

ATUAÇÃO DO(A) ASSISTENTE SOCIAL EM EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ABORDAGEM GRUPAL COM PESSOAS VIVENDO COM HIV

ROLE OF THE SOCIAL WORKER IN A MULTIDISCIPLINARY TEAM IN THE GROUP APPROACH WITH PEOPLE LIVING WITH HIV

ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR EN EL ENFOQUE DE GRUPO CON PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Gabriela de Almeida Silva¹
Andréa Pacheco de Mesquita²

Resumo

O estudo objetiva relatar experiência vivenciada por uma residente de Serviço Social, atuante em uma equipe multiprofissional, na abordagem grupal com pessoas que vivem com HIV no Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) de um hospital universitário em Alagoas. A abordagem da pesquisa é de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência, de caráter bibliográfico e documental. No levantamento bibliográfico foram consultados autores que discutem acerca da temática e dos elementos constituintes da realidade na qual se situa o objeto; para a pesquisa documental, foram utilizadas legislações e dados publicados referentes ao tema. A pesquisa bibliográfica se deu através da construção do estado da arte da pesquisa. A atuação por meio da abordagem grupal com pessoas vivendo com HIV, a partir do trabalho multiprofissional, possibilitou desvelar questões que traduzem o que está para além dos dados coletados pela equipe, permitindo a análise de como o conservadorismo presente na sociedade contribui para o isolamento dos/as usuários/as, bem como a importância do controle social como ferramenta para garantir o atendimento de qualidade e a necessidade do processo de reflexão sobre as demandas. As considerações finais desta experiência levam à necessidade de outros estudos, pesquisas e vivências em equipes multiprofissionais, visando à abordagem em grupo e tendo como perspectiva o resgate da cidadania de pessoas vivendo com HIV.

Palavras-chave: residência multiprofissional; Serviço Social; abordagem grupal; HIV.

Abstract

This study reports the experience of a Social Service resident working in a multidisciplinary team in a group approach to people living with HIV (PLHIV) in the Specialized Outpatient Service of a university hospital in Alagoas. The research approach is qualitative, of the experience report type, with a bibliographic and documentary character. The bibliographic survey consulted authors who discuss the theme and the constituent elements of the reality in which the object is located; for the documentary research, legislation and published data related to the subject were used. The bibliographical research took place through the construction of the state of the art of the research. Acting through a group approach with PLHIV, based on multidisciplinary work, made it possible to reveal questions that translate what lies beyond the data collected by the team, allowing the analysis of how the conservatism present in society contributes to the isolation of users, as well as the importance of social control as a tool to guarantee quality care and the need for a process of reflection on the demands. The final considerations of this experience lead to the need for other studies, research and experiences

¹Assistente Social graduada pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Mestra em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Alagoas (PPGSS/UFAL). Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na área do Adulto e do Idoso no Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA/UFAL). E-mail: gabrieladealmeida17@gmail.com.

²Assistente Social, mestra em educação brasileira pela Universidade Federal do Ceará, doutora em estudos interdisciplinares em Mulher, Gênero e Feminismo pela Universidade Federal da Bahia. Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde na área do Adulto e do Idoso pelo Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA/UFAL). Professora do curso de graduação e pós-graduação de Serviço Social da Faculdade de Serviço Social (FSSO) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Líder do grupo Frida Kahlo/UFAL/CNPQ. E-mail: andreapacheco@fssoufal.br.

in multidisciplinary teams, aiming at a group approach and having as a perspective the rescue of citizenship of PLHIV.

Keywords: multiprofessional residence; Social Service; group approach; HIV.

Resumen

El objetivo de este estudio es relatar la experiencia de una residente de Trabajo Social que trabaja en un equipo multidisciplinario en el abordaje grupal a personas que viven con VIH en el Ambulatorio de Referencia de un hospital universitario en Alagoas. La investigación tiene un enfoque cualitativo, del tipo relato de experiencia, con base en fuentes bibliográficas y documentales. La investigación bibliográfica consultó autores que discuten el tema y los elementos constitutivos de la realidad en la cual el objeto está localizado. La investigación documental utilizó legislación y datos publicados relacionados con el tema. La investigación bibliográfica se llevó a cabo a través de la construcción del estado de la arte de la investigación. El trabajo grupal con personas que viven con VIH, basado en un trabajo multidisciplinario, permitió revelar cuestiones que traducen lo que está más allá de los datos recolectados por la equipo, permitiendo analizar cómo el conservadurismo presente en la sociedad contribuye para el aislamiento de los usuarios, así como la importancia del control social como herramienta para garantizar una atención de calidad y la necesidad de un proceso de reflexión sobre las demandas. Las consideraciones finales de esta experiencia conducen a la necesidad de otros estudios, investigaciones y experiencias en equipos multidisciplinarios, con enfoque en el abordaje grupal y con la perspectiva de rescatar la ciudadanía de las personas que viven con VIH.

