



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

MILCA OLIVEIRA CLEMENTINO

**SERVIÇO SOCIAL E HIV/AIDS: UMA ANÁLISE DA PRÁTICA PROFISSIONAL NO
SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS
(SAE) DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB**

Orientadora: Prof^ª. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza

(MONOGRAFIA)

CAMPINA GRANDE - PB

2014

MILCA OLIVEIRA CLEMENTINO

SERVIÇO SOCIAL E HIV/AIDS: UMA ANÁLISE DA PRÁTICA PROFISSIONAL NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS (SAE) DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE-PB

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza

CAMPINA GRANDE - PB

2014

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

C626s Clementino, Milca Oliveira

Serviço social e HIV/AIDS [manuscrito] : uma análise da prática profissional no serviço de assistência especializada em HIV/AIDS e hepatites virais (SAE) do município de Campina Grande-PB / Milca Oliveira Clementino. - 2014.
121 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2014.

"Orientação: Prof. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza, Departamento de Serviço Social".

1. Atuação profissional. 2. Serviço Social. 3. HIV/Aids. I.
Título.

21. ed. CDD 362.1

MILCA OLIVEIRA CLEMENTINO

SERVIÇO SOCIAL E HIV/AIDS: UMA ANÁLISE DA PRÁTICA PROFISSIONAL NO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS (SAE) DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE -PB

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em 02/03/2014

Nota: 10

Banca Examinadora

Maria do Socorro Pontes de Souza

Profª. Ma. Maria do Socorro Pontes de Souza
Departamento de Serviço Social / UEPB
(Orientadora)

Thereza Karla de Souza Melo

Profª. Ma. Thereza Karla de Souza Melo
Departamento de Serviço Social / UEPB
(Examinadora)

Maria do Socorro Farias de Lima

Maria do Socorro Farias de Lima
Especialista em Políticas Sociais
Assistente Social de Formação/ Coordenadora do Serviço de assistência Especializada em HIV/Aids e Hepatites Virais (SAE) do município de Campina Grande.

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, **Francisco Aldo Clementino** e a minha mãe, **Maria de Fátima O. Clementino**, pela confiança, companheirismo, amizade e incentivo, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Durante estes quatro anos, em que estive longe das pessoas que mais amo na vida, meus familiares, superei muitos obstáculos para chegar até aqui, entretanto, esta superação só foi possível graças ao apoio de pessoas que estando perto ou distante, me passaram força e esperança para que eu pudesse continuar.

A fé nos move, e com ela é mais fácil seguirmos em frente... Agradeço a **Deus** primeiramente, pois a fé que existe um ser superior que nos ilumina e nos abençoa, fez com que eu continuasse, sempre na esperança de dias melhores.

Aos meus pais, Francisco Aldo Clementino e Maria de Fátima Oliveira Clementino, pessoas de caráter, dignas de respeito e admiração, que me apoiaram de todas as maneiras possíveis, desde a minha vinda até a permanência em Campina Grande-PB. Amo vocês e que bom poder compartilhar este momento juntos. Obrigada pelos ensinamentos e pela criação.

Aos meus irmãos, Rivail, Rivani, Dalva, Antonio Denier, e em especial aos irmãos **Jurani Clementino**, grande pessoa, que assim como recebeu a colaboração para continuar seus estudos, faz questão de incentivar e colaborar para que outras pessoas o façam, sua colaboração foi primordial para este momento, não somente para a finalização deste, mas desde o início cooperando até mesmo para a escolha do curso. E a **João Linaldo**, que sempre colaborou nas minhas idas e vindas no percurso Campina Grande- PB à Várzea Alegre- CE.

A **Thalysson Thiago** [meu namorado] que apesar da distância que nos separa, sempre incentivou a continuação dos meus estudos. Agradeço-te por cada palavra de incentivo, vindas nas horas que mais precisei.

Aos meus avós, sobrinhos(as), primos(as), Tios(as), que de longe estiveram torcendo por mim, e que de alguma forma contribuíram para a realização desta primeira etapa da minha vida profissional.

