% possuem superior completo.

Quadro 3 - Pessoas de 10 anos ou mais por classe de instrução Pernambuco (Censo 2010)

	Em números	%
sem instrução ou com fundamental incompleto	4.263.137	58,1
fundamental completo ou médio incompleto	1.107.663	15,1
médio completo ou superior incompleto	1.543.681	21,1
superior	418.856	5,7
<b>Total</b>	<b>7.333.337</b>	<b>100,0</b>

Fonte: IBGE, estados com base no Censo 2010. Elaboração própria

Os dados sobre instrução indicam a falta de acesso à escola ou a dificuldade de conclusão dos estudos. O direito à educação e o dever do Estado em garanti-la estão dispostos na Constituição de 1988, no artigo 208 (BRASIL, 2010), mas, apesar desse direito, parte da população pernambucana não conseguiu concluir os estudos, o que pode indicar a necessidade de articulação entre as políticas setoriais que possibilite à população acesso aos serviços sociais.

A escolaridade é um importante indicador para os estudos sobre determinantes sociais, pois, quando relacionada com outros determinantes como renda, mercado de trabalho, alimentação, saneamento básico, entre outros, demonstra que baixa escolaridade gera dificuldade de acesso aos direitos sociais. Pessoas com menos anos de estudo têm maior dificuldade de acesso ao mercado de trabalho, uma vez que o mercado de trabalho exige pessoas com mais anos de estudos; conseqüentemente essas pessoas terão dificuldade de renda, pois vivemos

la na venda da força de trabalho em troca de um salário que garanta o sustento. Com pouca ou nenhuma renda, haverá dificuldade de se garantir alimentação, habitação e garantia de outras necessidades.

Por exemplo, estudos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios sobre segurança alimentar (IBGE, 2009) relacionam insegurança alimentar moderada ou grave<sup>7</sup> com os anos de estudo da pessoa de referência do domicílio e afirmam que, em domicílios com pessoas de referência sem instrução ou com menos de um ano de estudo, a prevalência de insegurança alimentar moderada ou grave é de 20,2% (no Brasil); em Pernambuco, esse percentual é de 25,5%. Naqueles domicílios que possuem pessoa de referência com 1 a 3 anos de estudos, a insegurança alimentar é de 19,5% no país e em Pernambuco, 25,4%.

Ao agregar as faixas sem instrução até 7 anos de estudos, tem-se um percentual de 54,5% (Brasil), ou seja, mais da metade dos domicílios com pessoas nessa faixa de estudos vivenciam situação de insegurança alimentar moderada ou grave. Em Pernambuco, esse percentual é de 70,8%, o que significa que a situação de insegurança alimentar é maior do que a média nacional.

A PNAD referente ao ano de 2011 (IBGE, 2012) indicou dados relacionados à ocupação e escolaridade, e demonstrou que apenas 25,5% das pessoas ocupadas possuíam ensino fundamental incompleto. A pesquisa também traçou o perfil das pessoas desocupadas para mostrar que ainda persiste a dificuldade de ingresso no mercado de trabalho de alguns grupos. O estudo indicou que 53,6% dos desocupados não tinham completado o ensino médio, e mais da metade eram mulheres, 35,1% nunca tinham trabalhado, 33,9% eram jovens entre 18 e 24 anos.

Os estudos sobre os determinantes sociais apontam para melhorias nas condições de vida da população (IBGE, 2009, 2011; IPEA, 2010) com importante avanço no acesso aos bens e serviços sociais, porém a situação social do Brasil, e, em particular, o Nordeste, era muito precária e, apesar das melhorias, ainda existe

---

<sup>7</sup> A PNAD/IBGE utilizou a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Ebia) e considerou domicílios em (PNAD/IBGE, 2009, p.33): **Segurança alimentar** - quando os moradores tiveram acesso aos alimentos em quantidade e qualidade adequadas e sequer se sentiam na iminência de sofrer qualquer restrição no futuro próximo; **Insegurança alimentar leve** - quando existe alguma preocupação com a quantidade de alimentos no futuro e nos quais há comprometimento com a qualidade dos alimentos; **Insegurança alimentar moderada** - quando os moradores conviveram no período de referência, com a restrição quantitativa de alimento; **Insegurança alimentar grave** - moradores adultos e crianças, quando havia, também passaram pela privação de alimentos, podendo chegar à sua expressão mais grave, a fome.

ssuas que vivenciam situação de pobreza (até meio salário mínimo) e extrema pobreza (abaixo de 1/4 do salário mínimo).

A partir dos dados apresentados, apreende-se que parte da população do estado de Pernambuco vivencia algum tipo de privação, entre eles, a falta de saneamento básico, a dificuldade de acesso à escola e a insegurança alimentar, e, de acordo com os dados do Programa Nacional Brasil Sem Miséria, baseados no censo 2010 (BRASIL, 2011), o estado possuía, em 2011, o quantitativo de 1.746.164 de sua população em extrema pobreza (para fins do programa em extrema pobreza estão os indivíduos com renda de até R\$ 70,00), o que representa 15% da população de Pernambuco.

Uma das ações do Brasil Sem Miséria é localizar as pessoas sem acesso à renda e aquelas que ainda não tiveram acesso aos programas e serviços sociais, tal fato confirma que nem todas as pessoas que necessitam da assistência social estão inseridas nos programas e serviços dessa política setorial.

Nesse contexto, visualiza-se que, independente de se viver ou conviver com aids ou outra doença crônica, parte expressiva da população vivencia a falta ou dificuldade de atendimento de necessidades sociais, bem como não consegue ter acesso aos programas das políticas setoriais que possam garantir ou pelo menos minimizar as situações de privação que inviabilizam uma vida com qualidade, consequentemente a garantia de saúde e o enfrentamento de doenças.

Os dados do último Boletim Epidemiológico de 2013 (BRASIL, 2013a) apresentam a estimativa de 718 mil pessoas vivendo com HIV e aids no Brasil. Já os casos de aids notificados, entre 1980 até junho de 2013, somam um total de 686.478 casos. Desses, 445.197 (64,9%) em pessoas do sexo masculino e 241.223 (35,1%) em pessoas do sexo feminino. Cerca de um terço dos casos são em mulheres.

A distribuição dos casos entre as regiões do país assume percentuais diferenciados: mais da metade dos casos de aids (55,2%) estão na Região Sudeste; 20,0% situam-se na Região Sul, 13,9% encontram-se na Região Nordeste; 5,8% na Região Centro-Oeste e 5,1% na Região Norte. Os dados indicam diferenças regionais na disseminação da aids, com parte das regiões com aumento do número de casos, como, por exemplo, o Nordeste. Apenas no Sudeste existe a redução do número de novos casos.

, já foi notificado, dos anos 1980 até junho de 2012, um total de 21.434 casos de aids. Desses, 64,6% em pessoas do sexo masculino e 35,4% em pessoas do sexo feminino (DATASUS, 2013).

Quando analisados por Regiões de Desenvolvimento (RD), os casos de aids no estado, no período de 1980 até junho de 2012, indicam que 75,5% dos casos notificados são da Região Metropolitana do Recife, com destaque para a capital Recife, com 8.350 casos, Jaboatão dos Guararapes com 2.531 casos, Olinda e Paulista, respectivamente, com 1.787 e 1.067 casos notificados. Juntos os quatro municípios somam 13.735 casos de aids, o que representa 64,08% de todas as notificações registradas, ou seja, quatro municípios concentram o maior número de casos de aids do estado.

Ao mesmo tempo em que ocorreu uma concentração de casos em poucos municípios, ocorreu também a interiorização da epidemia. Dos 184 municípios de Pernambuco, apenas 5 não têm registro de casos de aids (Terezinha no Agreste Meridional, Santa Filomena no Sertão do Araripe, Calumbi no Sertão do Pajeú, Dormentes e Orocó no Sertão do São Francisco).

Os municípios do interior do estado possuem quantitativo menor de casos de aids, mas a epidemia está disseminada. Conforme apresentado no Quadro 4 a seguir existem 75 municípios com até 10 casos de aids, 64 municípios têm de 11 a 49 casos, 19 municípios possuem entre 50 a 99 casos, e 21 mais de 100 casos notificados.

Quadro 4 - Número de casos notificados de aids por número de municípios  
Período (1980 -2012 até junho)

Nº de casos notificados de aids	Nº Municípios
Até 10 casos	75
De 11 a 49 casos	64
De 50 a 99 casos	19
100 casos os mais	21
sem casos registrados	5
Total	184

Fonte: Elaboração própria, baseada em dados do Datasus (2012).

A evolução dos casos de aids nos 21 municípios com mais de 100 casos notificados está indicada no Quadro 6. Os dados indicam que 12 desses municípios são da Região Metropolitana do Recife. Ocorreu um aumento expressivo de casos de aids entre os anos 1990 e 2000 nesses municípios. Chamam a atenção os

ima e Moreno, com população menor que 60 mil habitantes e que apresentam casos de aids acima de 100 casos, aproximando-se de municípios com maior população.

Quadro 5 - Evolução de casos de aids por décadas em municípios com mais de 100 casos registrados - Período: décadas de 1980, 1990, 2000 até junho de 2012

	Anos 1980	Anos 1990	Anos 2000	Total	RD
1. Recife	343	2.092	5.915	8.350	RMR
2. Jaboatão dos Guararapes	1	441	2.089	2.531	RMR
3. Olinda	-	409	1.378	1.787	RMR
4. Paulista	1	213	853	1.067	RMR
5. Cabo de Santo Agostinho	-	112	667	779	RMR
6. Caruaru	1	126	570	697	Agreste Central
7. Petrolina	1	82	335	418	Sertão S. Francisco
8. Camaragibe	-	76	300	376	RMR
9. Abreu e Lima	-	54	261	315	RMR
10. Vitória de Santo Antão	-	48	238	286	Mata Sul
11. Goiana	-	24	222	246	Mata Norte
12. Ipojuca	-	13	227	240	RMR
13. São Lourenço da Mata	-	32	194	226	RMR
14. Igarassu	-	32	188	220	RMR
15. Escada	-	10	149	159	Mata Sul
16. Garanhuns	-	26	131	157	Agreste Meridional
17. Carpina	-	08	120	128	Mata Norte
18. Gravatá	-	08	94	102	Agreste Central
19. Limoeiro	-	17	103	120	Agreste Setentrional
20. Itapissuma	-	18	90	108	RMR
21. Moreno	-	18	82	100	RMR
<b>Total</b>	<b>347</b>	<b>3.851</b>	<b>14.112</b>	<b>18.310</b>	

Fonte: Elaboração própria, baseada em dados do Datasus(2012).

É surpreendente o salto de notificações nos anos 2000. Por exemplo, em Recife, o número foi mais que o dobro em relação aos anos 1990 (2.092 para 5.915); em Jaboatão dos Guararapes, de 441 casos nos anos 1990 saltou-se para 2.089 nos anos 2000 e, em Olinda, passou-se de 409 para 1.378. Na rede de saúde municipal, cada município possui apenas um Serviço de Atendimento Especializado para atender as pessoas com diagnóstico para HIV e aids e um Centro de Testagem e aconselhamento para a realização dos testes para HIV, sífilis e hepatites virais. No caso da capital Recife, os demais SAEs são da rede de saúde estadual, federal e filantrópica.

Com relação ao crescimento de casos em mulheres, o Quadro 7 indica a razão de sexo e reafirma a feminização da epidemia, com a proporção entre homens e mulheres de 2 homens para 1 mulher. Em algumas RDs, como a dos Sertões, a

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

em destaque para o Sertão de Itaparica, com razão de 0,8 e Sertão do São Francisco, com 1,2, ou seja, nessas RDs, a razão de sexo é praticamente 1 para 1. Com exceção da Região Metropolitana do Recife e Agreste Central, todas as demais RDs têm razão de sexo menor que a média do estado, que é de 1,8.

Quadro 6 - Casos de aids em Pernambuco segundo sexo e RDs  
- Período: de 1980 até junho de 2012

Regiões	Masculino Nº	(M)%	Feminino Nº	(F)%	Total Nº	Total %	Razão M:F
Região Metropolitana do Recife RD 12	10.693	49,9	5.484	25,6	16.177	75,5	1,9
Agreste Central - RD 8	848	4,0	483	2,3	1.331	6,2	1,8
Mata Sul - RD 10	661	3,1	487	2,3	1.148	5,4	1,4
Mata Norte - RD 11	517	2,4	319	1,5	836	3,9	1,6
Agreste Setentrional - RD 9	305	1,4	209	1,0	514	2,4	1,5
Sertão do São Francisco - RD 2	254	1,2	208	1,0	462	2,2	1,2
Agreste Meridional - RD 7	211	1,0	135	0,6	346	1,6	1,6
Sertão do Pajeú - RD 5	106	0,5	74	0,3	180	0,8	1,4
Sertão do Moxotó - RD 6	98	0,5	74	0,3	172	0,8	1,3
Sertão do Araripe - RD 3	69	0,3	53	0,2	122	0,6	1,3
Sertão Central - RD 4	56	0,3	43	0,2	99	0,5	1,3
Sertão do Itaparica - RD 1	21	0,1	26	0,1	47	0,2	0,8
Total	13.839	64,6	7.595	35,4	21.434	100,0	1,8

Elaboração própria, baseada em dados do DATASUS (2012).

Quanto à categoria de exposição<sup>8</sup>, prevalece a infecção pela via sexual com o maior número de casos entre heterossexuais. Para as respostas registradas, tem-se que 61,6% das notificações foram em pessoas que declararam ser heterossexuais, seguidas de 20,2% homossexuais e 11,9% bissexuais, ou seja, 93,7% foram infectadas pela via sexual. Já 3,4% das notificações apontam para infecção pelo vírus decorrente de transmissão vertical; 2,3% pela utilização de seringas infectadas (no uso de drogas injetáveis); 0,3% pela transfusão de sangue contaminado para hemofílicos e 0,3% por transfusão sanguínea (pessoas não hemofílicas).