Palabras clave: residencia multiprofesional; Trabajo Social; abordaje grupal; VIH.

1 Introdução

O termo HIV descreve o vírus da imunodeficiência humana, que invade as células de defesa do corpo humano. De acordo com Neto *et al.* (2021, p. 2, grifos dos autores), “[...] o vírus da imunodeficiência humana (*human immunodeficiency virus – HIV*) é um lentivírus que causa a síndrome da imunodeficiência adquirida (*acquired immunodeficiency syndrome – aids*), responsável por uma deterioração progressiva do sistema imunológico [...]”. O vírus provoca a diminuição dos níveis de LT-CD4+ e “[...] quando o número de LT-CD4+ desce abaixo do limiar aceitável, o corpo perde a imunidade mediada por células e torna-se progressivamente mais suscetível a infecções oportunistas” (Neto *et al.*, 2021, p. 2).

O conhecimento das formas de transmissão, o desenvolvimento de testes para diagnóstico e a descoberta dos antirretrovirais conduziram mudanças significativas no quadro epidemiológico do HIV/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que passou de uma infecção fatal a uma infecção de comportamento crônico e controlável (Paiva, 2008). O direito ao tratamento é assegurado pela Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos às pessoas que vivem com HIV.

Dentre os direitos dessas pessoas, Araújo *et al.* (2008) destacam: o direito previdenciário, como o auxílio-doença, aposentadoria por invalidez, saque do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), Programa de Integração Social (PIS) e Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP); o direito trabalhista, que determina

que as pessoas vivendo com HIV têm o direito de manter em sigilo a sua condição sorológica no ambiente de trabalho, isso inclui testes de admissão, testes periódicos e/ou de demissão; da gratuidade no transporte (municipal, estadual e interestadual). Ainda no âmbito dos direitos, tem-se o Benefício de Prestação Continuada (BPC), desde que atendidos os requisitos previstos na Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 — a exemplo, dentre outros critérios, da comprovação da existência de impedimento de longo prazo, isto é, mediante a incapacidade de retornar ao trabalho por no mínimo 2 anos, e renda *per capita* inferior a $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo. Além disso, a Lei nº 12.984, de junho de 2014, estabelece como crime a discriminação contra pessoas vivendo com HIV, enquanto a Lei nº 14.289, de 3 de janeiro de 2022, torna obrigatória a preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com HIV.

Apesar dos avanços científicos e dos direitos assegurados por leis, dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2023) apontam que, entre 2011 e 2021, mais de 52 (cinquenta e duas) mil pessoas, com idades entre 15 e 24 anos e vivendo com HIV, evoluíram para a AIDS. De acordo com o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS de 2022, em 2021, 40,8 (quarenta vírgula oito) mil casos de HIV e 35,2 (trinta e cinco vírgula dois) mil casos de AIDS foram notificados no Brasil por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) (Brasil, 2022).

Nessa perspectiva, a adesão ao tratamento é essencial, associando-se diretamente à qualidade da assistência prestada. Além da garantia do acesso e do uso adequado dos medicamentos, existem outros fatores cruciais para assegurar a adesão, que deve ser compreendida a partir de uma concepção ampliada de saúde, considerando a importância do conhecimento dos determinantes sociais da saúde dos(as) usuários(as). Ressaltando a relevância da concepção ampliada de saúde, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde favorecem a integralidade, enquanto princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da integração das ações de profissionais de diferentes áreas a partir do trabalho em equipe, ao mesmo tempo em que amplia o processo de aprendizagem dos(das) residentes multiprofissionais durante a formação em serviço através da construção de saberes mediante a interação através da comunicação e articulação das ações.

Partindo dessa premissa, o objetivo do estudo é relatar experiência vivenciada por uma residente de Serviço Social, atuante em uma equipe multiprofissional, na abordagem grupal com pessoas que vivem com HIV no Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) de um hospital universitário em Alagoas. Para alcançar tal objetivo, foram realizadas a pesquisa bibliográfica e a pesquisa documental. No levantamento bibliográfico, de cunho teórico e histórico, foram consultados autores que discutem acerca da temática, buscando apreender a

realidade além da mera exposição dos fatos. Para a pesquisa documental, foram utilizadas legislações e dados publicados referentes ao tema, buscando compreender os elementos constituintes da realidade na qual se situa o objeto de estudo.

Nessa direção, o estudo foi estruturado em dois capítulos, expostos a seguir. O capítulo 2 aborda as ações de articulação com a equipe multiprofissional em um Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) na assistência às pessoas que vivem com HIV. Já capítulo 3 trata do relato da atuação em equipe multiprofissional, enquanto assistente social residente, na abordagem grupal com pessoas que vivem com HIV, com vistas à potencialização para construção de estratégias coletivas.