As minhas amigas, que serão para sempre lembradas, **Daniele Belo, Crhistina kênia e Sara Duarte**, nossas discussões para elaboração e apresentação de seminários e na construção de artigos científicos contribuíram e muito para o meu crescimentos profissional. Dentre elas, quero aqui deixar o meu carinhoso obrigada a Sara Duarte, que sempre me incentivou e me segurou nas horas em que “desabei” por motivos pessoais e/ou por estresse e correria da graduação, foi com ela que desabafei e dividi as minhas angústias, obrigada por passar tanta confiança e está sempre do meu lado

Ao longo destes quatro anos de estudo, persistência e superação, tenho percebido que algumas coisas na minha vida não aconteceram por acaso, e uma delas foi o encontro com **Maria do Socorro Pontes**, que além de orientadora acadêmica de estágio, orientadora de iniciação científica- PIBIC e orientadora do TCC, eu ganhei uma grande amiga, uma pessoa extraordinária, que sempre me apoiou e me incentivou. Tenho aprendido muito com essa excelente profissional. Obrigada pela colaboração na conclusão desta primeira de muitas etapas da minha vida profissional.

A **Maria do Socorro farias**, orientadora de campo, obrigada por contribuir para o aprendizado contínuo da prática profissional. Outra amiga, sempre disposta a contribuir para a formação através dos ensinamentos da prática profissional.

Aos professores do curso de Serviço social- UEPB, meus mestres, a quem devo muito pelo aprendizado adquirido nestes quatro anos.

A **equipe do Serviço de Assistência Especializada (SAE) Campina Grande**, e aos usuários do serviço, especialmente os que colaboraram para a pesquisa, dedicando um pouco do seu tempo para uma conversa comigo. Sem eles este trabalho não teria o mesmo valor. Obrigada pela colaboração.

A **tod@s os meus colegas** da turma 2010.2, pessoas lindas por fora e por dentro, o meu eterno obrigado pelas amizades construídas e cultivadas.

Enfim, agradeço a todos que direto ou indiretamente contribuíram para este momento, seja com palavras de incentivo, me colocando nas suas orações, estes sem dúvida contribuíram para a minha jornada. Jornada esta, que está apenas começando, é uma batalha que se encerra, mas outras estão por vim, é a lei da vida, que nos apresenta conquistas, desafios e superação, a diferença está em termos pessoas queridas e especiais para nos apoiar e incentivar a vencer cada etapa da vida.

Meus sinceros agradecimentos!

Milca Oliveira Clementino

"Não vou dizer que é fácil e que nunca deu vontade de desistir,
mas vale muito mais a pena continuar. "

— Caio Fernando Abreu

RESUMO

O Serviço Social é uma profissão que está inserida na divisão social do trabalho na sociabilidade capitalista, compreendida no processo de reprodução das relações sociais. Particularmente no campo da saúde, a ação do profissional de serviço social incide sobre o processo saúde/doença da população, exigindo de tal profissional uma intervenção qualificada na perspectiva de contribuir para efetivação dos direitos sociais de cidadania dos usuários de tais serviços. Nesta perspectiva, o presente estudo objetivou analisar a atuação do assistente social junto as pessoas vivendo com HIV/Aids. A pesquisa ora apresentada partiu de uma perspectiva analítico crítico, caracterizando-se como um estudo exploratório e descritivo. Tal estudo apresenta uma abordagem quantitativa dos dados coletados, e foi realizada a partir de um estudo bibliográfico e da pesquisa de campo. O estudo se deu junto ao serviço de Assistência Especializada em DST/Aids e Hepatites Virais do município de Campina Grande-PB, no período de julho de 2013 à julho de 2014, tendo como sujeitos os usuários e profissionais que atuam em tal espaço, dentre estes os assistentes sociais. Foram utilizados como instrumentos de coleta de dados a observação participante, o diário de campo e a entrevista semiestruturada. A análise dos dados coletados se deu utilizando-se a técnica de análise de conteúdo a partir da percepção dos profissionais e usuários que utilizam os serviços. A análise dos dados revelou que a atuação do serviço social no referido espaço sócio ocupacional e, portanto, junto as pessoas vivendo com HIV/Aids, doença que envolve complexas dimensões da totalidade social, é desafiador, diante do atual contexto social e político de nosso país, caracterizado pelo desmonte dos direitos sociais e da precarização das condições de trabalho na saúde, o que rebate diretamente na qualidade dos serviços prestados a população. Tais desafios exigem, particularmente dos assistentes sociais, capacidade teórico-metodológica e ético-política, que possibilite uma ação crítica e comprometida com as necessidades dos usuários. Cabe enfatizar ainda, o desafio de se avançar no reconhecimento da atuação profissional por parte dos usuários e dos demais profissionais da equipe, considerando a falta de condições objetivas de trabalho, que possibilitem a efetiva qualidade dos serviços prestados as pessoas vivendo com HIV/Aids.