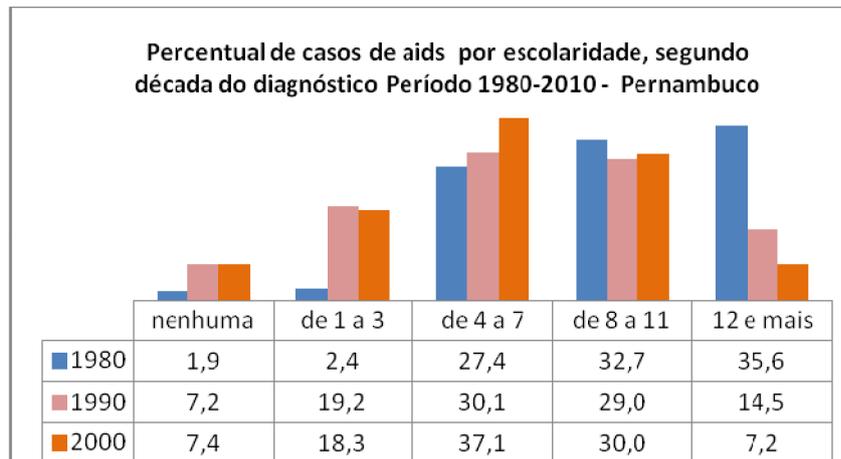
Com relação à escolaridade, no Gráfico 1 são sistematizados os casos de aids por décadas e por anos de estudos. Os dados sinalizam que, ao longo dos anos, ocorreu um aumento de casos de aids em pessoas com menos anos de estudos. Pessoas sem escolaridade, por exemplo, nos anos 1980, representavam

<sup>8</sup>Os dados do Datasus possuem 34,4% das informações sem resposta para categoria de exposição. Tal fato reflete o não preenchimento das informações solicitadas na ficha de notificação.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)

nos anos 2000, o percentual foi de 7,4%. No caso de pessoas com 1 a 3 anos de estudos, o percentual na década de 1980 foi de 2,4% e, nos anos 2000, o percentual representou 18,3% das notificações.

Gráfico 1



Elaboração própria, baseada em dados do Datasus (2013).

Com relação às notificações em pessoas com 4 a 7 anos de estudos, ocorreu um aumento de 10 pontos percentuais entre as décadas de 1980 (27,4%) e 2000 (37,1%). Ocorreu uma pequena redução de casos de aids em pessoas com 8 a 11 anos de estudos, que, nos anos 1980, representavam o percentual de 32,7%; reduziu para 29% nos anos 1990 e cresceu para 30% nos anos 2000.

A redução mais expressiva de casos de aids relacionados à escolaridade ocorreu na faixa de escolaridade de 12 anos ou mais de estudos. Na década de 1980. Os casos notificados em pessoas com essa faixa de escolaridade representavam 35,6%; já nos anos 2000, representavam 7,2%.

Nos anos 2000, as notificações de casos de aids entre pessoas com nível de escolaridade fundamental incompleto (faixas de 1 a 3 anos e 4 a 7 anos), quando somadas, representam 55,8% dos casos. Pessoas com esses anos de estudos têm mais dificuldade de acesso ao mercado de trabalho, como apontou a PNAD (IBGE, 2012); conseqüentemente têm dificuldade de acesso à renda, segurança alimentar, habitação, entre outros, ou seja, têm dificuldades de garantir o atendimento de necessidades sociais.

A epidemia da aids no Brasil assumiu múltiplas dimensões e alcançou, em um curto período, uma rápida propagação, como apontaram Brito, Castilho e

emia restrita aos principais centros urbanos do país e concentrada em pessoas com práticas sexuais homo e bissexuais, se disseminou pelos municípios do interior e entre pessoas heterossexuais, conseqüentemente cresceu entre as mulheres. Ocorreu também uma mudança no perfil socioeconômico: se no início da epidemia o perfil das pessoas infectadas era constituído de pessoas com escolaridade de 12 anos ou mais, a disseminação da epidemia passou a atingir também pessoas com poucos anos de estudos.

O crescimento dos casos de aids em pessoas com menos anos de estudos aponta para a tendência da pauperização da doença, ou seja, indivíduos que já vivenciavam privações de direitos sociais precisam agora enfrentar uma doença incurável, que, em determinado momento, exigirá o uso diário de medicação e pelo resto da vida.

O caso do enfrentamento da aids é emblemático para compreender que as determinações sociais da saúde necessitam estar articulados com a resposta ao tratamento. Em pouco mais de 30 anos desde o aparecimento da aids, as descobertas sobre a doença e as formas de tratamento permitiram que de uma doença com alta letalidade se tornasse crônica. Porém, mesmo diante da descoberta do tratamento e sua disponibilidade pelo Estado, no caso brasileiro, são quase 35 mil novos casos a cada ano e quase 12 mil mortes anualmente (BRASIL, 2013a).

O que significa que é preciso repensar o enfrentamento da epidemia e identificar quais os problemas que ainda precisam ser respondidos, com vista a garantir a efetividade do tratamento.

### **3.3. Enfrentamento da aidsna particularidade de Pernambuco**

A resposta à aids no Brasil é conduzida pelo Estado, e o tratamento se constitui como um direito social. As pessoas vivendo com aids têm a garantia do atendimento no Sistema Único de Saúde; e a medicação da terapia antirretroviral e para doenças oportunistas é direito de todos. Mesmo que se realize acompanhamento na rede privada, todas as pessoas que necessitam de TARV têm acesso à medicação na rede pública e de forma gratuita. Estamos, assim, diante de

que pressionaram para que o Estado assumisse a responsabilidade de garantir o tratamento da aids.

Os primeiros serviços de atendimento para casos de aids em Pernambuco surgiram em 1986 e as ações foram sendo executadas pelo Hospital Correia Picanço (HCP), Hospital Universitário Oswaldo Cruz (Huoc) e Hospital das Clínicas (HC). No ano seguinte, o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (Imip) também passou a realizar atendimento, sobretudo, a gestantes e crianças.

Nos anos 1980, pouco se conhecia sobre a aids e o tratamento era voltado para o controle das doenças oportunistas. Somente em 1987, o AZT passou a ser usado para o combate do HIV, mas era de alto custo e importado. Foi fundamental que os primeiros serviços de atenção aos doentes de aids surgissem em hospitais, pois o diagnóstico para HIV geralmente era descoberto a partir do adoecimento avançado. Somente em 2000, quando já existia a garantia governamental dos antirretrovirais, surgiu o primeiro serviço municipal, o SAE de Recife, situado na Policlínica Lessa de Andrade.

Posterior ao SAE de Recife, foram criados, em 2005, outros SAEs municipais, agora em outros municípios do estado (Caruaru, Olinda, Jaboatão dos Guararapes, Salgueiro e Petrolina). Além da criação de serviços em outros municípios, ocorreu o aumento de SAEs em Recife. Ainda em 2005, iniciaram atividades os SAEs do Hospital Geral Otávio de Freitas, do Hospital Barão de Lucena e do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (Cisam). Em 2005, ocorreu uma expansão dos SAEs, totalizando oito unidades.

Outro momento de expansão de serviços foi em 2011 com a criação de cinco SAEs, dois na RMR (Cabo de Santo Agostinho e Paulista), dois no Sertão (Serra Talhada e Afogados da Ingazeira) e um em Limoeiro, conforme indica Quadro 7.

Quadro 7 - Ano de início das atividades dos SAEs

Nº	Serviços	Ano de Início
1	Hospital Correia Picanço	1986
2	Hospital Universitário Oswaldo Cruz	1986
3	Hospital das Clínicas	1986
4	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira	1987
5	Policlínica Lessa de Andrade	2000
6	Centro de Saúde Amélia de Pontes (SAE Caruaru)	2005
7	Policlínica João de Barros Barreto (SAE Olinda)	2005
8	Policlínica Cônego Pedro Souza Leão (SAE Jaboatão)	2005

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

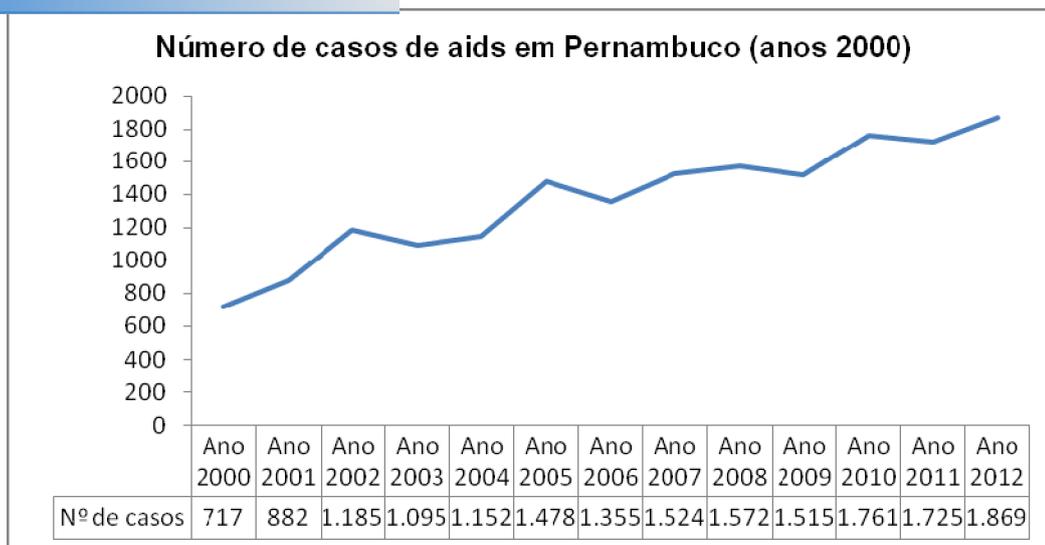
		2005
10	Centro de Referência em DST/HIV/aids (SAE Petrolina)	2005
11	Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (SAE Cisam)	2005
12	Hospital Barrão de Lucena	2005
13	Serviço de Assistência Especializada (SAE Salgueiro)	2005
14	Espaço Provida (SAE Garanhuns)	2009
15	SAE Camaragibe	2010
16	SAE Arcoverde	2010
17	SAE Cabo de Santo Agostinho	2011
18	SAE Paulista	2011
19	SAE Limoeiro	2011
20	SAE Afogados da Ingazeira	2011
21	SAE Serra Talhada	2011
22	Hospital de Área do Recife (SAE Exército)	2012
23	Espaço Novo Horizonte (SAE Goiana)	2013
24	SAE Palmares	2014

Elaboração própria a partir de dados fornecidos pela Coordenação Estadual de DST, Aids e Hepatites Virais.

Observa-se que, em 19 anos (1986-2005) de enfrentamento da aids em Pernambuco, a única disponibilidade de serviços para a realização de tratamento situava-se na capital, vinculado aos hospitais. Foi somente em 2000, com o SAE de Recife, que, pela primeira vez, surgia um serviço situado na atenção básica, e, apenas em 2005, os serviços começaram a se interiorizarem.

A expansão de serviços nos anos 2000 foi necessária, pois foi nesse período que ocorreu uma maior disseminação da aids. Ao contrário da média nacional, que tende à estabilização, em Pernambuco, ocorre aumento do número de casos, e, a cada ano, esse número vem crescendo, conforme indica o Gráfico 2, que apresenta a evolução da epidemia no estado nos últimos 13 anos.

Gráfico 2



Elaboração própria, baseada em dados do Datasus (2013).

Dos anos 1980 até 1999, o estado possuía 4.470 casos de aids notificados; de 2000 até 2004, foram 5.031 casos; mesmo com o indicativo de crescimento nos primeiros anos, só após se passarem cinco anos da década de 2000, é que houve a criação de novos serviços. De 2005 a 2008, foram notificados 5.929 novos casos de aids e, somente em 2009 e 2010, foram criados três serviços e ocorreu uma expansão em 2011 com a criação de cinco serviços. O que significa certa lentidão de respostas contra a dinâmica da disseminação da epidemia.

Dos nove SAEs implantados na capital Recife, cinco são da esfera estadual e estão situados dentro de hospitais, três são ligados à Secretaria Estadual de Saúde (Barão de Lucena, Correia Picanço e Otávio de Freitas) e dois estão ligados à Secretaria Estadual de Ciência e Tecnologia. SAE do Hospital Universitário Oswaldo Cruz e do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (Cisam), ambos da Universidade de Pernambuco. O Cisam está ligado à maternidade e é referência para as mulheres soropositivas gestantes.

Os dez SAEs do interior do estado estão localizados nos seguintes municípios: Goiana, Limoeiro, Palmares, Caruaru, Garanhuns, Arcoverde, Serra Talhada, Afogados da Ingazeira, Salgueiro e Petrolina.

É de fundamental importância a interiorização dos serviços, porém a concentração de casos de aids ocorre em Recife e Região Metropolitana, e o maior número de pessoas em tratamento situa-se na capital. Apesar do crescimento da

Recife, o último SAE implantado na capital foi em 2005. Tal situação culmina em serviços com capacidade esgotada, já que cresce a demanda e permanecem os mesmos serviços.

O Quadro 8 mostra a concentração de pacientes em tratamento com TARV em Recife. Um percentual de 80,7% de pessoas estão cadastradas nos serviços da capital, e são os SAEs mais antigos (HCP, Huoc, Imip e HC) que concentram o maior número de pacientes. O HCP é o serviço com o maior número de pacientes (6.186 pessoas) e responde por 35,6% dos das pessoas em TARV.

Quadro 8 - Distribuição de pessoas em TARV por serviços (Recife)

SAE	Em números	%
Hospital Correia Picanço (HCP)	6.186	35,6
Hospital Universitário Oswaldo Cruz (Huoc)	2.362	13,6
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)	2.080	12,0
Hospital das Clínicas (HC)	1.316	7,6
Policlínica Lessa de Andrade (municipal)	1.123	6,5
Hospital Otavio de Freitas (HGOF)	392	2,3
Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (SAE Cisam)	285	1,6
Hospital Barão de Lucena	271	1,5
Hospital de Área do Recife (SAE Exército)	15	0,1
Total de Recife	14.030	80,7

Elaboração própria a partir de dados do Siclom, fornecidos pela Coordenação Estadual de DST, Aids e Hepatites Virais. Acesso em: em 19 mar. 2014.

O maior número de notificações de casos de aids ocorre em Recife, porém a rede de saúde municipal da capital tem um único SAE e não possui serviço ambulatorial de referência para atendimento de gestantes e crianças. Isso indica que a esfera estadual vem assumindo o atendimento dos pacientes de aids. As gestantes geralmente são referenciadas para fazer acompanhamento no Imip ou Cisam.

Fica a indagação: como executar as diretrizes do Ministério da Saúde, que apontam para o tratamento de HIV/aids na atenção básica, se, em mais de 30 anos de aids, a rede municipal de Recife, que executa a atenção básica, possui apenas um SAE e um CTA?

O total de pessoas cadastradas no Siclom para uso de TARV é de 17.377. A rede de saúde estadual, com cinco Serviços de Atendimento Especializado em HIV/aids, possui 9.496 pessoas cadastradas, o que representa o percentual de

88,1% de pessoas estão vinculadas a serviços de Recife e Região Metropolitana.

Quadro 9 - Distribuição de pessoas em TARV na RMR, capital Recife e SAEs estaduais

	Em números	%
Total de pessoas em TARV no estado de Pernambuco	17.377	100,0
Pessoas em TARV em serviços de Recife e RMR	15.301	88,1
Pessoas em TARV em serviços em Recife	14.030	80,7
Pessoas em TARV em serviços estaduais em Recife	9.496	54,6

Elaboração própria a partir de dados do Siclom, fornecidos pela Coordenação Estadual de DST, Aids e Hepatites Virais. Acesso em: 19 mar. 2014.