2 Ações de articulação com equipe multiprofissional em um Serviço Ambulatorial Especializado na assistência às pessoas que vivem com HIV

Este capítulo aborda as ações de articulação com a equipe multiprofissional em um Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) na assistência às pessoas que vivem com HIV, sendo dividido em duas seções: Residência Multiprofissional na Unidade de Doenças Infectocontagiosas e Parasitárias (UDIP) de um hospital universitário; Serviço Social na Residência em Saúde: ações de articulação com equipe multiprofissional na assistência às pessoas vivendo com HIV.

2.1 Residência Multiprofissional na Unidade de Doenças Infectocontagiosas e Parasitárias (UDIP) de um hospital universitário

No Brasil, a AIDS foi identificada pela primeira vez na década de 1980. De acordo com Júnior (1999),

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida foi identificada pela primeira vez no Brasil em 1982 e, considerando o período de incubação do HIV, podemos deduzir que a introdução do vírus no país deve ter ocorrido no final da década de 70, e sua difusão, num primeiro momento, entre as principais áreas metropolitanas do Centro-Sul, seguida de um processo de disseminação para as diversas regiões do país na primeira metade da década de 80 (Júnior, 1999, p. 10).

Paiva (2008) enfatiza que, desde a descrição dos primeiros casos de HIV e conhecimento de seus modos de transmissão, ocorreram significativos progressos científicos que levaram à mudança no comportamento da doença.

[...] desde a descrição dos primeiros casos, o conhecimento de seus modos de transmissão, a elaboração de testes para o diagnóstico, a descoberta dos antirretrovirais – que levaram a uma drástica mudança no comportamento da

doença, que passou de uma doença sempre fatal a uma infecção de comportamento crônico e plenamente controlável, com redução de sua morbimortalidade, da ocorrência de complicações oportunistas e no número de internações hospitalares, levando a uma verdadeira “desospitalização” da epidemia – à disponibilização de exames (CD4 e carga viral) para acompanhamento da resposta ao tratamento, elaboração de testes para avaliar a resistência aos antirretrovirais (genotipagem) (Paiva, 2008, p. 11).

De acordo com Paiva (2008), a adesão é “essencial para o sucesso da terapia antirretroviral”, o que traz a necessidade de considerar os diversos fatores que possam assegurar a adesão ao tratamento, “[...] a qual está diretamente associada à qualidade de assistência prestada” (p. 11). Nessa direção, desde 1998, a Unidade de Doenças Infectocontagiosas e Parasitárias (UDIP) do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) oferta assistência às pessoas que vivem com HIV. Araújo (2000) ressalta que:

[...] o Serviço de Infectologia do Hospital Universitário-Ufal, desde 1998, apresenta uma inovadora modalidade de Proposta Interdisciplinar no Hospital Universitário que prioriza, dentre outros aspectos, a redução de internamentos, a não ocorrência de infecção hospitalar em um paciente já imunodeprimido, a adesão ao tratamento e a permanência do paciente no meio social, familiar e profissional, os quais estão diretamente associados à qualidade da assistência prestada no serviço (Araújo, 2000, p. 22).

Atualmente, a UDIP se constitui como referência no estado de Alagoas na assistência às hepatites virais, bem como às pessoas que vivem com HIV/AIDS, Doença de Chagas, Vírus T-Linfotrófico Humano (HTLV) e tuberculose. A UDIP “[...] é um setor intermediário entre o internamento convencional e o ambulatório, onde o paciente permanece internado durante o dia, retornando ao lar ao final do turno para dar continuidade ao tratamento em casa” (Paiva, 2008, p. 11). Dessa forma, a unidade apresenta como vantagem a manutenção do vínculo do paciente com a família e o lar durante o tratamento. Com a integração dos serviços de odontologia, nutrição, obstetrícia, ginecologia e pediatria à equipe, surgiu o SAE em HIV/AIDS do Hospital Universitário (Paiva, 2008).

A UDIP corresponde a um dos cenários de prática do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na área do Adulto e do Idoso da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). A Residência Multiprofissional em Saúde da UFAL foi criada em 2010, com o Programa na Área da Saúde do Adulto e do Idoso. Atualmente, o programa é composto por 40 (quarenta) residentes das áreas de Serviço Social, Enfermagem, Nutrição, Psicologia e Farmácia, com 20 (vinte) dos residentes atuando no primeiro ano (R1) e 20 (vinte) no segundo ano (R2). Os residentes fazem parte de equipes, cada qual contando com 5 (cinco) integrantes, sendo um de cada área profissional que compõe o programa. A Residência

Multiprofissional da UFAL tem como eixo principal o processo ensino-aprendizagem, atendendo o formato de disciplinas e atividades obrigatórias.