Palavras chave: Atuação profissional. Serviço Social. HIV/Aids.

ABSTRACT

Social work is a profession that is embedded in the social division of labor in capitalist sociability, understood in the reproduction of social relations process. Particularly in the health field, the action of the social service professional focuses on the health / disease process of the population, requiring a qualified professional such intervention in order to contribute to the fulfillment of social citizenship rights of users of such services. In this perspective, the present study aimed to analyze the role of social worker with people living with HIV / AIDS. The research presented here began with a critical analytical perspective, characterized as an exploratory and descriptive study. This study presents a statistic analysis of the data collected, and was carried from a literature study and field research. The study was given by the Specialized Care for STD / AIDS and Viral Hepatitis of the city of Campina Grande-PB service from July 2013 to July 2014, having as subject users and professionals working in this space, among these social workers. Were used as instruments to collect data on participant observation, field diary and a semistructured interview. The analysis of the collected data was done using the technique of content analysis from the perception of professionals and users who use the services. Data analysis revealed that the performance of social service in that occupational social space and therefore with people living with HIV / AIDS, a disease that evolves complex dimensions of the social totality, is challenging, given the current social and political context of our country, characterized by the dismantling of social rights and casualization of working conditions on health, which directly refutes the quality of services provided to população. Tais challenges, require particularly social workers, theoretical-methodological and ethical-political capacity, which enables a critical and committed to the needs of the users action. It should be emphasized also the challenge of moving forward in the recognition of professional performance by the users and the remaining team members, considering the lack of objective work conditions, that enable effective quality services to people living with HIV / AIDS.

KEYWORDS: Professional performance. Social Service. HIV / AIDS.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico1 - Faixa etária dos usuários entrevistados	61
Gráfico 2 - Distribuição dos usuários entrevistados por sexo	62
Gráfico 3 - Distribuição dos usuários entrevistados pelo tipo de Escolaridade	63
Gráfico 4 - Estado civil dos usuários entrevistados	64
Gráfico 5 - Situação ocupacional dos usuários entrevistados.....	65
Gráfico 6 - Tipo de moradia dos usuários entrevistados	66
Gráfico 7 - Usuários entrevistados que possuem filhos ou não.	67
Gráfico 8 - Quantidade de filhos dos usuários entrevistados que disseram possuir filhos .	68
Gráfico 09 - Renda Individual dos usuários entrevistados	69
Gráfico 10 - Origem da Rendados usuários entrevistados	70
Gráfico 11 - Usuários entrevistados que recebem benefício social	71
Gráfico 12 - Há quanto tempo estão (usuários) em tratamento no SAE/CG.....	80

LISTA DE SIGLAS

ABIA - Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids
AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AZT- Zidovudina
CBAS- Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais
CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEME- Central de Medicamentos
CFESS- Conselho Federal de Serviço social
CNS- Conselho Nacional de Saúde
DATAPREV- Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social
DSTs- Doenças sexualmente transmissíveis
GAPA - Grupo de Apoio a Prevenção da Aids
HIV- Virus da Imunodeficiência humana
IAP- Instituto de Aposentadoria e pensão
IAPAS- Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social
INAMPS- Sistema Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LBA - Legião Brasileira de Assistência
OMS- Organização Mundial da Saúde
ONG- Organização não governamental
PN/DST- Programa Nacional de Aids
PVHA - Pessoas que vivem com HIV/Aids
SAE/CG- Serviço de Assistência Especializada de Campina Grande-PB
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública
SICLOM- Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIM- Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINPAS- Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social
SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SUS- Sistema Único de Saúde
UNAIDS - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids
ADT - Realização de Atendimento Domiciliar Terapêutico