Dos cinco serviços estaduais, destaca-se o HCP por possuir: setor de ambulatório exclusivo para pessoas vivendo com aids, com diferentes especialidades médicas; setor de internamento com leitos específicos para casos de aids (divide espaço de internação apenas com os casos de meningite em adultos e pediátricos, mas são setores separados); Hospital Dia; e o maior número de pacientes. A singularidade do HCP, somada ao fato de ser espaço do exercício profissional, contribuiu para maior acesso às informações e dados, observação das demandas e vivência dos pacientes no âmbito do SUS, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa desta tese.

### 3.3.1 - A singularidade do Hospital Correia Picanço

O Hospital Correia Picanço (HCP) é vinculado à Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco e é o hospital estadual de referência para o tratamento de HIV/aids em pessoas adultas. Situa-se no bairro da Tamarineira.

Nos anos 1970, o HCP denominava-se Hospital Gildo Neto e atendia casos de meningite meningocócica (epidemia que ocorreu no início da década de 1970). Além

o atendimento de casos de leptospirose, hepatite, cólera e sarampo, sendo referência para doenças infectocontagiosas.

Nos anos 1980, a partir de 1986, iniciou o atendimento de casos de aids. Esse atendimento partiu da iniciativa de alguns médicos, que começaram a atender pacientes de aids. Ainda não existiam oficialmente serviços para atendimento dos casos de aids e as ações eram paliativas e sobre doenças oportunistas, pois pouco se sabia sobre a doença e não existia tratamento. Nem todos os profissionais de saúde se disponibilizavam a atender pessoas com aids, devido ao medo e ao preconceito em relação à doença.

De acordo com profissionais que iniciaram o atendimento, os pacientes em fase terminal, geralmente, recebiam acompanhamento médico em casa, já que ainda não existiam serviços de referência e internar um doente de aids em hospital era extremamente difícil, devido ao medo da doença.

Do ponto de vista de resposta do nível estadual, a partir de 1986, dois serviços de saúde iniciaram o atendimento de pessoas com HIV/aids, o Hospital Correia Picanço e o Hospital Universitário Oswaldo Cruz. Em 1992, foi inaugurado o setor de internação com leitos específicos para casos de aids.

O HCP possui atualmente três serviços de referência pensados para o atendimento de pessoas vivendo com HIV/aids, como indicado na política de enfrentamento da aids em 1999. **O ambulatório (SAE)**, que tem o destaque de oferecer atendimento ambulatorial exclusivo; **O hospital**, setor de internação e triagem/plantão 24 horas, e o **Hospital-Dia**. O setor hospitalar<sup>9</sup> e o Hospital-Dia são de acesso a todos os pacientes, independente de realizar o tratamento ambulatorial no HCP. Já o ambulatório é de acesso apenas para as pessoas cadastradas para acompanhamento contínuo.

O setor ambulatorial é um espaço físico separado do setor de internação. É climatizado, possui 12 consultórios. A equipe multiprofissional é formada por médicos infectologistas (13) e de outras especialidades: neurologistas (2), psiquiatras (2), cardiologista (1) dermatologista (1), ginecologista (1), pneumologista (1), urologista (1), e odontólogos (2); além de enfermeiras (3), farmacêuticos (3), assistentes sociais (4), psicólogas (8) e nutricionista (1); 03 técnicos de enfermagem, 2 técnicos de farmácia e 4 recepcionistas.

---

<sup>9</sup>O setor hospitalar atende também casos de meningite (adultos e pediátricos).

possui 36 leitos para internamento, distribuídos em 14 enfermarias que comportam de 2 a 3 leitos. Quatro enfermarias e 10 leitos são de isolamento respiratório. Existem ainda 5 leitos de Unidade de Terapia Intensiva.

Pacientes que necessitam de procedimentos como hidratação, administração de medicamentos e hemoterapia sem a necessidade de internação são encaminhados pela triagem ao Hospital-Dia . espaço com 10 poltronas que funciona de 8 a 17 horas, de segunda a sexta-feira.

Os procedimentos do Hospital-Dia podem ser realizados em serviços de saúde da atenção básica, próximo ao local de residência do paciente, porém, se percebe através do cotidiano profissional e por relatos dos usuários, uma resistência de alguns serviços de saúde e profissionais de atender pacientes com aids e isso é uma realidade presente no cotidiano das pessoas que vivem com HIV/aids, sobretudo, os residentes no interior que precisam vir para Recife.

Os exames disponíveis no HCP, além dos laboratoriais, são: eletrocardiograma, endoscopia, ultrassom e raio X. Já exames de alta complexidade, como tomografia e ressonância, são referenciados para o setor privado e custeados pela Secretaria Estadual de Saúde (SES). Atualmente têm atendido à demanda dos pacientes que necessitam desses exames, segundo informações da gerência do ambulatório do HCP. Já exames como cintilografia e densitometria óssea são também disponibilizados pela SES através de limitado número de vagas.

A SES distribui as vagas através de cotas para cada serviço de saúde sob sua jurisdição. O HCP possui uma cota e agenda o exame para o paciente através da central de regulação da Secretaria de Saúde.

Ressalta-se que, apesar da maior disponibilidade de serviços para atendimento no âmbito da saúde curativa, ainda existem dificuldades como, por exemplo, faltam, às vezes, leitos para internação; agendas para atendimento com infectologista com muitas demandas, o que inviabiliza consultas em curto prazo para os pacientes de primeira vez e retorno dos pacientes em acompanhamento; falta de medicação para doenças oportunistas, que é enviada ao HCP pela SES/PE.

A demanda para cadastros de novos pacientes tem sido uma problemática do ambulatório, pois o número de profissionais não aumentou nos últimos anos, e existe uma relevante procura dos pacientes para realizar tratamento no HCP. O último concurso realizado pela Secretaria Estadual de Saúde para contratação de

iormente ocorreu uma seleção simplificada e, atualmente, para atender à demanda de pessoal, a SES/PE utiliza o plantão extra (profissional realiza atividades nos serviços de saúde, sem contrato de trabalho). O pagamento é por plantão executado. Esse profissional pode ser ou não do quadro de pessoal da SES. Nessa modalidade de trabalho, são contratados: médicos, pessoal de enfermagem, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros.

Com a realidade do crescimento da aids e a manutenção do mesmo quantitativo ou diminuição de pessoal, garantir atendimento em um curto espaço de tempo tem sido difícil. A primeira consulta com o médico infectologista tem uma espera em torno de dois a três meses e o espaço entre consultas dos pacientes já em tratamento segue o mesmo período ou mais. Visando minimizar essa situação, ocorre o atendimento com a enfermeira, que já adianta os exames de rotina, além do CD4 e carga viral.

Caso a pessoa já esteja sintomática, essa espera pela primeira consulta pode evoluir para uma internação e o agravamento de doenças oportunistas, pois, apesar da disponibilidade do atendimento de urgência, a falta de acompanhamento sistemático pode comprometer o tratamento, pois o atendimento de urgência é um paliativo, e existe a necessidade do acompanhamento ambulatorial.

Uma das estratégias utilizadas pelo HCP, devido à grande demanda de novos pacientes, é realizar o encaminhamento para o SAE mais próximo da residência do paciente, porém, para os residentes em Recife, esse encaminhamento não tem sido tarefa fácil, pois os serviços da capital estão com capacidade esgotada. A situação dos SAEs é um problema a ser pensado e resolvido no nível de gestão, pois, sem dúvida, envolve vontade política e investimento para resposta à aids em Pernambuco. No caso dos serviços do interior, algumas pessoas alegam que têm medo de ter a soropositividade descoberta e preferem realizar tratamento na capital ou em SAEs de outro município próximo.

Outra questão a ser enfrentada é o acompanhamento dos casos de abandono de tratamento ou uso irregular. Considerável número de pessoas abandona o tratamento ou faz uso irregular da medicação. Os dados do Siclom do HCP acessados em 26 de dezembro 2013 demonstraram que 655 pacientes não compareceram à farmácia para retirar a medicação nos últimos 180 dias (6 meses), 958 pacientes não comparecem em 90 dias e 951 não compareceram em 60 dias.

lar ou desistência do tratamento e não se sabem ou não se acompanham os motivos dessa falta à farmácia (desistência, dificuldade de chegar ao serviço, doença, internação em outro serviço, óbito).

Apesar dos desafios existentes, as pessoas cadastrados no ambulatório do HCP têm conseguido acesso aos serviços de saúde e garantido suas principais necessidades no âmbito curativo. A oferta de especialistas e exames exclusivos para as pessoas com HIV e aids contribuem para garantir o diagnóstico e o tratamento de doenças e controle da infecção pelo HIV.

Mas essa disponibilidade de serviços não é a realidade de boa parte dos SAEs do país e, em particular, de Pernambuco. Os SAEs possuem diferentes características. Os municipais, geralmente, funcionam com uma equipe composta por assistente social, psicólogo(a), infectologista, enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem. Profissionais como farmacêutico(a), nutricionista e ginecologista, podem ser identificados nas equipes, mas com menor frequência. Nos SAEs, são realizados exames de rotina, dispensação de medicação e entrega de preservativos.

Os serviços ofertados pelos SAEs dos municípios são básicos. Caso ocorra necessidade de atendimento com especialistas ou exames de média e alta complexidade, os usuários são encaminhados para a rede de saúde, o que se constitui uma verdadeira batalha, pois a demanda pelos serviços de saúde é maior que os serviços disponibilizados e pode demorar meses para o acesso.

Pesquisa realizada pelo Departamento Nacional de DTS, Aids e Hepatites Virais (BRASIL, 2011) . pesquisa Qualiaids 2011 . , que consiste em uma avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que atendem adultos vivendo com HIV/aids em todo país, aponta a dificuldade do acesso aos especialistas e exames.

De acordo com o documento, 54,5% dos SAEs registram um tempo de espera para atendimento com proctologista de 45 dias ou prazo imprevisível, 44% têm esse tempo de espera para atendimento com neurologista, 42,5%, para cirurgia geral, 37,3%, para psiquiatra e 36,6%, para oftalmologista. Menos de 30% dos serviços conseguem garantir atendimento para especialistas acima citados, em um prazo de até 15 dias. Já na especialidade de ginecologia e odontologia, se consegue atendimento no prazo de até 15 dias. Respectivamente 70,1% dos SAEs afirmaram conseguir garantir atendimento com ginecologista e 61,2% garantem odontologia.

a, dificuldades para a realização de exames de alta complexidade; entre a solicitação e o resultado desses exames o tempo de espera é demorado. Para os exames de broncoscopia, 55,8% dos SAEs responderam que o tempo de espera é de 45 dias ou imprevisível; 41,4% apontaram essa dificuldade para o exame de tomografia e 34,3% para anátomo-patológico. Apenas radiografia simples é possível no prazo de até 15 dias em mais de 75% dos SAEs.

Quanto a outros serviços de referência em HIV/aids, como Hospital Dia e assistência domiciliar terapêutica, existem também dificuldades, mais de 50% dos SAEs não têm disponibilidade desses serviços na rede e 14,1% afirmaram que não têm disponibilidade de internações em sua rede de saúde (BRASIL, 2011).

Em caso de pacientes sintomáticos que precisam ter mais acesso aos serviços de saúde e serviços de reabilitação, como, por exemplo, fisioterapia motora e respiratória e fonoaudiologia, acompanhamento com especialidades como neurologia, psiquiatria, proctologia e cardiologista, surgem os problemas, pois os SAEs, em geral, não dispõem desses serviços, e é preciso contar com a rede de saúde estadual ou municipal.

As dificuldades de acesso podem ser amenizadas, mas não resolvidas, quando o SAE funciona dentro de um hospital, que possui especialista e exames de média e alta complexidade. Porém a pesquisa Qualiaids (BRASIL, 2011) mostrou que 81% dos SAEs estão municipalizados; conseqüentemente, funcionam em locais independentes ou em policlínicas. Apenas 8,8% dos SAEs estão sob a gestão estadual. A pesquisa não apontou a distribuição de pacientes em tratamento por serviços. No caso de Pernambuco, por exemplo, são apenas cinco SAEs estaduais, mas que atendem 54,6% dos casos em TARV.

A falta de acesso aos médicos especializados e exames de média e alta complexidade é um relevante obstáculo no enfrentamento da aids, como apontaram também os pacientes de aids participantes de uma pesquisa realizada em Recife.

Na referida pesquisa, denominada *Acesso aos serviços de saúde de referência para HIV/aids no Brasil, África do Sul e Moçambique* realizado no período de 2010-2012+ (VIEIRA et al. 2013a), foi ressaltado pelos pacientes que participaram dos grupos focais em Recife (realizados no Hospital Correia Picanço, Hospital Universitário Oswaldo Cruz e no Imip), que existe dificuldade de acesso como

sultas, exames e medicação para as doenças oportunistas e às vezes não conseguem.

Os pacientes participantes dos grupos focais do HCP não relataram dificuldade de acesso aos exames e especialistas, mas sugeriram ter mais especialistas. A maior reclamação foi com a demora dos resultados dos exames de CD4 e carga viral. Nesse caso, os exames são colhidos no HCP, mas encaminhados para o Laboratório Central, que faz as análises e devolve os resultados (cerca de 30 dias). Outra observação foi com relação à falta das medicações para doenças oportunistas e medicação controlada, além da dificuldade de conseguir essas medicações na rede municipal<sup>10</sup>(VIEIRA et al. 2013).

Existe uma pactuação que define que o Ministério da Saúde deve fornecer os antirretrovirais e os estados e os municípios pactuam na Comissão Intergestora Bipartite o fornecimento das medicações para doenças oportunistas. No caso dos antirretrovirais, o desabastecimento tem ocorrido de forma pontual nos últimos anos. Porém as medicações para as doenças oportunistas faltam com frequência, revelando a necessidade de maior comprometimento da gestão estadual e municipal.

As pessoas com aids vivenciam as contradições no âmbito do SUS, pois, ao mesmo tempo em que têm acesso a um serviço de referência com especialistas, exames, equipe multiprofissional e o direito às medicações para o tratamento, enfrentam dificuldades de acesso, caso necessitem de outro especialista ou exames não disponíveis no serviço de referência. Além disso, começam a vivenciar a pressão do aumento da demanda, já que o crescimento de casos de aids sem a disponibilização de mais serviços tem provocado, como já apontado, maior tempo entre as consultas.