Conforme a Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) nº 3, de 4 de maio de 2010, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde têm uma carga horária mínima total de 5.760 (cinco mil setecentos e sessenta) horas, sendo 80% de atividades práticas e 20% de atividades teóricas ou teórico-práticas. Cabe salientar que a longa jornada de trabalho na residência, com carga horária semanal extensa, dificulta a “suspensão do cotidiano” e, por conseguinte, isto pode resultar em respostas superficiais frente às demandas enfrentadas. É importante levar em conta que o/a residente está realizando uma formação em serviço e por isso necessita fazer esse processo de “suspensão do cotidiano”, o que deve permitir o processo reflexivo em torno das demandas apresentadas, sendo este momento imprescindível para o planejamento de ações que correspondam a um atendimento de qualidade e em consonância com os princípios do SUS. De acordo com Netto e Carvalho (2012):

[...] esta suspensão da vida cotidiana não é fuga: é um circuito, porque se sai dela e se retorna a ela de forma modificada. À medida que estas suspensões se tornam frequentes, a reapropriação do ser genérico é mais profunda e a percepção do cotidiano fica mais enriquecida. (Netto; Carvalho, 2012, p. 27).

Ao citar os estudos de Netto e Carvalho (2012) sobre o cotidiano, Goes (2018) aponta que os autores abordam a “[...] necessidade de que os profissionais consigam desenvolver formas de “suspensão do cotidiano” como modo de romper com o pragmatismo, o automatismo e a alienação” (Goes, 2018, p. 8, grifos da autora). Ainda segundo Goes (2018):

[...] a suspensão da cotidianidade pode trazer ainda o enriquecimento, a consciência e a motivação por exigências, em nosso caso, éticas, que passam a ser incorporadas ao fazer profissional [...] oportunizando novas reflexões, possibilidades e construções para o trabalho profissional [...] (Goes, 2018, p. 9).

Na Residência Multiprofissional, por vezes, a carga horária das atividades práticas sobrepuja aquela destinada às outras atividades, em decorrência de demandas que surgem e requerem mais tempo em seu atendimento. Nessa direção, o prolongamento da jornada de trabalho dificulta os momentos de reflexão fundamentais para o planejamento e avaliação das ações em equipe. Tal situação ocorria com maior frequência durante o início da prática na Residência Multiprofissional, no ano de 2021, que se deu junto ao momento da pandemia de *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), devido ao crescimento do número de hospitalizações e, por conseguinte, ao aumento de demandas em um contexto de escassez de recursos

humanos e sobrecarga de trabalho. Por outro lado, a inserção da equipe no Serviço Ambulatorial Especializado no segundo ano da Residência, em 2022, favoreceu os momentos de reflexão, considerando a diminuição dos casos de infecção decorrentes do coronavírus SARS-CoV-2 e os serviços prestados na UDIP, que corresponde a um setor intermediário entre o internamento convencional e o ambulatório.

2.2 Serviço Social na Residência em Saúde: ações de articulação com equipe multiprofissional na assistência às pessoas vivendo com HIV

No campo da saúde, os/as assistentes sociais atuam em quatro eixos: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional, tal como proposto no documento do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), denominado *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde* (CFESS, 2014).

Entre as principais atividades desenvolvidas no atendimento individual de Serviço Social na UDIP do HUPAA, destacam-se: democratizar informações sobre a legislação para pessoas que vivem com HIV/AIDS por meio de orientações, individuais e coletivas, e/ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais; facilitar e possibilitar o acesso dos(as) usuários(as) aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social; buscar garantir o direito do(a) usuário(a) ao acesso aos serviços, incluindo benefícios, aposentadorias, além de viabilizar meios para contribuir na continuidade do tratamento através de acesso ao direito de Passe Livre Municipal, Intermunicipal, e Interestadual; aplicar entrevistas sociais visando construir o perfil socioeconômico dos(as) usuários(as); realizar os encaminhamentos necessários para os recursos sociais na unidade ou em outras instituições, conforme a demanda apresentada, tais como: rede de proteção social básica através do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), rede de proteção social especializada por meio do Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), Previdência Social, Secretarias de Saúde, Secretaria da Habitação, Defensoria Pública, entre outros; realizar estudos sociais da situação apresentada, considerando a legislação vigente e o arcabouço teórico; emitir manifestação técnica em matéria de Serviço Social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº 557/2009; registrar as demandas e ações profissionais no livro do Serviço Social e no prontuário eletrônico, entre outras.

As ações desenvolvidas na UDIP no âmbito do eixo intitulado *investigação, planejamento e gestão* mediante a participação na elaboração de protocolos assistenciais e

rotinas de trabalho foram fundamentalmente importantes, possibilitando o conhecimento do funcionamento da unidade, a criação de estratégias e rotinas de ação, tendo em vista a democratização do acesso e a garantia dos direitos sociais. De acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2014):

[...] o assistente social deve participar na elaboração de protocolos assistenciais e rotinas de trabalho, investindo na educação permanente das equipes, com vistas a repensar o modelo de atenção à saúde e avaliar, constantemente, as dificuldades que se apresentam no processo coletivo de trabalho em saúde (CFESS, 2014, p. 50).

Nessa direção, a participação na elaboração de protocolos assistenciais e rotinas de trabalho subsidiou a abordagem grupal com pessoas vivendo com HIV, integrantes do Grupo de Adesão Conviver da UDIP do HUPAA, constituindo-se em uma etapa fundamental para a atuação do Serviço Social no desenvolvimento das ações de articulação com a equipe multiprofissional.