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
CAPÍTULO I – A AIDS E A POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO NO BRASIL	19
1.1 HIV/Aids: surgimento, evolução e tendências da epidemia no Brasil	19
1.2 Contextualizando a Política de Enfrentamento do HIV/ Aids.....	24
CAPÍTULO II- O SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE E A EPIDEMIA DO HIV/AIDS	36
2.1 O Serviço Social na área da saúde: abordagem histórica	36
2.2 A inserção dos Assistentes Sociais na saúde e as particularidades de atuação junto às Pessoas Vivendo com HIV/Aids.....	49
CAPÍTULO III – LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS: OS RESULTADOS DA PESQUISA	56
3.1 O Lócus da Pesquisa: Caracterizando o Campo de Estágio	56
3.2 Aspectos metodológicos da pesquisa e apresentação e discussão dos dados coletados	59
3.2.1 Perfil socioeconômico dos usuários entrevistados.....	60
3.2.2 Análise das falas dos usuários	72
3.2.3 Análise das falas dos profissionais	86
3.2.4 Análise das falas dos assistentes sociais do SAE	92
APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS	101
REFERÊNCIAS.....	103
APÊNDICES	109
ANEXOS	117

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), doença que se manifesta em pessoas que contraíram o vírus HIV, teve os primeiros casos identificados nos Estados Unidos em finais dos anos 1970, no entanto rapidamente se propaga pelo mundo. Os primeiros casos identificados da doença no Brasil foram constatados na década de 1980, na cidade de São Paulo, sendo logo em seguida notificados no Rio de Janeiro. De início houve forte resistência por parte das instâncias governamentais no enfrentamento do HIV/Aids, por ser vista como uma doença de ocorrências isoladas, restrita a segmentos sociais específicos, pois se acreditava que não se tratava de uma epidemia e que a população como um todo não estava suscetível a adquirir o vírus.

A doença atingiu inicialmente homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas ilícitas, no entanto esse perfil foi se modificando ao longo do tempo e atualmente, a epidemia de HIV/Aids ultrapassa destaca-se por afetar indivíduos que se encontram vulnerabilizados nos diversos aspectos sociais, econômicos e culturais. Hoje a doença apresenta características como: feminização, juvenização, interiorização, envelhecimento e pauperização. (SANTOS, 2005)

Os números de novos casos de AIDS continuam a crescer em âmbito mundial, aproximadamente 33 milhões de pessoas vivem com HIV/Aids (PVHA) em todo o mundo. Considerando tais dados é possível afirmar que a epidemia de Aids continua a ser um dos grandes desafios para a saúde global (UNAIDS, 2013). Cabe destacar que são muitas as dificuldades enfrentadas pelas pessoas vivendo com HIV/Aids em seu cotidiano, podendo se destacar o estigma, a discriminação, a baixa qualidade do tratamento dispensado pelas instituições de saúde, enfim o desrespeito aos direitos sociais de cidadania. Portanto, os desafios postos no âmbito da saúde pública vêm solicitando a intervenção de profissionais com conhecimentos técnicos e científicos que extrapolam o conhecimento médico (ROCHA, 2005).

A Aids é uma doença que envolve questões de ordem psicológica e principalmente social, com destaque para aquelas que envolvem o convívio familiar, a aceitação, o preconceito e as diversas manifestações da questão social que envolve o processo saúde-doença. Nesse âmbito, o assistente social é um profissional requisitado para o trabalho multidisciplinar e interdisciplinar, procurando dentre outras funções desenvolver ações de prevenção e aconselhamento; acompanhamento do tratamento dos usuários; orientação social;

informação acerca dos direitos e deveres e elaboração e execução de projetos sociais que possam contribuir para uma melhor qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids.

Cabe destacar que a intervenção dos assistentes sociais no campo da saúde pública, e especificamente no enfrentamento da “questão social” da Aids, ocorre mediatizada por uma política de saúde fragmentada e de baixa qualidade, com suas ações restritas descontínuas e focalizadas (ROCHA, 2005).

Nessa perspectiva a presente pesquisa visou analisar a atuação do assistente social junto às pessoas vivendo com HIV/Aids levando em consideração os limites e as possibilidades de atuação do profissional, no âmbito de tal política. O presente estudo buscou analisar tal atuação a partir da percepção dos profissionais, dentre eles os assistentes sociais, e usuários do Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids e hepatites virais (SAE) no Município de Campina Grande-PB.