O atendimento integral ainda não é uma realidade no âmbito do SUS, os serviços estão organizados por nível de complexidade e a responsabilidade é dividida entre estados e municípios, que nem sempre conseguem responder às demandas. O acesso aos serviços de alta complexidade tem sido um problema crônico na saúde pública, tanto pela falta de ofertas de serviços, como pela falta de especialista na rede. Tal reflexão é decorrente das atividades profissionais cotidianas junto aos usuários que relatam suas experiências no âmbito do SUS.

---

<sup>10</sup>Receita de um serviço estadual, não é aceita nas farmácias dos postos de saúde da rede municipal e vice-versa.

ases que necessitam ser consideradas no momento de se estabelecer o enfrentamento à epidemia. Existem as fases assintomática e sintomática com o aparecimento de doenças oportunistas, ou seja, ocorrem situações em que os portadores necessitam apenas de acompanhamento ambulatorial e laboratorial para controle do vírus; em outras situações, existe a necessidade de acompanhamento sistemático além de reabilitação.

O Hospital Correia Picanço apresenta-se como uma singularidade, pois disponibiliza mais acesso aos serviços no âmbito da saúde, apesar de também vivenciar os tensionamentos do Sistema Único de Saúde, sobretudo, no que se relaciona aos recursos financeiros e humanos.

Já com relação às necessidades sociais, as demandas sociais trazidas pelos usuários que buscam o serviço social do ambulatório do HCP apontam para a falta de atendimento de necessidades vitais, como, por exemplo, alimentação, e uma dificuldade de resposta para a resolução dessas demandas sociais.

### **3.4. A dimensão social da aids: demandas sociais e principais respostas**

Para a discussão da dimensão social da aids, partimos das demandas sociais trazidas pelos usuários ao serviço social do HCP. Na equipe multiprofissional, o serviço social desempenha o papel de orientar, esclarecer e encaminhar os usuários quanto aos direitos sociais, serviços e benefícios existentes nas políticas setoriais. As demandas sociais, quando relatadas pelos usuários aos demais profissionais, são encaminhadas ao serviço social. Além disso, para o acesso aos serviços e benefícios das políticas setoriais, são solicitados aos usuários o encaminhamento ou parecer social da(o) assistente social da unidade de saúde em que realiza tratamento. O que significa dizer que as demandas sociais dos usuários, passam necessariamente pelo serviço social.

O quantitativo de atendimentos<sup>11</sup> realizados pelo Serviço Social do HCP entre os anos de 2006 a 2013 é apresentado no Quadro 10. Durante os oito anos, foram realizados 5.564 atendimentos<sup>12</sup>. Para fins da análise, os dados foram sistematizados por ano e demandas dos usuários. No levantamento das demandas,

<sup>11</sup>O quantitativo varia de acordo com os horários do Serviço Social no Ambulatório. Nem sempre funcionam os dois turnos, pois ocorre uma divisão de horário com as atividades do setor de internamento.

<sup>12</sup> Atendimentos. Não pessoas atendidas, pois a mesma pessoa pode ter procurado o serviço social em diferentes meses e anos.

um mesmo usuário apresentava mais de uma demanda, o que culmina no maior quantitativo de demandas em relação ao número de atendimentos.

Quadro 10 - Quantitativo de atendimento do Serviço Social no ambulatório do HCP  
Período: 2006-2013

	Ano								Total
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	
Total de atendimentos	443	866	1.231	1.146	1.238	1.015	848	881	5.564

Fonte: livro de registro de atendimentos ambulatorial do Serviço Social do HCP (2006-2013)

A consolidação de dados do livro de registro de atendimentos do Serviço Social do HCP, no período de 2006 a 2013, indica que 61,5% das demandas dos usuários se relacionam a necessidades sociais de subsistência. Em seguida, ocorreram demandas relacionadas à rede socioassistencial e à garantia de direitos com 24,3% e, em menor percentual, demandas do setor da saúde e rotinas institucionais com 14,2%.

Quadro 11 - Demandas ao Serviço Social do HCP  
Período: 2006-2013

	Nº	%
Necessidade sociais de subsistência	4.751	61,5
Demandas da rede socioassistencial e garantia de direitos	1.872	24,3
Demandas do setor da saúde e rotinas institucionais	1.092	14,2
Total	7.715	100,0

Fonte: livro de registro de atendimentos ambulatoriais do Serviço Social do HCP (2006-2013)

As demandas de subsistência são predominantemente relacionadas à garantia de transporte para a realização do tratamento, garantia de alimentação no cotidiano e até mesmo garantia de alimentação no dia da consulta<sup>13</sup>. Porém o fornecimento de refeição para pacientes de ambulatório não tem fonte de custeio, não sendo possível garantir refeições nos dias de consulta<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> As pessoas residentes no interior são deixadas pelo transporte do município pela manhã e somente retornam à tarde e algumas pessoas residentes em Recife e Região Metropolitana realizam exames e consultas pela manhã e à tarde; por esse motivo solicitam realizar refeição no HCP.

<sup>14</sup> O HCP fornecia refeição (lanche ou almoço) quando solicitados pelos usuários, mas, com o aumento da demanda, tornou-se inviável esse fornecimento, por não existir fonte de custeio para refeição de pessoas em atendimento ambulatorial.

nos municípios do interior, cuja distância do local de tratamento seja de 50km ou mais, existe o direito ao benefício do Tratamento Fora do Domicílio (TFD), que consiste na garantia do transporte e ajuda de custo para alimentação e pernoite (caso haja necessidade) para os pacientes e acompanhantes quando necessário. A responsabilidade da garantia do TFD é dos municípios de residência (PERNAMBUCO, 2011), porém, geralmente, os municípios garantem o transporte, e os usuários não recebem a ajuda de custo para alimentação, sendo necessário orientar os usuários quando ao direito ao TFD e encaminhá-los à secretaria de saúde do município de residência para acesso.

Em Recife, os distritos sanitários da rede de saúde municipal fornecem auxílio-transporte (vale-transporte) repassado aos usuários de acordo com o número de vezes que frequentam o serviço de saúde. Os municípios do Cabo de Santo Agostinho e Camaragibe também fornecem apoio para transporte nesses dois municípios, o fornecimento ocorre através das Secretarias de Assistência Social.

Quando não conseguem garantir apoio para transporte, os usuários têm a responsabilidade de custeá-lo e, quando não conseguem, faltam a consultas e exames ou abandonam o tratamento (conforme observado no cotidiano profissional).

A demanda por cesta básica ainda existe, mas, no decorrer dos anos, essa demanda foi diminuindo (Quadro 12), isso porque boa parte dos municípios não possui programas de repasse de cesta básica, conseqüentemente os usuários já cientes do não fornecimento não solicitam encaminhamentos. O município de Recife, por exemplo, até 2009, fornecia cesta básica para pacientes em situação de pobreza e com doenças como HIV/aids, hanseníase e câncer. O Instituto de Assistência Social e Cidadania (Iasc), ligado à Secretaria de Assistência Social do Município, era a instituição responsável pelo recebimento dos encaminhamentos e fornecimento da cesta básica, porém, em 2009, ocorreu uma reestruturação e os usuários passaram a ser atendidos pelo Centro de Referência de Assistência Social (Cras) mais próximo de sua residência. Após essa mudança, os usuários relataram que receberam as cestas básicas por alguns meses e, depois, cessou o fornecimento. O HCP também fornecia cesta básica (pessoas ou instituições realizavam doações de cestas básicas para ser entregues aos pacientes), mas

---

viabilizando o repasse de cesta básica. Os usuários cientes dessa informação tendem a não solicitar essa demanda.

Quadro 12-Necessidades sociais de subsistência

Demandas	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
<b>Transporte</b> <sup>15</sup> (solicitação de vale-transporte, declaração para receber vale-transporte fornecida pelo município de residência)	92	331	576	499	384	408	403	372	3065
<b>Solicitação de cesta básica</b> (recebimento no HCP e encaminhamento para recebimento no município de residência)	53	104	162	112	52	17	20	10	530
Solicitação de refeição	15	07	82	160	180	24	07	04	479
Encaminhamento para Tratamento Fora do Domicílio (TFD)	13	33	25	27	109	82	41	14	344
Solicitação de informações sobre carteira de livre acesso nos ônibus (para transporte coletivo na RMR)	20	40	50	20	48	35	28	29	270
Passage Livre (para transporte coletivo interestadual)	02	02	04	02	11	24	02	16	63

Fonte: livro de registro de atendimentos ambulatoriais do Serviço Social do HCP (2006-2013)

Observa-se, ainda, no Quadro 12, que existe uma demanda por orientações sobre carteira de livre acesso nos ônibus, pois existe, no senso comum, a ideia de que os portadores de aids têm direito à carteira de livre acesso. Porém, de acordo com a Lei estadual Nº 11.897 de 18 de dezembro de 2000 (PERNAMBUCO, 2000), em seu artigo primeiro, somente é assegurado direito à gratuidade em transportes coletivos da Região Metropolitana aos portadores de deficiência física<sup>16</sup>, mental<sup>17</sup> ou sensorial<sup>18</sup>. Portanto as pessoas somente têm acesso à carteira de livre acesso caso tenham alguma deficiência física, mental ou sensorial. Somente sorologia HIV não garante gratuidade nos transportes.

<sup>15</sup> Até 2009, o HCP fornecia vale-transporte para os usuários que solicitavam. Posteriormente os usuários passaram a serem encaminhados para receber apoio nos distritos ou municípios de residência.

<sup>16</sup> Deficiente físico é a pessoa portadora de: amputação total ou parcial, de membro inferior, que prejudique a deambulação ativa; amputação total ou parcial, de membro superior, que prejudique a preensão ou a sustentação da pessoa; atrofia ou deformidade total ou parcial, de membro inferior, que prejudique a deambulação ativa; atrofia ou deformidade total ou parcial, de membro superior, que prejudique a preensão ou a sustentação da pessoa; e paraplegia, ou hemiplegia ou tetraplegia, artrose severa, doença do sistema nervoso central ou periférico, que prejudiquem a capacidade de deambulação ativa, a preensão ou a sustentação da pessoa (Lei estadual Nº 11.897/00).

<sup>17</sup> Pessoa portadora de deficiência sensorial, a saber: deficiente visual: a pessoa cuja capacidade visual corrigida no olho de melhor acuidade, por meio de tratamento, uso de lente ou de outro recurso, seja igual ou inferior a 10% (dez por cento), ou que tenha o campo visual tubular restrito a, no máximo, 20 (vinte) graus; e deficiente auditivo: a pessoa cuja acuidade auditiva somente se verifica a partir de 41 (quarenta e um) decibéis, até a surdez profunda (Lei estadual Nº 11.897/00).

<sup>18</sup> Pessoa portadora de deficiência mental, assim entendida a portadora de déficit cognitivo congênito ou adquirido (Lei estadual Nº 11.897/00).

essoas com doenças crônicas, entre elas, a aids, ainda não se concretizou em Pernambuco. Essa garantia é de fundamental importância, pois permitiria às pessoas chegar aos serviços de saúde para realização do seu tratamento. Alguns estados, como Alagoas, por exemplo, possuem uma lei municipal que estende a garantia de gratuidade nos transportes urbanos aos portadores de doenças graves (entre outros, aids, tuberculose ativa, hanseníase, cardiopatia grave, enfermidade renal crônica), desde que os impossibilitem para a vida independente. Para ter acesso, é necessário possuir renda familiar igual ou inferior a quatro salários mínimos. (Lei 4.635/1997, MACEIÓ, 2000).

Já no estado do Rio de Janeiro, desde 2005, uma lei estadual (RIO DE JANEIRO, 2005) instituiu o vale-social, que garante acesso a transporte para alunos do ensino fundamental e médio da rede pública estadual de ensino, para as pessoas portadoras de deficiência e **portadoras de doença crônica** de natureza física ou mental que exijam tratamento continuado e cuja interrupção no tratamento possa acarretar risco de vida (RIO DE JANEIRO, 2005, art. 1º).

O doente crônico tem a necessidade de frequentar as unidades de saúde e nem sempre consegue recursos para garantir o transporte, como demonstrou a demanda por garantia de transporte no levantamento realizado no livro de registro de atendimento do serviço social (Quadro 12). Em Recife, por exemplo, existem 94 bairros e existem 9 SAEs, o que significa que os pacientes têm necessidade de deslocamento utilizando o transporte público. A disponibilização do vale-transporte pela rede de saúde de Recife existe, mas não legalmente instituído e possui limites no número de vagas.

As necessidades sociais de subsistência, conforme identificado no levantamento de dados realizado, consistem em transporte e alimentação, o que é indicativo de falta de acesso à renda que permita garantir essas necessidades, como não conseguem garantir ou custear, buscam ter garantidos pela via de programas sociais, mas essa garantia nem sempre é possível, pois depende de cada município dispor ou não de serviços que respondam às referidas demandas (observações e experiência da prática profissional revelam isso).

Ter alimentação é um direito fundamental, e a busca por cesta básica é indicativo de que esse direito, assim como outros direitos referentes ao trabalho, à renda e à proteção social, vem sendo violado. Revela também que existem

as) que ainda não têm sido atendidas. A forma fenomênica de um simples pedido de uma cesta básica revela, na sua essência, as expressões da questão social materializadas pela falta de acesso aos direitos sociais, decorrentes das desigualdades sociais que produzem a pauperização de parte da população. A dificuldade de acesso ao trabalho, por exemplo, desencadeia a privação de outras necessidades, como renda, alimentação, habitação e lazer.

Arelada às demandas de necessidades de subsistência ,captaram-se, no livro de atendimento do serviço social, as demandas por orientações sobre o Benefício da Prestação Continuada e sobre os direitos previdenciários, orientações sobre os serviços e benefícios da rede socioassistencial, bem como encaminhamentos para essa rede, encaminhamentos para as Organizações Não Governamentais (geralmente para assessoria jurídica) e, por fim e em menor número, as demandas por orientações trabalhistas sobre o saque do PIS/Pasep e FGTS e isenção de imposto de renda.

Quadro 13- Demandas da rede socioassistencial e garantia de direitos

Demandas	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Orientação INSS e BPC	107	123	139	97	129	137	96	83	911
Orientação e encaminhamentos para serviços da assistência social (Cras, Creas, Secretaria de Assistência Social)	46	115	117	99	110	107	57	60	711
Encaminhamento para ONG	10	20	48	16	15	19	14	29	171
Orientações trabalhistas, FGTS, PIS, Imposto de renda.	14	7	9	4	12	17	7	9	79

Fonte: livro de registro de atendimentos ambulatoriais do Serviço Social do HCP (2006-2013)

O Benefício da Prestação Continuada (BPC) é a garantia de um salário mínimo para pessoas idosas (65 anos ou mais) e portadores de deficiência. Foi previsto na Constituição de 1988 (BRASIL, 2010) e está disposto na Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742/93).