Na UDIP, a equipe integrada pelos residentes multiprofissionais das áreas de Serviço Social, Enfermagem, Nutrição, Psicologia e Farmácia realizam atendimentos individuais e ações multiprofissionais junto à equipe efetiva da unidade. Nas atividades em equipe, os residentes realizam acolhimento, atendimentos multiprofissionais e ações socioeducativas. O acolhimento corresponde a uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), que define acolher como sendo reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde, o que requer a escuta qualificada, o compromisso e o vínculo entre os sujeitos envolvidos (Brasil, 2013). O acolhimento é realizado por mais de um profissional, constituindo-se na abordagem inicial da pessoa recentemente diagnosticada com HIV e ocorre através da escuta qualificada, bem como de orientações e encaminhamento para realização de consultas e exames, considerando as atribuições e competências de cada profissional.

No que diz respeito à atuação em equipe, concorda-se com Buss e Filho (2007), quando definem que a abordagem multiprofissional deve superar o atendimento centrado apenas no enfoque médico-clínico, tendo em vista que as condições de vida e trabalho dos indivíduos estão relacionadas à sua situação de saúde. Partindo dessa premissa, de acordo com Silva *et al.* (2018), a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, traz a concepção de saúde em um contexto ampliado, como pode ser observado no art. 3º:

Art. 3º. Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (Brasil, 1990).

Nesse contexto, é fundamental uma concepção ampliada de saúde que permita aos profissionais a análise dos determinantes sociais que podem influenciar na realidade dos(as) usuários(as) e suas interações na conjuntura em que estão inseridos(as), a partir do conhecimento de suas possibilidades e limitações na busca por atendimento em unidades de saúde, indo além do olhar centralizado nas ações diagnósticas e curativas.

Em relação à estrutura, na UDIP do HUPAA há uma sala para os atendimentos de Serviço Social, em conformidade com a ambiência, enquanto uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), sendo um espaço acolhedor e favorecendo a privacidade e garantindo o sigilo profissional. A resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) de nº 273, de 13 março de 1993, que institui o Código de Ética Profissional dos(as) Assistentes Sociais e dá outras providências, afirma, na alínea *d*, do artigo 2 do título II, que constitui direito do(a) assistente social: “[...] inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo sigilo profissional” (CFESS, 1993). Ao mesmo tempo em que a referida sala garante o atendimento individual, também possibilita o atendimento multiprofissional — a exemplo do acolhimento, com profissionais de outras áreas —, favorecendo a clínica ampliada e compartilhada, enquanto outra diretriz da PNH, ao preconizar o afeto nas relações, a qualificação do diálogo e as decisões compartilhadas, resguardadas as atribuições e competências de cada profissão. Cabe ressaltar que o acolhimento também é realizado em outras salas disponíveis na UDIP.

Em consonância com as ações de articulação dos(as) assistentes sociais na equipe, conforme os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2014), destacaram-se durante o trabalho multiprofissional na UDIP: a participação do projeto de humanização da unidade na sua concepção ampliada, sendo transversal a todo atendimento e tendo como referência o projeto de Reforma Sanitária; a participação, em conjunto com a equipe, em ações socioeducativas realizadas através de atividades desenvolvidas em salas de espera, campanhas preventivas, oficinas, elaboração e divulgação de materiais socioeducativos — como folhetos e cartazes — buscando facilitar o conhecimento e o acesso dos(as) usuários(as) aos serviços oferecidos pela unidade e aos direitos sociais; a contribuição com a equipe da UDIP na busca ativa de casos com perda de seguimento, através de contato telefônico, visando à retomada e a garantia do tratamento, articulando vigilância epidemiológica e rede de assistência, quando necessário, entre outras.

Junto às ações de articulação com a equipe de saúde acima destacadas, é pertinente ressaltar, ainda, o processo de aprendizagem do desenvolvimento do trabalho multiprofissional na Residência, considerando a ausência deste princípio durante o período de graduação, pautado no trabalho uniprofissional. Frente às dificuldades encontradas nesse processo, a equipe aprendeu a desenvolver o trabalho multiprofissional, caracterizado pelas diferenças no processo de formação, por meio do entendimento das atribuições e competências profissionais de cada integrante, contribuindo para a integração de conhecimentos e aprendizado do trabalho multiprofissional.

3 Atuação do(a) assistente social em equipe multiprofissional na abordagem grupal com pessoas vivendo com HIV: potencialização para construção de estratégias coletivas

De acordo com o Ministério da Saúde, existem diversas ações que podem ser implementadas em serviços de saúde com o objetivo de promover a adesão ao tratamento do HIV — dentre as quais estão os grupos de adesão. Os grupos de adesão são formados por usuários(as) que apresentam a mesma condição, tendo em vista possibilitar o compartilhamento de vivências e conhecimentos por meio das trocas de experiência entre os integrantes, favorecendo o fortalecimento de vínculos entre usuários(as) e profissionais da equipe (Brasil, 2008).