Constituíram-se como objetivos específicos do presente estudo, identificar os principais desafios enfrentados pelo serviço social, na perspectiva de responder as demandas postas no cotidiano da prática; analisar a percepção que os usuários e profissionais do SAE têm acerca do trabalho desempenhado pelos assistentes sociais dentro da instituição; Verificar quais as contribuições o serviço social tem trazido no âmbito da garantia dos direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids atendidos pelo serviço; analisar as condições objetivas e subjetivas de trabalho do assistente social em tal espaço; traçar o perfil sócio-econômico dos usuários pesquisados e contribuir com os estudos teóricos e práticos já existentes em torno da temática.

O Serviço de Assistência Especializada (SAE) , foi fundado em Campina Grande-PB, em agosto de 2003. Tem a função de suporte ambulatorial; assegurar aos usuários assistência durante o período de tratamento clínico; orientar e encaminhar os usuários a outros serviços e incentivar a adesão ao tratamento, objetivando assim uma melhoria na qualidade de vida dos mesmos. Em síntese, o objetivo deste serviço é prestar atendimento integral aos usuários, por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, odontólogos, psicólogos, nutricionistas, entre outros.

Cabe destacar no que se refere particularmente ao assistente social, enquanto profissional que vem atuando no enfrentamento da epidemia do HIV/Aids, que considerando a complexidade que envolve a doença e as limitações apresentadas no âmbito da saúde pública no Brasil, que esse profissional vem se deparando com inúmeros dilemas e desafios na perspectiva de construir uma atuação qualificada e que venha efetivamente contribuir com a garantia dos direitos sociais de cidadania dos usuários dos serviços voltados a tal segmento.

Nessa perspectiva, o pressuposto que orientou o referido estudo é o de que a prática profissional do assistente social no campo da saúde, e particularmente em relação à epidemia do HIV/Aids, enfrenta dilemas e desafios frente a atual configuração do Sistema Único de Saúde no Brasil, o que rebate diretamente nas condições objetivas e subjetivas de trabalho dos profissionais que atuam em tais espaços.

É importante destacar que o presente estudo e os seus resultados, possibilitará uma reflexão dos profissionais que atuam junto às pessoas vivendo com HIV/Aids em torno de sua atuação, na perspectiva de contribuir para construção de uma intervenção mais qualificada frente as demandas postas no cotidiano da prática. Ressaltamos, ainda, a relevância do estudo para subsidiar outros trabalhos de pesquisadores, estudantes, profissionais e docentes de serviço social e áreas relacionadas à temática aqui abordada.

A aproximação com a temática se deu a partir do estágio curricular obrigatório em serviço social, realizado no SAE, no período de julho de 2013 à julho de 2014.

O referido estudo caracterizou-se do tipo exploratório e descritivo, partindo de uma perspectiva analítico crítica da realidade. A pesquisa apresenta uma abordagem quanti-qualitativa dos dados coletados. No que se refere aos instrumentos de coleta dos dados, utilizamos o roteiro de entrevista semiestruturada, a observação participante e o diário de campo. Durante o período de coleta de dados o Serviço de Assistência Especializada, possuía 642 pessoas vivendo com HIV/Aids cadastradas e considerando que durante nossa inserção em campo de estágio tivemos uma maior aproximação com alguns dos usuários do serviço, através de atividades como sala de espera e ficha cadastral, destes, optamos por entrevistar 10 usuários, através da amostra intencional. Participaram também da investigação os profissionais de serviço social que são em número de 04, incluindo-se a coordenadora do Serviço e os demais funcionários da instituição, dentre estes: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 psicólogo, 01 farmacêutico.

No que se refere à análise dos depoimentos, utilizou-se da análise de conteúdo, com uma abordagem crítica quanto a compreensão das falas dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

Visando um maior entendimento acerca da história e do desenvolvimento da epidemia da Aids, bem como das iniciativas para seu enfrentamento, e como o serviço social se insere dentro da política mais ampla, qual seja, a política de saúde, que o presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) se estrutura em três capítulos.

No primeiro capítulo, contextualizamos o HIV/Aids e a política de enfrentamento no Brasil.

No segundo capítulo, apresentamos uma abordagem histórica da inserção do serviço social na saúde, trazendo, contudo, as particularidades da atuação do assistente social junto as pessoas vivendo com HIV/Aids .