Parater acesso ao BPC, o portador de deficiência precisa atender a dois critérios de inclusão: ter renda *per capita* familiar inferior a 1/4 do salário mínimo, e comprovar impedimentos de longo prazo de naturezas física, mental, intelectual ou sensorial. Os impedimentos de longo prazo são definidos pela Lei 12.435/11 como aqueles que incapacitam a pessoa com deficiência para a vida independente, e para o trabalho pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos+(BRASIL, 2011).

aids, pela alta letalidade da doença e avanço de doenças oportunistas, as pessoas com renda *per capita* familiar inferior a 1/4 do salário mínimo, ao solicitar o benefício, tinha seus processos geralmente deferidos. Mas, com as descobertas para tratamento e a evolução para a cronicidade da doença, o acesso ficou mais difícil. Somente pessoas em estágios avançados da doença conseguem BPC atualmente e, em algumas situações, conseguem quando recorrem à Justiça, pois aids não é considerada deficiência e, somente em situações de impedimentos de longa permanência, existe a possibilidade de acesso ao benefício.

A trajetória de inclusão dos doentes de aids no BPC é um exemplo da ênfase de acesso aos direitos pela via da focalização. Quando o risco de morte era alto, os pacientes conseguiam o BPC, mas, com a cronicidade da doença, nem todos se enquadram atualmente nos critérios de incapacidade de longa permanência, conseqüentemente, não têm acesso ao benefício.

No caso da aids, o destaque no âmbito da assistência social é o Benefício da Prestação Continuada. A procura por orientações de como acessar o BPC, somada a orientações sobre direitos previdenciários, se constitui a principal demanda ligada à rede socioassistencial. Na visão do senso comum, o portador de HIV/aids tem direito a uma aposentadoria, por isso, a tendência de se procurar informações de como fazer para se aposentar, incluído aí o BPC, que é entendido por parte das pessoas como aposentadoria.

A procura por orientações e encaminhamentos à rede socioassistencial, bem como orientações trabalhistas, também foram identificadas na pesquisa Qualiaids 2011 (BRASIL, 2011). Os resultados da pesquisa apontam que, em mais de 60% dos SAEs, os usuários procuram o serviço social para receber orientação sobre questões trabalhistas, direitos civis e previdenciários e solicitar encaminhamentos para benefícios socioassistenciais.

Essa procura pelos benefícios da rede socioassistencial revela a necessidade de proteção social, porém a garantia de atendimento das demandas depende da disponibilidade de serviços pelos municípios, uma vez que os serviços da rede socioassistencial são municipalizados.

A rede socioassistencial:

é um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação dentre todas estas unidades de provisão de proteção social sob a hierarquia de básica e especial e ainda por níveis de complexidade. (BRASIL, 2005, p. 20).

Para organizar as ações e os serviços, a rede socioassistencial é hierarquizada em proteção social básica e proteção social especial. A proteção social básica é destinada:

à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos-relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras). (BRASIL, 2004, p. 19).

O público-alvo da proteção social básica é amplo, pois a situação de pobreza, apesar de ter sido reduzida no Brasil nos últimos anos, ainda é alta, sobretudo, no Nordeste. Dados do Ipea (2010) apontam, por exemplo, que 50,1% da população de Pernambuco vive em situação de pobreza absoluta, ou seja, tem renda *per capita* familiar abaixo de meio salário mínimo. Já praticamente 1/4 da população pernambucana (24,7%) vive em situação de extrema pobreza (renda *per capita* familiar abaixo de 1/4 do salário mínimo).

A proteção social especial é destinada a:

famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, dentre outras. (BRASIL, 2004, p. 22).

No caso da proteção especial, são referenciadas situações sociais vinculadas à violência e à perda do amparo e convívio familiar. Nesses casos, busca-se o amparo legal para a proteção das vítimas de violência e responsabilização dos agressores. Para isso, são realizadas articulações com Ministério Público, Defensoria Pública, delegacias e instituições de defesa de direitos. Outras atividades realizadas pela proteção especial são ações educativas, acompanhamento dos

casas e abrigo para pessoas em situação de rua e/ou sem possibilidade de retorno ao lar.

O equipamento social da proteção básica é o Centro de Referência da Assistência Social (Cras), que representa a porta de entrada à rede socioassistencial. Já na proteção especial, o equipamento é Centro de Referência Especial da Assistência Social (Creas). Esses equipamentos são espaços compostos por uma equipe técnica formada geralmente por assistentes sociais, psicólogos(as), sociólogo(os) e outros profissionais das ciências humanas e sociais. Nesses espaços, são realizados atendimento a indivíduos e famílias, grupos com famílias, idosos e adolescentes, acompanhamento dos casos sociais.

De acordo com a Política de Assistência Social, os serviços de proteção básica e especial devem garantir as seguintes seguranças (BRASIL, 2004, p. 24):

- **Segurança de Sobrevivência:** através de benefícios continuados e eventuais que assegurem: proteção social básica a idosos e pessoas com deficiência sem fonte de renda e sustento; pessoas e famílias vítimas de calamidades e emergências; situações de forte fragilidade pessoal e familiar, em especial, relacionadas às mulheres chefes de família e seus filhos;
- **Segurança de Convívio:** através de ações, cuidados e serviços que restabeleçam vínculos pessoais, familiares, de vizinhança, de segmento social, mediante a oferta de experiências socioeducativas, lúdicas, socioculturais, desenvolvidas em rede de núcleos socioeducativos e de convivência para os diversos ciclos de vida, suas características e necessidades;
- **Segurança de Acolhida:** através de ações, cuidados, serviços e projetos operados em rede com unidade de porta de entrada destinada a proteger e recuperar as situações de abandono e isolamento de crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos, restaurando sua autonomia, capacidade de convívio e protagonismo, mediante a oferta de condições materiais de abrigo, repouso, alimentação, higienização, vestuário e aquisições pessoais desenvolvidas através de acesso a trabalho socioeducativo.

Os serviços relativos à segurança de sobrevivência e o de acolhida são os mais procurados pelos pacientes do Hospital Correia Picanço que buscam

à renda culmina na necessidade de o usuário ser inserido em programas que forneçam algum tipo de renda.

A segurança de acolhida torna-se necessária quando os pacientes são moradores de rua ou não têm referência familiar, nem moradia. Em alguns casos, as pessoas residem sozinhas e recebem ajuda de vizinhos, mas ocorrem situações nas quais a única alternativa é o abrigo em casas de acolhida. Recentemente foram criados na rede socioassistencial os centros de atendimento para população de rua (Centro POP), cujo público-alvo são pessoas em situação de rua.

A situação de pobreza de parte das pessoas vivendo com aids também foi revelada pelo levantamento de dados realizado em 232 fichas sociais de pacientes que tiveram internamentos no HCP nos anos de 2010 e 2011. Nesse levantamento, identificou-se que 68,1% dos pacientes não exerciam atividades laborativas, 57,3% não estavam inseridos em benefícios assistenciais, 47,4% eram provedores da família e 30,2% dependiam da família. A escolaridade para 50,4% era o fundamental incompleto e para 13,8% o fundamental completo; 9,1% eram analfabetos. Quanto ao município de residência das pessoas internadas, os três principais municípios foram: Recife com 31,8%, Jaboatão dos Guararapes com 16,9% e Olinda com 9,3%.

Tabela 1- Resumo do perfil dos pacientes internados no HCP (2010-2011)

	%
Sem atividades laborativas	68,1
Sem acesso a benefícios socioassistencias	57,3
Provedor da família	47,4
Dependente da família	30,2
Escolaridade fundamental incompleta	50,4
Escolaridade fundamental completa	13,8
Analfabeto	9,1
Residentes em Recife	31,8
Residentes em Jaboatão dos Guararapes	16,9
Residentes em Olinda	9,3

Fonte: fichas sociais do Serviço Social do HCP (2010-2011)

relam que parte dos pacientes vivenciava negação dos direitos sociais, metade não tinha garantido acesso ou continuidade à educação, pois sequer conseguiu concluir o ensino fundamental. A maioria não possuía acesso ao trabalho, logo vivenciava dificuldade de possuir renda e garantir suas necessidades pela via do trabalho.

Em situação de pobreza ou extrema pobreza e com diagnóstico para HIV já em estágio sintomático, conseqüentemente com uma ou mais doenças oportunistas. É assim que parte dos pacientes vivencia seu cotidiano e, para ter superada, o momento de adoecimento, tem a necessidade da garantia do tratamento da medicina curativa e apoio da equipe multiprofissional atrelados ao atendimento e ao tratamento, necessitando ainda ter garantido o atendimento de outras necessidades sociais.

Diante da desproteção social, as pessoas vivendo com aids são encaminhadas aos benefícios da rede socioassistencial, cujos benefícios previstos para serem repassados aos usuários da assistência social são (BRASIL, 1996, p. 21):

- **Benefício da Prestação Continuada(BPC).** que consiste no benefício da proteção básica, cujo repasse é efetuado diretamente aos usuários, após avaliação no INSS;
- **Benefícios eventuais.** pagamento de auxílio por natalidade ou morte, ou ainda outros que visem atender às necessidades advindas de situações de vulnerabilidade temporária, com prioridade para a família, o idoso, a pessoa com deficiência, a gestante, a nutriz e nos casos de calamidade pública.

O pagamento dos benefícios eventuais se refere à entrega de enxovais (no caso de natalidade) e repasse à família de autorização para ser entregue a uma funerária para sepultamento (em caso de morte). O repasse desses benefícios é realizado pelo Cras ou Secretaria de Assistência Social. Outros benefícios, como cesta básica, vale-transporte, leite especial, fraldas descartáveis, vêm sendo incluídos como benefícios eventuais por alguns municípios.

- **Transferência de Renda:** repasse direto de recursos dos fundos de assistência social aos seus beneficiários como forma de acesso à renda,

de, à pobreza e outras formas de privação social. O destaque vai para o Programa Bolsa Família, que, em novembro de 2013, atendia 13.830.095 famílias.

O valor monetário básico do Programa Bolsa Família, de acordo com o Ministério de Desenvolvimento e Combate a Fome (MDS), é de R\$70. Mas existem valores variáveis que estão relacionados às famílias que possuam entre os seus integrantes gestantes, crianças e adolescentes. A cada um desses públicos o valor é de: R\$ 32 para famílias com crianças de até 6 meses de idade ou com crianças e adolescentes de 0 a 15 anos e para gestantes; R\$ 38 para adolescentes entre 16 e 17 anos. No caso dos benefícios variáveis, cada família somente pode incluir para recebimento do valor monetário até cinco componentes da família.

Para inclusão no Programa Bolsa Família e acesso aos benefícios eventuais, os usuários são encaminhados para o Cras, equipamento da assistência social responsável em atender essas demandas dos usuários.

Apesar dos serviços e benefícios previstos na normativa legal, o acesso à rede socioassistencial não é fácil e depende da disponibilidade de vagas para a inclusão dos usuários. Percebe-se que a oferta de serviços e benefícios, além de ser focalizada na extrema pobreza, oferece limitados recursos, que não garantem o atendimento das necessidades básicas em sua plenitude. Mas, apesar disso, é essa rede, mesmo com seus limites, que tem permitido algum tipo de proteção social para aqueles que conseguem inclusão e estão em situação de extrema pobreza.

Portanto, não existe uma garantia de que as pessoas com dificuldade de acesso aos programas sociais. Assim, fica sob sua responsabilidade e de sua família garantir o atendimento das necessidades básicas e, quando não conseguem, reivindicam na Justiça o acesso aos direitos sociais.

Em Pernambuco, a normativa legal da saúde e da assistência não oferta programas socioassistenciais específicos para os doentes crônicos. Quando há, são criados como programas de governos e, geralmente, considerados como benefícios eventuais, ou seja, devem ser entregues emergencialmente por alguns meses.

O BPC é o benefício mais requerido pelos pacientes, pois garante a renda de um salário mínimo e não tem limite de acesso, porém é preciso atender aos critérios estabelecidos (observação e experiência da prática profissional).

que se identifica a fragilidade dos programas socioassistencias, é a inserção nesses programas que vem garantindo minimamente a sobrevivência, não apenas material, mas também psicológica. O fato de se ter uma renda de um salário mínimo, como no caso do BPC, possibilita para parte dos pacientes a independência financeira. Deixar de depender da família e, às vezes, até contribuir ou garantir a renda familiar, permite uma melhor autoestima e a valorização pela família. São pessoas que não possuíam uma renda estável e, em decorrência da aids, têm possibilidade de acesso à renda.

Esse contexto de acesso aos benefícios socioassistencias revela uma realidade contraditória: os indivíduos sujeitos de direitos, que deveriam ter garantidos pelo Estado os direitos sociais, somente têm possibilidade de acesso a esses direitos, ainda que minimamente, em decorrência da extrema pobreza e de uma doença grave em estágio avançado.

A focalização da focalização, assim, define o acesso aos benefícios, já que tais pacientes já vivenciavam desproteção social no seu cotidiano. Mas, com o diagnóstico de aids, é possível conseguir proteção social, mas somente se possuir impedimentos de longa permanência. Como refletem os pacientes após os esclarecimentos sobre o BPC: *que dizer, doutora, que a gente só consegue esse benefício quando tá morrendo?* +E recebem a resposta: "é por aí."

Os avanços para o tratamento da medicina curativa demonstram que é possível o controle da infecção do HIV, mas, somada a isso, surge uma problemática que envolve a dimensão social (aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais), que não pode ser deixada para segundo plano. Na história natural da doença, a aids é evitável e, quando ocorre a infecção, é possível o controle, porém privilegiam-se ações da medicina curativa em detrimento da dimensão social.

Chama a atenção, na singularidade do HCP, que as demandas de acesso ao setor da saúde estão minimizadas e são relacionadas muito mais à rotina do ambulatório (solicitação de declaração de comparecimento, ligação telefônica para transporte do município de residência, solicitação de cópia do prontuário de exames, solicitação de laudo médico) e a dúvidas e esclarecimentos sobre a HIV/aids, tratamento, medicação, e marcação de consulta. Isso demonstra que, do ponto de vista do âmbito curativo, os pacientes do HCP têm conseguido acesso aos serviços do setor saúde. Apesar de dificuldades, como, por exemplo, demora na consulta e a

os oportunistas em alguns períodos, em geral, existe o acesso, porém, para além do HCP, os pacientes têm dificuldades, pois ocorrem problemas de atendimento nas unidades de saúde próximas ao local de residência ou existe o medo de que se descubra a sorologia para HIV.