O Grupo de Adesão Conviver da UDIP/HUPAA iniciou as atividades em 2016. O grupo possui um formato fechado, sendo composto por usuários/as do HUPAA que vivem com HIV, pela equipe do referido setor, por estagiários e pelos residentes de Serviço Social, Enfermagem, Nutrição, Psicologia e Farmácia. Entre as estratégias desenvolvidas nas reuniões, destacaram-se: rodas de conversas, palestras e dinâmicas com vistas à discussão dos temas. Os temas abordados nas reuniões do grupo são decididos de forma coletiva por todos(as) os(as) integrantes, não estando necessariamente relacionados a doenças, de forma que contemplem diferentes áreas do conhecimento. No período de atuação na UDIP, as reuniões foram realizadas mensalmente no HUPAA. Um ponto importante a ser destacado é que durante a vivência no Grupo de Adesão Conviver foi possível notar a ausência de profissionais e estudantes da área da medicina nos momentos de planejamento, execução e avaliação das ações, bem como nas reuniões em grupo, sendo esta área relevante para a contribuição na adesão ao tratamento.

Na perspectiva da abordagem grupal, o Ministério da Saúde enfatiza a importância da ação multidisciplinar da equipe de saúde mediante a integração entre os membros e a

realização de reuniões regulares com vistas ao estímulo à adesão ao tratamento. De acordo com o *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*:

A complexidade da atenção às pessoas com HIV exige a ação multidisciplinar da equipe de saúde, com comunicação constante entre seus membros. Para tanto, deve-se estabelecer estratégias para que a integração e funcionamento interdisciplinar se consolidem. Encaminhamentos, discussão de casos clínicos, visitas médicas a pacientes internados, atendimentos ambulatoriais multidisciplinares são alguns momentos que dependem da integração dos profissionais da equipe. A realização de reuniões regulares com todos os seus membros é fundamental para que essas ações possam ocorrer de forma articulada (Brasil, 2008, p. 24).

O processo de organização das atividades realizadas nas reuniões com o Grupo de Adesão Conviver pressupõe a participação de todos os membros nos distintos momentos, desde o planejamento até a execução e avaliação das ações. Schraiber *et al.* (1999) afirmam que a locação de profissionais de diferentes áreas no mesmo local de trabalho não é o suficiente para assegurar a atenção integral. A equipe precisa de integração entre os membros para garantir a integralidade da atenção à saúde, por meio das múltiplas intervenções e da interação através da comunicação, da articulação das ações e da cooperação. Nesse sentido, as reuniões de planejamento das ações e os encontros com os membros do Grupo de Adesão Conviver estimularam o fortalecimento dos vínculos entre usuários/as, integrantes da equipe multiprofissional e profissionais efetivos da UDIP/HUPAA através do diálogo, da troca e da construção de saberes.

Ao atuar em equipe de saúde, o(a) assistente social “dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia [...] dos demais trabalhadores que atuam na saúde” (CFESS, 2014, p. 44). De acordo com Yamamoto (2002, p. 41), “é necessário desmistificar a ideia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais”. Nesse sentido, cada profissional que integra a equipe de saúde tem competências e atribuições distintas para desempenhar suas ações mediante seu processo de formação e isto requer clareza no trato delas. Segundo Schraiber *et al.* (1999), a articulação das ações com a equipe de saúde requer que cada profissional tenha clareza das competências e habilidades dos demais membros e o reconhecimento de sua necessidade com vistas à atenção integral à saúde.

No âmbito da saúde, as ações socioeducativas “devem-se constituir em eixo central da atuação do profissional de Serviço Social” (CFESS, 2014, p. 53), consistindo em orientações

reflexivas realizadas por meio de abordagens individuais, grupais ou coletivas. Nessa direção, a estratégia da adesão através da abordagem em grupo está fundamentada no trabalho coletivo, na qualificação do diálogo, nas decisões compartilhadas com vistas à identificação das dificuldades e promoção da prática reflexiva em torno das problemáticas individuais ou coletivas que possam interferir na adesão ao tratamento (Brasil, 2008). Nessa perspectiva, de acordo com os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, o profissional de Serviço Social deve utilizar a prática reflexiva (CFESS, 2014):

[...] a prática reflexiva, que possibilita aos usuários a análise e desvendamento das situações vivenciadas por meio de reflexão crítica estimulada pelo assistente social, de forma que o usuário consiga captar, na medida do possível, o movimento da realidade social e, conseqüentemente, participar, de forma consciente, do processo de transformação dessa realidade enquanto ser histórico. Esse processo deve priorizar a atenção coletiva, em grupo, o que possibilita a troca de experiência entre os sujeitos, a manifestação da força que a organização tem e da condição de classe dos sujeitos envolvidos (CFESS, 2014, p. 54).