No último e terceiro capítulo, trazemos a caracterização do Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids e Hepatites virais do município de Campina Grande- PB. Espaço este onde foram coletadas as informações acerca do trabalho do assistente social junto às pessoas vivendo e convivendo com HIV/Aids. Ainda neste capítulo apresentamos o perfil dos sujeitos usuários envolvidos na pesquisa, e o resultado final da pesquisa com as análises dos depoimentos coletados junto aos profissionais (dentre estes os assistentes sociais) e usuários que participaram da presente pesquisa.

CAPÍTULO I

A AIDS e a Política de
Enfrentamento no Brasil

CAPÍTULO I – A AIDS E A POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO NO BRASIL

Após três décadas de surgimento da Aids no Brasil e no mundo, importa analisar como se desenvolveu as iniciativas para enfrentar a disseminação da doença, quais os avanços conquistados ao longo dos anos, e como se constituem as primeiras ações governamentais mediante o surgimento dos primeiros casos notificados no país, tendo em vista que a doença passou a exigir esforços dos vários segmentos sociais para enfrentar um enigma que se apresentava como um caso de saúde pública, em um contexto de crise econômica no Brasil. Assim,

O sentimento de urgência dado pela precariedade da vida com HIV/Aids imprimiu um desafio permanente e de longo prazo para a sociedade e para o governo. Ambos trabalham juntos para melhorar as respostas em múltiplos níveis, repensar e avaliar não só o programa, mas também suas ações e desdobramentos. Grupos comissões, seminários, câmaras técnica, simpósios, congressos, pesquisas se unem e somam esforços para reduzir os obstáculos estruturais, programáticos, culturais, éticos, políticos e religiosos da prevenção, da assistência e do tratamento em HIV/Aids (COUTO, 2007, p.111).

Mesmo após várias conquistas e esforços para conter a disseminação do vírus causador da Aids, ainda existem muitos desafios postos. A prevenção é o primeiro passo, e o tratamento para quem descobrir ter contraído o vírus HIV é essencial. O número de casos de Aids notificados no país é alarmante. Segundo estimativas realizadas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, aproximadamente 718 mil pessoas vivem com HIV/Aids no Brasil (BRASIL, 2013).

Nesta perspectiva, buscaremos neste capítulo, contextualizar o surgimento, evolução e tendências da epidemia do HIV/Aids no Brasil, e a política de enfrentamento da doença.

1.1 HIV/Aids: surgimento, evolução e tendências da epidemia no Brasil

Segundo o Programa Nacional de Aids, na metade do século XX já se começou a notar a infecção pelo HIV. Os primeiros relatos são de que a doença surgiu na África Central, pela mutação do vírus do macaco, sendo transmitido para o homem pela manipulação de carnes de chimpanzés infectados. Esse relato de transmissão é propagado por diversos autores, que difundem da idéia de que o vírus passou para o ser humano através do “contato íntimo desses animais com os nativos africanos, quer por arranhaduras ou mordidas, quer pelo hábito dessas

populações ingerir como alimento a carne de macaco mal cozida, contendo em seus tecidos e fluidos (sangue, secreções) o vírus causal da Doença” (VERONESI, 1991, *apud* PINTO et al, 2007, p. 47).

Entretanto, os primeiros casos clínicos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, conhecida mundialmente como Aids, doença que se manifesta em pessoas que adquiriram o vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência humana), é identificada pela primeira vez nos Estados Unidos, no final de 1970. Surge em uma época que as autoridades sanitárias mundiais julgavam que as doenças infecciosas estavam controladas, atribuindo tal controle às tecnologias e ao saber médico moderno. Acrescenta-se que,

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) foi reconhecida em meados de 1981, nos EUA, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de San Francisco, que apresentaram “sarcoma de Kaposi”, pneumonia por *Pneumocystis carinii* e comprometimento do sistema imune, os quais, sabemos, hoje são características típicas da aids (PINTO et al, 2007, p. 45).

No Brasil, conquanto, considerando o tempo de incubação do vírus, pode-se deduzir que o HIV tenha chegado ao país ainda nos anos 1970, tendo em vista, que o vírus pode passar vários anos sem se manifestar. (PARKER, 1997). Assim, os primeiro casos registrados pelo Sistema de Vigilância Sanitária foram identificados em 1982, em sete pacientes homo/bissexuais. A doença surge como um problema de saúde que evolui rapidamente, demonstrando as diversas contradições sociais, econômicas e culturais existentes no país (MARQUES, 2002).