Quadro 14 - Demandas do setor saúde e rotinas

Demandas	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Total
Demandas da saúde (informações sobre consultas, exames, internação, esclarecimentos sobre HIV/aids, medicação, tratamento)	36	32	48	32	63	58	39	24	332
Declaração de comparecimento	19	15	41	42	83	35	25	18	278
Demandas encaminhadas para outros profissionais ou setores do HCP	10	27	41	27	39	43	14	17	218
Ligação telefônica para transporte do município	6	18	18	16	29	25	20	7	139
Solicitação de documentação (cópia de prontuário, de exames)	14	13	14	9	31	12	7	25	125

Fonte: livro de registro de atendimentos ambulatoriais do Serviço Social do HCP (2006-2013)

Cotidianamente nos deparamos com pessoas sem nenhuma condição de sozinhas enfrentarem a aids. Fragilidades familiares, socioeconômicas, dificuldades de acesso à rede socioassistencial, ou seja, à proteção social são entraves que transformam a prática profissional em uma verdadeira batalha diária na busca de garantir o acesso aos direitos. É também uma luta para as pessoas garantirem suas sobrevivências, conseqüentemente para a efetivação do tratamento.

Ressalta-se que a aids, quando tratada, não incapacita. É possível, com a doença controlada, reconstruir a história de vida, retornar ao trabalho, planejar o futuro. Porém, para parcela dos pacientes, existe a necessidade de proteção social pela via do Estado, pois já estava inserida em uma vida de privações que inviabilizava ou dificultava o acesso aos direitos sociais.

Além dos problemas sociais, as pessoas precisam conviver com os efeitos colaterais internos . continuidade da medicação tende a elevar as taxas de colesterol, triglicérides, causar anemia, hepatite medicamentosa, entre outros, que pode culminar em problemas cardiológicos; e externos<sup>19</sup> como a lipodistrofia .

<sup>19</sup>Sobre os efeitos externos já existe no SUS o procedimento que busca corrigir esses efeitos, reconstruindo os efeitos na face e nádegas.

nassa na face, braços, pernas e nádegas e uma concentração no abdômen, causando certa deformidade, sobretudo, no rosto.

Tem-se claro que nem toda pessoa vivendo com HIV e aids tem uma condição social precária. Existem aqueles com estabilidade financeira, trabalho protegido, apoio familiar, acesso aos serviços de saúde e exames em serviços públicos e privados. Ainda assim, enfrentam dificuldades, pois parte esconde sua condição sorológica, tem dificuldade de justificar a saída no horário de expediente para ir às consultas, ou termina por faltar a consultas e exames, porque não pode sair no horário de trabalho. Reconstruir a história de vida é possível, mas se constitui em um grande desafio, já que a aids são se limita ao âmbito da medicina curativa e explicita uma dimensão social.

Não é novidade, nos estudos sobre aids, a relevância da dimensão social. A Política de Enfrentamento da Aids indicou essa preocupação. Porém, quando se analisa o que já foi realizado para o enfrentamento da epidemia, apreende-se que a problemática da dimensão social foi perdendo ênfase (ou força) e privilegiaram-se as ações da medicina curativa.

Mas a dimensão social apresenta, na práxis cotidiana, uma interface com a política de assistência social, porém os serviços e benefícios da assistência social têm uma demanda maior do que podem atender (demanda reprimida), o que significa que muitos que deles necessitam não são atendidos. As maiores ações de transferência de renda . o BPC e o Programa Bolsa Família . são da esfera federal. Os benefícios ofertados pelos municípios são geralmente os eventuais, que pouco garantem direitos sociais, o que indica que existe a necessidade de ações para a garantia de direitos amplos e não apenas paliativos.

As demandas dos usuários e a disponibilidade de serviços e benefícios que garantam o atendimento dessas demandas não estão institucionalizadas. Por exemplo, com o diagnóstico de aids, a pessoa tem o direito à TARV, uma lei foi criada e obriga o Estado a garantir o tratamento gratuitamente. Mas as pessoas destituídas do atendimento de necessidades sociais básicas não conseguem fazer uso da obrigatoriedade do Estado para garantir direitos que atendam essas necessidades. É preciso que os profissionais que trabalham junto aos pacientes e/ou os próprios pacientes busquem nas políticas intersetoriais a disponibilidade de

---

é garantido o acesso, pois vai depender se ainda existe disponibilidade, e, quando se tem acesso, nem sempre se consegue atender as necessidades sociais demandadas, uma vez que se ofertam serviços mínimos e eventuais.

Na falta de disponibilidade de serviços e benefícios que atendam às necessidades sociais básicas, fica na responsabilidade do paciente e de sua família buscar esse atendimento. Uma das estratégias utilizadas para acesso aos direitos é buscar pela via da Justiça, e a assessoria jurídica das Organizações Não Governamentais tem sido de fundamental importância na luta pelos direitos. Tal fato é relevante, porém individualiza a luta e para se ter acesso é preciso que cada paciente lute para conquistar. Além disso, os processos judiciais são morosos, e as respostas às necessidades sociais básicas devem ser imediatamente atendidas.

Cotidianamente as pessoas vivendo com aids vivenciam a fragmentação das políticas setoriais, a falta de diálogo entre essas políticas e a dificuldade da intersetorialidade. Vivenciam o que é ter acesso e não acesso aos direitos sociais, já que têm acesso aos serviços que possibilitam o tratamento e têm dificuldade de ter garantidas as necessidades sociais básicas. O que significa que a dimensão curativa e a dimensão social seguem sem uma interface institucionalizada. A interface que ocorre é construída pelas pessoas vivendo com aids, profissionais e as organizações da sociedade civil que lutam pelos direitos das pessoas vivendo com HIV e aids.

## **Considerações Finais**

O surgimento da aids esteve relacionado a um cenário de medo, estigma e discriminação. Uma doença desconhecida, sem existência de tratamento, com alta letalidade e equivocadamente vinculada a grupos específicos, como por exemplo: homossexuais, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. Essa vinculação da epidemia a grupos de risco gerou, por um lado, uma resposta equivocada, deixando a população em geral de fora das ações de prevenção, e, por outro, permitiu a organização da sociedade civil, sobretudo, dos grupos vitimados pelo preconceito.

ção científica sobre a doença, descobriu-se que, entre outras, a forma de se adquirir o HIV é através da relação sexual desprotegida. O que gera uma grande polêmica, porque discutir prevenção e tratamento exige dialogar sobre sexo, o que é um tabu nas sociedades, pois não se fala abertamente das temáticas que envolvem sexo e orientação sexual. Mas a evolução da doença entre heterossexuais e o crescimento entre as mulheres foi demonstrando que a epidemia não estava restrita a um grupo específico, o que redirecionou a discussão e o discurso sobre o enfrentamento da aids.

No Brasil, o momento de efervescência política a partir dos anos 1980 e a pressão dos movimentos sociais na luta por uma resposta governamental à aids contribuíram para a discussão do enfrentamento da epidemia dentro de uma perspectiva ampliada de saúde e que contemplasse as determinações sociais da saúde, porém essa perspectiva de saúde sofre tensionamentos do modelo biomédico, predominante nas ações no âmbito da saúde.

A trajetória de enfrentamento da aids no Brasil, assim como a política de saúde, é relacionada a tensionamentos entre modelos de saúde: um vinculado ao modelo biomédico ou curativo e outro a uma perspectiva de saúde ampliada que inclui as determinações sociais e interpreta saúde para além da ausência de doença. O modelo curativo tem prevalecido sobre a concepção ampliada de saúde, mas não se pode negar a luta para se garantir o atendimento integral da população e a implementação do SUS, que, apesar dos tensionamentos e dificuldades, representa um exemplo dessa luta.

Pelo princípio da integralidade do SUS, os indivíduos devem ter garantidas prevenção, promoção e recuperação da saúde. Mas, para a operacionalização dessa integralidade, é preciso enfrentar o modelo curativo que é vinculado aos interesses da classe capitalista na sua busca de transformar saúde em mercadoria.

Pensar saúde em seu conceito ampliado vincula-se aos interesses da classe trabalhadora e relaciona-se a garantir qualidade de vida e perceber o processo saúde-doença na sua totalidade, o que exige respostas articuladas que atendam as necessidades dos indivíduos e isso exige uma reforma social ampla.

A contribuição da reforma sanitária brasileira vislumbrou mudanças para além do setor da saúde e envolveu aspectos políticos, econômicos e sociais, como impresso na Constituição Federal de 1988. Porém a implementação dessas

nada, uma vez que se pensou o direito à saúde em uma perspectiva que contempla a dimensão social, o que exige ampliação de direitos. Mas, no momento da implementação, são as ideias do neoliberalismo, sobretudo, de cortes de gastos para o âmbito social, redução do papel do Estado, privatização e focalização que norteiam as políticas sociais, entre elas a política de saúde.

Sendo assim, o direito à saúde no Brasil é fundamentado em uma direção social, mas a implementação das ações é realizada dentro de uma perspectiva que restringe direitos e contempla interesses capitalistas, o que dificulta a materialização do direito legalmente instituído e faz recair sobre a população a responsabilidade de garantir suas necessidades sociais, pois, para ter suas necessidades garantidas pelo Estado, vai depender das condicionalidades que precisam ser atendidas para ter acessos aos programas sociais.

A política de saúde, entre todas as políticas sociais, ainda é a que não exige condicionalidades, pois todo cidadão tem o direito ao SUS, independente de condição social. Tal virtude da política de saúde é perceptível, apesar de ainda não garantir o pleno acesso aos serviços necessários à garantia de saúde, bem como o enfrentamento de doença, já que a demanda por serviços é maior que os serviços disponíveis, o que gera uma demanda reprimida e faz com que a população não consiga ter o atendimento garantido.

Já para se ter acesso à política de assistência social, por exemplo, é preciso necessitar dela, ou seja, é preciso ter os direitos sociais negados para a possibilidade de acesso e é necessário enfrentar também a grande demanda e ter o perfil para inclusão nos programas, geralmente vinculado à extrema pobreza.

A efetivação do SUS não é tarefa fácil, pois, a todo o momento, ocorrem investidas para se desconstruir o direito à saúde pública e gratuita. Tal fato ocorre, sobretudo, devido aos interesses antagônicos, como afirma Pereira (2008b) . existem diferentes interessados em torno da questão das políticas sociais, daí a existência de conflitos, conseqüentemente, correlação de forças, cujo enfrentamento tende a beneficiar mais quem tem mais força e influência(PEREIRA, 2008b, p. 27).

Mas, apesar dos tensionamentos e interesses antagônicos, o direito à saúde, impresso na Constituição de 1988, não pode ser destruído. É inevitável a tentativa

deixar de ter em mente que, entre os interesses em jogo, existem a necessidade de legitimação da sociedade política e a manutenção da hegemonia da classe dominante, além da luta da classe trabalhadora e subalterna.

Como afirma Laurell (2002, p. 164), existem consideráveis discrepâncias entre o discurso neoliberal e o conteúdo das políticas sociais dos governos nele inspirados, mas, afirma a autora, os governos puderam vencer a resistência quanto à retirada do Estado da economia. Porém, quando propõe abandonar a sua obrigação de garantir direitos sociais, transformam o tema numa controvérsia política com implicações eleitorais de primeira ordem. Por isso, na prática, não tem sido possível dismantelar as instituições sociais básicas.

Além das lutas para se garantir um sistema de saúde público e gratuito, é preciso se garantir a materialização da saúde, considerando as determinações sociais, ou seja, é imprescindível contemplar a dimensão social nas respostas às doenças e agravos da saúde, tendo em vista as características biopsicossociais dos indivíduos e sua organização em sociedade, ou seja, os indivíduos não se resumem a ser hospedeiros de doenças, mas são inseridos em um contexto social, que precisa ser considerado e respondido.

Buscar respostas que efetivamente contribuam para responder às demandas sociais de forma plena exige avançar em direção à essência dos problemas sociais e desvendar a dinâmica política, econômica e social de uma determinada sociedade e em um determinado momento histórico. Caso contrário, serão respostas paliativas que pouco contribuem para enfrentar desigualdades sociais, perpetuando o círculo de pobreza da maioria em detrimento da riqueza de poucos.

A configuração das políticas sociais (focalizadas ou universais, garantidoras de direitos sociais ou apenas de subsistência, executadas pela esfera pública ou privada) atende interesses capitalistas e/ou dos trabalhadores. São reflexos das mediações do âmbito das determinações econômicas, sociais, políticas e culturais. Determinações que devem ser compreendidas de forma articulada.

O estudo realizado para esta tese indica fragilidades em três questões fundamentais das relações sociais:

às relações entre a classe capitalista e a trabalhadora. Pelos pressupostos do modo de produção capitalista, o trabalhador vende sua força de trabalho, em troca de um salário para garantir sua sobrevivência. A partir do trabalho ocorre a possibilidade de acesso aos bens e serviços, conseqüentemente o atendimento de necessidades sociais. Esse pressuposto não se concretiza em sociedades capitalistas, uma vez que não existe pleno emprego e o salário não é suficiente para atender necessidades.

- b) A segunda questão se refere ao papel do Estado na garantia dos direitos sociais plenos. Na normativa legal e baseada no projeto societário da classe trabalhadora, é dever do Estado garantir direitos universais, independente da posição social que os indivíduos ocupam na sociedade, porém essa garantia universal não tem se concretizado, mas ocorre uma focalização das ações, e somente se garantem necessidades a partir dos direitos violados.

O pressuposto da garantia de direitos sociais amplos e universais e de responsabilidade do Estado segue ideias do socialismo e da social-democracia. Um dos pressupostos socialistas tem na superação do capitalismo a única forma de destruir as relações de exploração e possibilitar o atendimento de necessidades dos trabalhadores, além da socialização da riqueza socialmente produzida.

Já no ideário da social-democracia não se pretende destruir o capitalismo, mas conciliar exploração e acesso a direitos pela via do Estado. Nesse sentido, a social-democracia incorporou ao seu discurso ideias do socialismo, fato para o qual Marx e Engels (2003) já alertavam, chamando de socialismo conservador ou burguês. Para o autor, o socialismo conservador descarta a revolução para a tomada do poder pelos proletários e assume um discurso de reformas administrativas, deixando intocáveis as bases das relações de exploração inerentes ao modo de produção capitalista. Tais reformas, portanto, não afetam as relações entre o capital e o trabalho, mas, na melhor das hipóteses, diminuem os custos da burguesia, simplificando o trabalho administrativo do Estado+ (MARX; ENGELS, 2003, p. 53).

ista que são implementadas as reformas que possibilitam o acesso aos direitos sociais. Em alguns países de capitalismo avançado, foi possível a ampliação de direitos sociais em tempos de prosperidade capitalista, porém, em momentos de crise, esses direitos são tolhidos. E em países de capitalismo tardio, entre eles o Brasil, a garantia de direitos sociais amplos ainda é um processo em construção e quase utópico, sobretudo, na conjuntura atual de crises capitalistas e expansão do ideário neoliberal.