Na participação em conjunto com a equipe multiprofissional na execução das ações socioeducativas por meio da abordagem grupal com o Grupo de Adesão Conviver, o Serviço Social buscou desenvolver essas ações além da perspectiva do fornecimento de informações, tendo em vista “a dimensão da libertação na construção de uma nova cultura e enfatizar a participação dos usuários no conhecimento crítico da sua realidade e potencializar os sujeitos para a construção de estratégias coletivas”, e por objetivo a “consciência sanitária³ [...] concebida como a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um direito da comunidade” (CFESS, 2014, p. 53).

Nesse processo, o Serviço Social da UDIP/HUPAA utilizou-se de uma abordagem da história de vida dos(as) usuários(as), através do conhecimento de sua realidade, dos determinantes sociais de sua saúde, de seus familiares e acompanhantes. Conforme Araújo (2000, p. 23), “o olhar é voltado não só para o Direito — que é o atendimento resolutivo, em termos de procedimento concreto — mas para o fortalecimento da família e desmistificação da doença”, na perspectiva de incentivar o(a) usuário(a) e sua família a tornarem-se sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde.

Concorda-se com Araújo e Rocha (2007, p. 456) que o trabalho em equipe “pressupõe a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos”. Iamamoto (2002) destaca que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe,

³“Consciência sanitária é um conceito estratégico utilizado por Berlinguer, principal autor da Reforma Sanitária italiana e que foi uma das referências para os formuladores do projeto de Reforma Sanitária no Brasil” (CFESS, 2014, p. 53).

enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças” (p. 41). Dessa forma, a abordagem grupal, através da atuação em equipe multiprofissional, contempla as competências e habilidades de diferentes profissionais, possibilitando a intervenção nos diversos fatores que interferem no processo saúde-doença e na adesão aos tratamentos propostos, preservando as especificidades de cada área profissional.

4 Considerações finais

O grupo de adesão é um espaço que estimula a comunicação entre usuários(as) e profissionais na construção de processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto capazes de gerar práticas desumanizadoras que implicam na autonomia e corresponsabilidade dos(as) profissionais em seu trabalho e dos(as) usuários(as) na descontinuidade do tratamento de saúde. O trabalho em grupo estimula processos integradores e promotores de compromissos entre usuários(as) e profissionais, ao mesmo tempo em que fortalece o trabalho em equipe.

A vivência no Grupo de Adesão Conviver possibilitou desvelar questões que traduzem o que está para além dos dados coletados pela equipe, permitindo a análise de como o conservadorismo presente na sociedade contribui para o isolamento dos(as) usuários(as) e para o agravamento da doença que, por vergonha e medo, acabam não buscando ou abandonando o tratamento. Durante as descobertas e dúvidas sobre o HIV/AIDS, a doença ficou conhecida como a “peste gay” que veio para punir essa população que transgredia as normas sociais da heteronormatividade compulsória, sendo vista como um castigo. Isto levou e leva muitos profissionais de saúde a terem dificuldade em trabalhar com esse público; de modo similar, à influência de tais preconceitos no processo de aceitação da doença pelas próprias pessoas infectadas e, conseqüentemente, a falta de busca pelo tratamento.

Uma reflexão coletiva e cuidadosa mostra como as questões de gênero definem os caminhos percorridos pelos(as) usuários(as). Quando descobrem a doença, as mulheres, na maioria das vezes, acabam sendo abandonadas por seus companheiros, enquanto os homens, ao descobrirem a doença, contam sempre (ou quase sempre) com o cuidado de sua companheira. Esse dado é revelado nas rodas de conversas, nos atendimentos coletivos ou individuais.

Outra questão importante é o resgate da cidadania das pessoas vivendo com HIV, que têm seus direitos violados cotidianamente e chegam ao hospital fragilizadas. Os relatos sobre a fragilização da rede de apoio devido ao preconceito, sobre discriminação no ambiente de

trabalho, em instituições de saúde e de assistência foram constantes durante o período de atuação. O Código de Ética Profissional do Assistente Social coloca como princípios a ampliação e consolidação da cidadania, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos, bem como o empenho para a eliminação de todas as formas de preconceito. Nesse sentido, as ações acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de orientações individuais e coletivas, são desenvolvidas com vistas à garantia de direitos na esfera da seguridade social e ao fortalecimento dos vínculos familiares através da desmistificação da doença.

Nesse processo, destaca-se o controle social como ferramenta para garantir o atendimento de qualidade, pautado nos princípios do SUS, através do estímulo da participação dos(as) usuários(as) e de seus familiares na luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde, no intuito de fortalecer a participação social nas unidades de saúde e demais espaços coletivos. Um dos espaços de comunicação entre usuários(as) e o hospital é a ouvidoria, enquanto canal de articulação entre cidadão e gestão pública de saúde que busca melhorar a qualidade dos serviços prestados. O estímulo à mobilização e participação social de usuários(as), familiares e profissionais de saúde não se restringe à ouvidoria, tendo como objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública de saúde mediante a participação em conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas.