Importa considerar, contudo, que o HIV e a Aids surgem como uma importante expressão da “questão Social¹”. Expandiu-se rapidamente atingindo diferentes países (ROCHA, 2005). O HIV/Aids ultrapassa barreiras/fronteiras, atinge de forma indiscriminada todos os continentes. Um dos continentes de maior incidência de pessoas infectadas pelos vírus é o continente Africano, com uma população que apresenta baixa escolaridade, pouca informação, altas taxas de pobreza extrema, e poucos recursos médicos. Atualmente, o índice de africanos acometidos pelo HIV e pela Aids continua crescendo, chegando a superar os demais países.

¹ Deve-se compreender a “Questão social” enquanto o conjunto *das* expressões das desigualdades da sociedade capitalista. Sociedade esta que tem uma raiz comum, qual seja: a produção é social enquanto que a apropriação dos frutos desta produção é privada, ou seja, pouco se apropriam da riqueza socialmente produzida. (IAMAMOTO, 2004). Mediante isso inúmeros problemas de ordem econômica, social e política eclodem na sociedade.

Importa frisar que o Vírus da Imunodeficiência Humana- HIV, ataca as células CD4, que são responsáveis pela proteção do nosso corpo contra algumas infecções. Quanto maior for a presença do HIV e menor for o número de célula CD4 no sangue, maior será a probabilidade de ser acometido por uma doença oportunista, e menor será a eficácia do tratamento. A Síndrome da Imunodeficiência adquirida - Aids, é uma síndrome que se manifesta através de doenças oportunistas causadas pela infecção do vírus HIV e, portanto, pelo decréscimo de células CD4 no sangue, quando estas se manifestam costumam-se dizer que a pessoa está doente de Aids.

As vias mais comuns de transmissão do vírus HIV são: através de relações sexuais sem proteção com parceiro contaminado; transfusão de sangue contaminado; partilha de objetos perfurantes contaminados; equipamento de uso injetável contaminado e transmissão da mãe para o bebê, durante a gravidez, através do aleitamento materno, ou na chamada transmissão vertical, que se dar durante o parto natural.

Quando a doença surge, emerge com ela a caracterização de uma doença contagiosa, incurável, ligada principalmente à homossexualidade. Dessa forma surgem vários estigmas associados a Aids, fazendo com que a doença tomasse uma dimensão que associava preconceito e morte, que ainda hoje permeia a vida dos que vivem com a doença.

O HIV/Aids, quando surge, era entendido pela sociedade e pelo Estado, como sendo uma doença externa ao país. Ou seja, não se acreditava que a doença fosse tomar a dimensão que tomou, passando rapidamente de epidemia para uma pandemia. Isso se deu pelo fato de as primeiras notificações serem em pessoas de classe econômica alta, sobretudo, homossexuais que viajavam para fora do país, especialmente para os Estados Unidos (PEREIRA; NICHIATA, 2011).

Desde os primeiros casos registrados da doença no País na década de 1980, que a epidemia da Aids experimentou profundas mudanças no que diz respeito ao perfil e localização (marcadamente na sua gênese de forma regional, atingindo especialmente as cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, e restrita a determinados segmentos populacionais).

É importante acrescentar que as primeiras notícias veiculadas sobre o HIV/Aids, tratavam a doença como “peste gay”, pelo fato dos primeiros casos serem descobertos em homens que se relacionavam com outros homens. Logo depois foi descoberto que a doença estava atingindo prostitutas, travestis e usuários de drogas ilícitas. Tais pessoas foram denominados como “grupo de risco” provocando medo à população dita fora do “grupo de risco”, ocasionando o isolamento social de tais indivíduos.

Essa idéia de “grupo de risco” foi se desconstruindo a partir do momento em que o HIV/Aids passou a atingir casais heterossexuais, adolescentes, jovens, idosos e mulheres casadas e com parceiros fixos.