O impedimento da concretização de direitos sociais amplos e universais cedeu lugar para a garantia de direitos mínimos que beiram à desproteção, nos dizeres de Pereira (2007), e são focalizados nas piores mazelas sociais. E, mesmo com o direcionamento de ações focalizadas, nem todos os indivíduos têm acesso aos direitos, pois o acesso está condicionado a atender condicionalidades, como por exemplo, ter baixa ou nenhuma renda, ter sido vítima de violência, estar doente, entre outros, e depende também da disponibilidade de vagas nas políticas setoriais.

Sendo assim, chegamos à terceira questão que aponta para outra quebra de acordo. Mesmo na focalização, não se garantem direitos, pois nem todos os indivíduos pertencentes ao público-alvo dos programas sociais são efetivamente atendidos, pois a demanda por acesso é maior que a disponibilidade de serviços e benefícios.

Nesse sentido, os acordos societários de garantia de direitos sociais vêm sendo quebrados ao longo da história e, apesar do desenvolvimento e avanços tecnológicos e o acúmulo da riqueza socialmente produzida, parte expressiva da população vive sem o acesso a uma vida de qualidade.

Diante da quebra desses acordos societários, a classe trabalhadora e subalterna luta historicamente pela garantia dos direitos sociais. Como membro de uma sociedade que possui bens e serviços que possibilitam uma vida de qualidade, também quer e tem direito ao usufruto da riqueza produzida. É através das lutas que se busca garantir os direitos.

Na trajetória de lutas pelos direitos, avanços e retrocessos são identificados, pois não há dúvida de que ocorreram conquistas no âmbito político, econômico e social, porém, a todo o momento, essas conquistas são tensionadas pelo ideário da

direitos, ampliar lucros, disseminar que direitos vêm mediante o trabalho e que a compra de bem e serviços no mercado e o Estado devem restringir sua atuação social.

No caso brasileiro, materializar direitos sociais plenos em um contexto neoliberal não foi e não tem sido tarefa fácil. No entanto, não se podem anular direitos conquistados. Apesar da tentativa de desconstrução e limitação dos direitos sociais, as implantações do SUS e do Suas representam conquistas para a classe trabalhadora e subalterna, ainda que existam dificuldades de acesso aos Sistemas de Saúde e da Assistência Social.

Ter garantido o direito à saúde pública e gratuita é uma relevante conquista, mas, diante de uma concepção de saúde ampliada, falta o usufruto dos demais direitos para uma efetiva qualidade de vida.

Os documentos que norteiam a saúde e a assistência social não vislumbram a discussão da emergente necessidade de atendimento das necessidades básicas como condição para a sobrevivência dos doentes crônicos. É evidente que os direitos devem ser para todos e o Estado deve garantir direitos sociais, independentemente de saúde ou doença, porém essa não é a realidade das políticas públicas brasileiras.

A dimensão social da aids foi percebida pelos formuladores e colaboradores da construção de uma resposta à epidemia, mas identificou-se que essa dimensão não foi efetivamente enfrentada e, no decorrer dos anos, tem sido omitida, já que se identificou uma ênfase nas ações curativas sem uma articulação com a dimensão social. Essa ênfase na medicina curativa dificulta a implementação de ações intersetoriais, imprescindível no processo de saúde-doença.

O estudo revelou avanços e retrocessos na resposta à aids. Avanços por ser uma resposta construída com a efetiva participação da sociedade civil, vislumbrou a dimensão dos direitos sociais e humanos, previu uma percepção de saúde para além do binômio saúde-doença, com a perspectiva da discussão das determinações sociais da saúde e integralidade no atendimento dos indivíduos.

Retrocessos, porque, no âmbito da implementação, não se conseguiu avançar na perspectiva de saúde ampliada. É garantido o atendimento médico e medicamentoso, mas o acesso às políticas setoriais, que garantam atendimento das necessidades básicas, tem sido norteado pelo recorte de renda (extrema pobreza) e

avançado da doença, ou seja, o acesso aos direitos sociais ocorre, sobretudo, pela via do adoecimento.

A segurança de sobrevivência, nos dizeres da Política Nacional de Assistência Social 2004 (BRASIL, 2004), quando não acessada, deixa para os indivíduos e sua família a responsabilidade de garantir a sobrevivência, nem sempre possível pela via de atividades laborativas, e, como mostrado, também nem sempre garantida pelas políticas sociais, o que significa dizer que o dever de garantir atendimento de necessidades sociais permanece na esfera dos indivíduos.

No âmbito da dimensão social, em particular, direitos e necessidades sociais, as ações de enfrentamento da aids seguem sem uma institucionalização, ou seja, ocorrem de forma pontual e na dependência da vontade política de estados e municípios. Além disso, direitos e necessidades têm se vinculado prioritariamente à assistência social. Sendo assim, o acesso depende da existência e disponibilização de serviços e benefícios da rede socioassistencial.

Ao vincular direitos e necessidades à política de assistência social (que, de acordo com a normativa legal, é para quem dela necessitar), se pressupõe que a materialização dos direitos sociais pela via do Estado ocorre a partir da falta do atendimento de necessidades sociais, o que significa que os direitos sociais somente passam a ser garantidos pelo Estado mediante incapacidade dos indivíduos de garantir suas necessidades ou de ser garantidos pela sua família.

O perfil das pessoas com diagnóstico de aids tende à extrema pobreza, porém identificou-se que o fato de ser extremamente pobre não garante acesso aos programas, pois, quando chegam aos serviços de saúde, demandam inclusão em serviços e benefícios da assistência social. A partir do adoecimento, surge a possibilidade de acesso. A soma de ser extremamente pobre e estar profundamente doente aumenta a probabilidade de acesso aos benefícios, sobretudo, o Benefício da Prestação Continuada e revela uma realidade preocupante, já que se operacionaliza a focalização da focalização. Para quem não está profundamente doente como garantir acesso? Difícil, e fica no seu dever e de sua família a luta pela sobrevivência, nem sempre possível.

O estudo revelou ainda que as demandas do âmbito curativo foram absorvidas pelo Estado, que realiza ações que garantem o tratamento, mas, no âmbito dos direitos, e necessidades sociais as ações foram repassadas para a

is com aids e suas respectivas famílias. Ou seja, a dimensão social da aids segue sem uma efetiva ação do Estado, o que dificulta um enfrentamento na perspectiva integral e intersetorial.

A particularidade do enfrentamento da aids em Pernambuco revelou que, mesmo no âmbito curativo, existem problemas. Os casos de aids, ao mesmo tempo em que se interiorizam, concentram-se na capital e Região Metropolitana. Os SAEs vêm se interiorizando, mas, nos locais de crescimento de casos, permanece o mesmo quantitativo de serviços, o que provoca o esgotamento dos serviços e a criação de uma demanda reprimida.

Durante quase 20 anos, o atendimento às pessoas com diagnóstico de aids estava disponível somente na capital Recife e vinculado prioritariamente aos hospitais. Somente em 2005 e 2011, ocorreu expansão dos SAEs municipais ligados à atenção básica, ou seja, o enfrentamento da aids na atenção básica em Pernambuco é um acontecimento recente.

No SAE da atenção básica ou na média e alta complexidade, é imprescindível ocorrer o diálogo e articulação entre os níveis de complexidade da saúde, já que as fases da doença tanto podem ser assintomáticas como sintomáticas (o que vai exigir o acesso aos serviços e exames mais complexos).

Na singularidade do Hospital Correia Picanço, hospital que se vincula à alta complexidade, a resposta do setor saúde tem permitido o acesso à boa parte dos serviços necessários, ao tratamento (exames, consultas, acompanhamento psicológico, atendimento com equipe multiprofissional e medicação). O fato de ser de atendimento exclusivo oferece possibilidade de maior cobertura de acesso e contribui para um menor tensionamento nas demandas do setor de saúde. Existem dificuldades, mas é possível o acesso.

Já dentro de uma perspectiva ampliada de saúde, que contempla as necessidades sociais dos indivíduos, as demandas apresentadas pelos pacientes se relacionam prioritariamente às necessidades de subsistência, como apresentado na pesquisa realizada, e as respostas a essas demandas estão vinculadas à Política de Assistência Social. Porém essas respostas enfrentam entraves, uma vez que o acesso depende da disponibilidade de serviços, nem sempre existentes e revela as contradições das políticas sociais brasileiras.

relacionadas, em primeiro lugar, à assimetria entre o que foi legalmente instituído como proteção social . na legislação, se encontra, ao mesmo tempo, direito para todos (universalidade - a saúde) e direitos para quem necessitar (focalização - assistência social) . e, no âmbito da implementação, esses direitos não têm sido materializados na vida de parte da população, pois os tensionamentos e correlação de forças entre projetos societários geram dificuldades de efetivação da proteção social.

Em segundo lugar, as contradições estão relacionadas ao que vem sendo garantido como direitos para atender necessidades. São serviços e benefícios mínimos que beiram à desproteção nos dizeres de Pereira (2007), mas, ao mesmo tempo, são esses serviços e benefícios que respondem às demandas sociais vinculadas à subsistência, ou seja, luta-se para acesso a serviços mínimos, e é esse acesso que tem possibilitado o atendimento de necessidades de subsistência e possibilitado a efetivação do tratamento.

A condição social da população, em particular a de Pernambuco, é precária. De acordo com os dados do Censo 2010, 60% dos domicílios permanentes possuem renda de até dois salários mínimos, 15% da população é extremamente pobre (Programa Brasil sem Miséria baseado no censo 2010), o que significa que a questão da pobreza não se vincula unicamente aos doentes de aids, mas que a doença se dissemina em pessoas que vivenciam a falta do atendimento de necessidades sociais e soma-se a essa problemática uma doença incurável, com relevante preconceito e que possui questões culturais, já que envolve a sexualidade.

O enfrentamento da aids, apesar da ênfase no modelo curativo, possui interfaces com as determinações sociais, mas essas interfaces não são institucionalizadas ou pensadas no contexto oficial de resposta à epidemia, e, sim, construídas a partir da práxis cotidiana na luta pela garantia dos direitos sociais legalmente instituídos. O enfrentamento da aids tem como atores as organizações da sociedade civil, as pessoas vivendo com aids (reunidas em organizações, redes, fóruns ou mesmo individualmente quando lutam para ter acesso aos direitos sociais) e os profissionais que trabalham junto aos pacientes e buscam identificar na rede a possibilidade de acesso, bem como orientam e esclarecem sobre os direitos sociais.

As interfaces com as determinações sociais vinculam saúde e assistência social, e consistem em uma possibilidade de resposta às demandas sociais, e não

o acesso depende da fase da doença e/ou da disponibilidade de serviços e benefícios. Quando não há proteção social, a resposta às demandas sociais retorna para a esfera privada (indivíduo, família, comunidade, que ficam na responsabilidade de garantir as necessidades sociais para a efetivação do tratamento e continuidade da vida cotidiana).

No enfrentamento da aids na particularidade de Pernambuco e na singularidade do HCP, temos a garantia e a materialização do tratamento médico e medicamentoso, e a possibilidade de acesso aos serviços e benefícios da assistência social, desde que as pessoas sejam extremamente pobres e estejam na fase avançada da doença, caso contrário terão mais dificuldades de acesso.

Essa realidade indica avanços e retrocessos, não somente da Política de Enfrentamento da Aids, mas também da proteção social, pois, ao mesmo tempo, se aponta a universalização e a focalização dos direitos sociais e essa focalização centraliza-se no risco de morte e incapacidade de longa permanência e não apenas em extrema pobreza, o que significa que a dimensão social ainda é um processo que precisa entrar na agenda pública para efetivo enfrentamento, ou seja, é imperante que, no processo saúde-doença, as respostas sejam intersetoriais e que, com a responsabilidade do Estado em garantir proteção social, se materialize saúde e enfrentamento de doenças com qualidade de vida.

## Referências

ADÃO, Valvina; CARACIOLO Joselita. Fatores que influenciam a adesão aos antirretrovirais. In: CARACIOLO, Joselita; SHIMMA, Emi. **Adesão da teoria à prática: experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo**. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde, 2007.

ARCOVERDE, Ana Cristina. Notas sobre Estado e sociedade nos clássicos da política. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Estado & sociedade: contribuição ao debate sobre políticas públicas**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

AYRES, José Ricardo et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.121-143.

BAHIA, Ligia. A démarche do privado e público no sistema de atenção à saúde no Brasil em tempos de democracia e ajustes fiscal, 1988-2008. In: MATTA, Gustavo (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BASTOS, Francisco Inácio. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. (coleção temas e debates).

BEHRING, Elaine. **Política social no capitalismo tardio**. São Paulo: Cortez, 1998.

BEHRING, Elaine. Fundamentos de política social In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006. (Biblioteca básica de serviço social; v.2).

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal Adjunta de Assistência Social. **Dicionário de termos técnicos da assistência social**. Belo Horizonte: Ascom, 2007.

BRAVO, Maria Inês. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

\_\_\_\_\_. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRAVO, Maria Inês; MATOS, Maurilio. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elizabete et al. (Org.). **Serviço social e saúde: Formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

BRITO, Ana Maria; CASTILHO, Euclides; SZWARCOWALD, Célia. Aids e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília (DF), v. 34, n. 2, p. 207-217, 2001.

BRITO, Ana Maria. A evolução e distribuição social da doença no Brasil. **Com Ciência Revista Eletrônica de Jornalismo Científico**, Campinas (SP), n. 76, 2006.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOSCHETTI, Ivanete. Os custos da crise para a política social In: BOSCHETTI, Ivanete et al. (Org.). **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

BUSS, Paulo. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina (Org.). **Promoção da saúde: conceitos reflexões, tendências**. 2.ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

o Pelegrini. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, UERJ,IMS, n.17(1), p.77-93,2007.

CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina (Org.). **Promoção da saúde: conceitos reflexões, tendências**. 2.ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CARVALHO, Guido; SANTOS, Lenir. **Sistema Único de Saúde: comentários à Lei Orgânica da Saúde (lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90)**. 4. ed.Campinas, São Paulo: Editora Unicamp, 2006.

CARVALHO, Sérgio. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CARVALHO, Cláudio Viveiros; HAMANN, Edgar Merchán.;MATSUSHITA, Raul.Determinantes da adesão ao tratamento antirretroviral em Brasília, DF:um estudo de caso-controle.**Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Brasília (DF), v. 40, p. 555-565, set./out., 2007.

CELLARD, André. A análise documental. In: POUPART, Jean et al (orgs). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2. ed. Tradução Ana Cristina Nasser. Petrópolis: Vozes, 2008. (Coleção Sociologia).

COHN, Amélia. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE(CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório final.Brasília, DF: CNDSS, 2008.

COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CDSS). **Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais**. Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. Portugal: Organização Mundial da Saúde, 2010.

COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Vozes,Abrasco, 1985.

COSTA, A.M.; PONTES, A.C.R.; ROCHA, D.G. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, Opas, 2006.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Democracia e socialismo: questões de princípio & contexto brasileiro**. São Paulo: Cortez, 1992.

\_\_\_\_\_.**Contra a Corrente:ensaios sobre democracia e socialismo**. São Paulo: Cortez, 2000.

ial e a assistência social brasileira: uma equação possível? 3.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CZERESNIA, Dina et al. **Aids**: ética, medicina e biotecnologia. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos reflexões, tendências. 2.ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

DELGADO, Guilherme; JACCOUD, Luciana; NOGUEIRA, Roberto. Seguridade Social: redefinindo o alcance da cidadania. **Políticas sociais acompanhamento e análise**: 20 anos da Constituição Federal. Ipea, Brasília (DF), n. 17, v. 1, p. 17-37, 2009.

DIEESE. **Cesta Básica Nacional**. Julho 2010. Disponível em: <<http://www.dieese.org>>. Acesso em: 19 ago. 2010.

DOYAL, Len.; GOUGH, Ian. **Teoría de las necesidades humanas**. Madrid: Icaria, Fuhem, 1994.

DRAIBE, Sônia. Estado de bem-estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: HOCHMAN, Gilberto (org.). **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Sociedade civil e democracia**: um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do estado capitalista**: funções da previdência e da assistência social . 7.ed. São Paulo: Cortez, 1995.

FILHO, Naomir de Almeida. **Intersectorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva**: atualizando um debate em aberto. Rio de Janeiro: RAP, 2000. RAP, Rio de Janeiro, n. 34(6), p. 11-34, nov./dez. 2000.

FLEURY, Sônia. Paradigmas da reforma de seguridade social: liberal produtivista *versus* universal publicista. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). **Política de saúde**: o público e o privado. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

\_\_\_\_\_. BAHIA, Ligia; AMARANTE, Paulo. **Fundamentos da reforma sanitária**. Rio de Janeiro: CEBES, 2007.

FLEURY, Sônia. Reforma do Estado, seguridade social e saúde no Brasil. In: MATTA, Gustavo (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

FLEURY, Sônia; OUVENEY, Assis. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Ligia et al. **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

FRIGOTTO, Gaudêncio. **Globalização e crise do emprego: mistificações e perspectivas da formação técnico-profissional.** São Paulo: Senac, 1999.

GALVÃO, Jane. **Aids no Brasil: A agenda de construção de uma epidemia.** São Paulo: Abia, 2000.

GRAMSCI, Antônio. **Maquiavel, a política e o Estado moderno.** 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1980.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira.** 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

GÓMEZ, Julio Alguacil. **Calidad de Vida y Praxis Urbana: nuevas iniciáticas de gestión ciudadana en la periferia social de Madrid.** Madrid (España), julio de 1998, p. 48-65.

GONZALEZ, Jorge Luis. **Traduzir Gramsci.** Cuba: Editorial de Ciencias sociales, 2007.

GORENDER, Jacob. Globalização, tecnologia e relações de trabalho. **Revista de Estudos Avançados**, São Paulo, USP, n.29, 1997.

HELLER, Agnes. **Teoría de las necesidades en Marx.** Tradução ZJ. F. Yvars. Barcelona: Península, 1986.

\_\_\_\_\_. **Una revisión de la teoría de las necesidades.** Tradução Ángel Rivero Rodríguez. Barcelona: Paidós, 1996.

HOCHMAN, Gilberto et al. (Org.). **Políticas públicas no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

IAMAMOTO, Marilda. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - Segurança Alimentar 2004/2009.** Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa de Informações Básicas Municipais- Perfil dos municípios brasileiros - Assistência Social - 2009.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores 2011.** Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

\_\_\_\_\_. IBGE Estados@ - **Pernambuco.** Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=pe&tema=resultuniverso\\_censo2010](http://www.ibge.gov.br/estadosat/temas.php?sigla=pe&tema=resultuniverso_censo2010)>. Acesso em: 11mar.2014.

\_\_\_\_\_. **ONÔMICA APLICADA (IPEA). Políticas Sociais - acompanhamento e análise, Brasília (DF), n. 13 (edição especial), 2007.**

\_\_\_\_\_. **Dimensão, evolução e projeção da pobreza por região e por estado no Brasil.** Brasília (DF): Ipea, 2010 (Comunicado do Ipea n. 58).

JACCOUD, Luciana. Proteção social no Brasil: debates e desafios. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**, Brasília (DF), Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009.

KERN, Francisco Arseli. Estratégias de fortalecimento no contexto da aids. **Serviço Social e Sociedade**, n. 74, São Paulo: Cortez, 2003.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**. Tradução Célia Neves e Alderico Toríbio. 2.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

LAURELL, Ana Cristina. La lógica de la privatización en salud. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (Org.). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

LAURELL, Ana Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social no neoliberalismo. In: \_\_\_\_\_. (Org.) **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. Tradução Rodrigo Leon Contrera. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

MACHADO, Maria de Fátima. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n. 2, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2007.

MATOS, Maurílio. O debate do Serviço Social na saúde nos anos 90. **Serviço Social e Sociedade**, n. 74, São Paulo: Cortez, 2003.

MATTOS, Rubens. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, Gustavo (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

\_\_\_\_\_. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 1.ed. Rio de Janeiro: IMS Abrasco, v. 1, p. 39-64, 2001.

MARX, Karl. **Manuscritos econômicos: filosóficos e outros textos escolhidos**. Tradução José Carlos Bruni et al. 2.ed. São Paulo: Abril Cultural, 1975.

\_\_\_\_\_. **O capital: crítica da economia política**. Tradução Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

\_\_\_\_\_. **Salário, preço e lucro**. Tradução Eduardo Saló. São Paulo: Edipro, 2004.

recente na pessoa dos seus representantes Feuerbach, Bruno Bauer e Stirner, e do socialismo alemão dos diferentes profetas. 4. ed. Tradução Conceição Jardim e Eduardo Lúcio Nogueira. São Paulo: Martins Fontes, 1980.

\_\_\_\_\_. **Manifesto comunista**. São Paulo: Instituto José Luís e Rosa Sundermann, 2003.

MELLO, Leonel. John Locke e o individualismo liberal. In: WELFFORT, Francisco. **Os clássicos da política**. São Paulo: Ática, 2002. v. 1.

MOTA, Ana Elizabete. **O mito da assistência social**: ensaios sobre o Estado e sociedade. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006.

MONTAÑO, Carlos. Reforma do Estado e terceiro setor. In: AMARAL, M.V.B.; TRINDADE, R.L.P. (Org.). **Serviço social, trabalho e direitos sociais**. Maceió: Edufal, 2001.

MONTAÑO, Carlos. **Um projeto para o serviço social crítico**. Florianópolis: Katálysis, 2006. (v. 9, n. 2 jul./dez.).

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca básica de serviço social; v.5).

NOGUEIRA, Vera Maria; MIOTO, Regina. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde: SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Org.). **Serviço social e saúde**: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

NEMES, Maria Inez et al. Prevalência da aderência e fatores associados. In: Coordenação Nacional de DST e Aids. **Aderência ao tratamento por antirretrovirais**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000. (Série avaliação).

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2005.

NETTO, José Paulo. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In: MOTA, Ana Elizabete et al (Org.). **Serviço social e saúde**: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, José Paulo. Introdução ao método da teoria social. In: **Serviço Social, direitos sociais e competências profissionais**. CFESS/UNB: DF, 2009.

PAIM, Jairnilson. Reforma sanitária brasileira: avanços, limites e perspectivas. In: MATTA, Gustavo (Org.). **Estado, sociedade e formação profissional em saúde**: contradições e desafios em 20 anos de SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PARKER, Richard (Org.) **Políticas, instituições e aids**: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Jorge Zahar-Abia, 1997.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

e o seminário conquistas e desafios na assistência ao HIV/aids. In: PARKER, Richard et al. (Org.). **Aprimorando o debate: respostas sociais frente à aids: Anais do seminário Conquistas e desafios na assistência ao HIV/aids** São Paulo. Rio de Janeiro: Abia, 2002.

PASTORINI, Alejandra. As políticas sociais e o serviço social: instrumento de reversão ou manutenção das desigualdades? In: MONTAÑO, Carlos. **A natureza do serviço social**. São Paulo: Cortez, 2007.

PEREIRA, Potyara. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais**. São Paulo: Cortez, 2007.

PEREIRA, Potyara. Discussões conceituais sobre política social e direito de cidadania In: **Política social no capitalismo: Tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2008a.

PEREIRA, Potyara. **Política social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2008b.

POCHMANN, Marcio. **A proteção social na periferia do capitalismo: considerações sobre o Brasil**. São Paulo: São Paulo em perspectiva, 2004.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Discurso sobre as origens e os fundamentos das desigualdades entre os homens**. Tradução de Iracema Gomes Soares e Maria Cristin Roveri Nagle. Brasília (DF): Ed. da UnB, 1985.

\_\_\_\_\_. **Do contrato social ou princípios do direito político**. Tradução Pietro Nassetti. São Paulo: Martin Claret, 2002.

SADER, Emir. **Estado e política em Marx**. São Paulo: Cortez, 1993.

SADER, Emir. Notas sobre a globalização neoliberal. In: MATTA, Gustavo. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SILVA, Jackson; ALMEIDA Cristovão; GUINDANI, Joel. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas**. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, local, n. 1, julho, 2009.

SPOSATI, Aldaíza. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília (DF): MDS, Unesco, 2009.

TEIXEIRA, Paulo Roberto. Políticas públicas em aids. In: PARKER, Richard. (Org.). **Políticas, instituições e aids**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar: Abia, 1997. cap. 2, p. 43-68.

UNIC/RIO. **Declaração universal dos direitos humanos**. Rio de Janeiro: UNIC Rio, 2000.

\_\_\_\_\_. **HIV/aids em Pernambuco: desafios em relação às tendências atuais da epidemia.** Recife: PGSS/UFPE, 2013b. (Projeto de Pesquisa).

\_\_\_\_\_. **HIV/aids no Brasil, América do Sul e Moçambique.** Recife: PGSS/UFPE, 2013. (Relatório de Pesquisa).

\_\_\_\_\_. **HIV/aids em Pernambuco: desafios em relação às tendências atuais da epidemia.** Recife: PGSS/UFPE, 2013b. (Projeto de Pesquisa.).

VIEIRA, Evaldo. **Os direitos e a política social.** 3.ed. São Paulo: Cortez, 2009.

WAPSHOTT, Nicholas. **Keynes e Hayek: O confronto que definiu a economia moderna.** Tradução Edgar Rocha. Portugal: Dom Quixote, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies Evidence for action.** Switzerland: WHO, 2003.

SOUZA, Hebert José. **A cura da aids.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS, Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS, n.17(1), p. 29-41, 2007.

### Legislações e documentos oficiais

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Planalto, 1990.

\_\_\_\_\_. **Lei 8.142. de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Planalto, 1990.

BRASIL. **Lei 8.212 de 24 de julho de 1991.** Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Brasília, DF, Planalto, 1991.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Planalto, 1993.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Política Nacional DST/Aids: princípios e diretrizes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Política Nacional de Assistência Social.** Brasília, DF: MDS, 2004.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional básica NOB/SUAS.** Brasília, DF: MDS, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Metas e compromissos assumidos pelos Estados-Membros na sessão especial da Assembleia Geral das Nações Unidas em HIV/Aids-** Resposta brasileira 2001-2005. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 . Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (Conass). **Assistência de média e alta complexidade no SUS.** Brasília, DF: Conass, 2007a. (Coleção gestores - para entender a gestão do SUS, v. 9).

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. **Portaria nº 325 de 21 de fevereiro de 2008.** Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico: Aids e DST.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil** Brasília, DF: Planalto, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Metas e compromissos assumidos pelos Estados-Membros na sessão especial da Assembleia Geral das Nações Unidas em HIV/aids -** Resposta brasileira 2008-2009. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010c.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/aids no Brasil: Relatório da Aplicação de 2010 e Comparação com o resultado de 2007.** São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2011.

BRASIL. **Lei nº 12.435 de 6 de julho de 2011.** Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, DF: Planalto, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011:** regulamentação da Lei nº 8.080/90. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, aids e Hepatites Virais. **Relatório de Progresso da Resposta Brasileira ao HIV/aids - 2010-2011.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. **Política Brasileira de Enfrentamento da Aids:** resultados, avanços e perspectivas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. **Portaria n. 1, de 16 de janeiro de 2013.** Altera 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, e institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids, que define suas modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - aids e DST.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013a.

\_\_\_\_\_. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para adultos vivendo com HIV/aids.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. **História da aids.** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 17 nov. 2013c.

\_\_\_\_\_. **O que é aids.** Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/o-que-e-hiv>>. Acesso em: 17 nov. 2013.

MACEIÓ (município). **Lei n. 4.635, de 13 de agosto de 1997.** Regulamenta o inciso I do parágrafo 3º, a que se refere o art. 1º da emenda n.º 10 a lei orgânica do município de Maceió, que trata da gratuidade no transporte coletivo urbano na cidade de Maceió. Alagoas: Assembleia Municipal, 2000.

[Click Here to upgrade to  
Unlimited Pages and Expanded Features](#)

SAÚDE (OMS). Secretaria da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Ação sobre os determinantes sociais da saúde:** aprendendo com experiências anteriores. Brasília, DF:OMS, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS/WHO). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**, 1946. Biblioteca virtual de direitos humanos da USP. Disponível em:<<http://www.direitoshumanos.usp.br>>. Acesso em: 29 dez. 2012.

PERNAMBUCO(ESTADO). Secretaria Estadual de Saúde. **Manual de normatização Do Tratamento Fora de Domicílio - TFD**. Recife: SES/PE, 2011.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 11.897 de 18 de dezembro de 2000**. Concede transporte gratuito às pessoas portadoras de deficiências físicas, sensoriais ou mentais através do Sistema de Transporte Público da Região Metropolitana do Recife e dá outras providências. Recife: Assembleia Legislativa de Pernambuco, 2000.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). **Lei n. 11.897 de 18 de dezembro de 2000**. Dispõe sobre a isenção do pagamento de tarifas nos serviços de transporte intermunicipal de passageiros por ônibus do estado do rio de janeiro, para alunos do ensino fundamental e médio da rede pública estadual de ensino, para as pessoas portadoras de deficiência e portadoras de doença crônica de natureza física ou mental que exijam tratamento continuado e cuja interrupção no tratamento possa acarretar risco de vida, e dá outras providências. Rio de Janeiro: Diário Oficial do Estado de 14 jan. 2005.