Além disso, o trabalho em equipe multiprofissional na abordagem grupal levou à reflexão em torno do processo de formação na graduação. Durante a residência, realizamos o trabalho em equipe com todas as profissões envolvidas no programa, contudo, nossas vivências e formações anteriores não foram pautadas nesta perspectiva. No período da graduação, os cursos não têm o trabalho multiprofissional como princípio, resultando em um processo de formação baseado na visão do trabalho uniprofissional. Se, por um lado, a residência nos transforma em profissionais muito mais preparados para o trabalho em grupo, por outro, reflete a ausência deste princípio na formação, o que nos leva a ter que aprender a desenvolver o trabalho multiprofissional.

Referente à prática profissional, é na perspectiva da integralidade, ampliação e consolidação da cidadania e defesa intransigente dos direitos humanos que se insere o processo de trabalho do(a) assistente social na Residência Multiprofissional. Apesar dos desafios enfrentados, a atuação em um Serviço Ambulatorial Especializado por meio da abordagem grupal, a partir do trabalho em equipe, ampliou a aprendizagem e fortaleceu o

trabalho multiprofissional ao estimular os processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos, mediante a utilização da informação e da comunicação na construção da autonomia e do protagonismo de sujeitos e de coletivos. A troca de experiências entre residentes favoreceu a formação profissional e possibilitou a construção de novas práticas com vistas à ampliação da cidadania e do acesso aos direitos sociais.

Referências

ARAÚJO, Maria Helena de. O impacto da Adesão no Tratamento de HIV/AIDS no HD/HU/UFAL. **Caderno Hospital Dia**, Maceió, n. 2, dez. 2000.

ARAÚJO, Maria Helena de. *et al.* Assistência Social e sua contribuição no tratamento e na qualidade de vida dos pacientes com HIV/AIDS do Hospital Dia/HU/UFAL. **Caderno Hospital Dia**, Maceió, n. 3, ed. esp., dez. 2008.

ARAÚJO, Marize Barros de Souza; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vgK3yjGm6fBBxnXj6XZHzzq/?lang=pt>. Acesso em: fev. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de assistente social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jun. 1993a.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 dez. 1993b.

BRASIL. Lei nº 9.313, de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos às pessoas que vivem com HIV. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 de nov. 1996.

BRASIL. Lei nº 14.289, de 3 de janeiro de 2022. Torna obrigatória a preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites crônicas (HBV e HCV) e de pessoa com hanseníase e tuberculose, nos casos que estabelece; e altera a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 de jan.. 2022.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (CNRMS). Resolução CNRMS nº 3, de 4 de maio de 2010. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 maio 2010. Seção I, p. 14-15.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Folheto.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids**. Núm. esp., dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais de 52 mil jovens de 15 a 24 anos que vivem com HIV evoluíram para Aids nos últimos dez anos**. fev. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/mais-de-52-mil-jovens-de-15-a-24-anos-com-hiv-evoluiram-para-aids-nos-ultimos-dez-anos>. Acesso em: mar. 2023.

BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, abr. 2007.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. **Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993**. Brasília, DF, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2014.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Resolução CFESS Nº 557/2009 de 15 de setembro de 2009**. Dispõe sobre a emissão de pareceres, laudos, opiniões técnicas conjuntos entre o assistente social e outros profissionais. Brasília, DF, 2009.

GOES, Alberta Emilia Dolores de. **Reflexões sobre o cotidiano e a prática profissional no Serviço Social**. Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, v. 1 n. 1, UFES, Vitória – ES, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/23431>. Acesso em: maio 2023.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. *In*: Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). (org.). **Atribuições Privativas do(a) Assistente Social em questão**. Brasília: CFESS, 2002.

JÚNIOR, Dimas Carnaúba. Atualização sobre a epidemia da AIDS no Brasil. **Caderno Hospital Dia**, Maceió, n. 1, jul. 1999.

NETO, Lauro Ferreira da Silva Pinto. *et al.* Protocolo brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 30, n. 1, e2020588, 2021.

NETTO, José. Paulo; CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 10 ed. São Paulo: Cortez Editora, 2012.

PAIVA, Arthur Maia. Uma breve história da epidemia de AIDS em 10 anos de assistência no HUPAA. **Caderno Hospital Dia**, Maceió, n. 3, dez. 2008.

SCHRAIBER, Lilia Blima. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Rev. Ciênc. Saúde Colet.**, v. 4, n. 2, p. 221-42, 1999.

SILVA, Ana Paula Cardoso. *et al.* Serviço Social e saúde reprodutiva no HFSE um estudo sobre alienação na prática profissional. *In:* Encontro nacional de pesquisadores em Serviço Social, 16., 2018, Vitória, Espírito Santo. **Anais** [...]. Vitória (ES): UFES, 2018.