Assim, é possível distinguir no Brasil três momentos distintos na evolução da epidemia. Um primeiro momento que vai da gênese até 1986, este momento caracterizou predominantemente pela infecção nas relações homossexuais com nível alto de escolaridade; o segundo momento ocorreu entre 1987 e 1990 (em 1990 passou a ser epidemia de caráter nacional) as características principais foram o aumento dos números de casos pelo uso de drogas injetáveis, diminuição da faixa etária e uma maior disseminação em pessoas com práticas heterossexuais; a terceira fase ocorre a partir dos 1991 até os dias atuais, caracteriza-se e acentua-se a disseminação em casais heterossexuais em vários níveis de escolaridade e classes sociais, em especial as mulheres (BRASIL, 2001).

Observa-se, portanto, que ao longo dos anos o perfil da doença foi se modificando, hoje tem-se uma maior notificação em casais heterossexuais de idade mais avançada (atingindo as pessoas da chamada terceira idade); em pessoas com menos escolaridade; afetando também as classes menos favorecidas; houve um aumento entre as mulheres, e também um aumento em outras regiões do país, atingindo principalmente as regiões norte e nordeste. O que se percebe, contudo é que a doença acompanha novas e também antigas problemáticas que dificultam o controle a sua disseminação, tais como: tabu de se falar da sexualidade, fatores culturais, preconceito, relações de gênero, valores morais e religiosos, machismo, medo da morte, entre outros.

No caso da juvenização da doença, a prevalência da infecção pelo HIV apresenta tendências de aumento entre os jovens. Na faixa etária de 17 a 21 anos de idade, a prevalência de infecção pelo HIV transpôs de 0,09% em 2002 para 0,12% em 2007, sendo que o aumento mais expressivo foi na população de HSH (homens que fazem sexo com homens) jovens, cuja prevalência subiu de 0,56% em 2002 para 1,2% em 2007. Desde 2008, o número de casos de Aids em homens jovens tem aumentado (BRASIL, 2013).

Em relação aos casos notificados por região, analisando o Boletim Epidemiológico HIV/Aids (2012), observa-se que os casos de AIDS manteve-se estabilizado na Região Sudeste, no Sul e Centro-Oeste e aumentou no Norte e Nordeste. Como é expresso nos dados, em 2012, foram notificados no Sinan², declarados no SIM³ e registrados no

² SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

³SIM- Sistema de Informações sobre Mortalidade

Siscel/Siclom⁴ 39.185 casos de Aids, dos quais 16.398 (41,8%) na Região Sudeste, 8.571 (21,9%) na Região Sul, 7.971 (20,3%) na Região Nordeste, 3.427 (8,7%) na Região Norte e 2.818 (7,2%) na Região Centro-Oeste (BRASIL, 2012).

Com base no Boletim Epidemiológico HIV /Aids mais recente, o de 2013, a epidemia de Aids encontra-se registrada em território nacional, do total de casos registrados no Sinan, declarados no SIM e registrados no Siscel/Siclom, entre 1980 e junho de 2013, assim está distribuída: 379.045, (55,2%) são da Região Sudeste; 137.126 (20,0%) da Região Sul; 95.516 (13,9%) da Região Nordeste; 39.691 (5,8%) da Região Centro-Oeste; e 35.100 (5,1%) da Região Norte. Ainda considerando os dados dos 686.478 casos de Aids, 445.197 (64,9%) são do sexo masculino e 241.223 (35,1%) do sexo feminino (BRASIL, 2013).

Observando os dados apresentados, referentes a 2012 e 2013, e os demais boletins epidemiológicos, acerca da doença no Brasil, percebe-se que o sudeste ainda continua sendo a região mais atingida pelo vírus HIV, entretanto, mostra moderada alteração, já as regiões norte e nordeste vem apresentando um número crescente de notificações. Isso vem reforçar um aspecto considerável em relação à tendência da epidemia da Aids, que é o processo de interiorização da doença. Contata-se que ocorre uma desaceleração nos grandes centros, enquanto que, nos municípios menores a epidemia está em fase de expansão.

Do total de 709.477 casos de Aids identificados no Brasil desde 1980 até junho de 2013, 64.268 (9,1%) foram notificados segundo a definição de caso pelo critério óbito, sendo 43.184 (67,2%) no sexo masculino e 21.079 (32,8%) no sexo feminino (BRASIL, 2013).

Ressalta-se que nos últimos anos houve um grande aumento de casos de AIDS entre as mulheres, no entanto, a maior notificação ainda prevalece entre os homens. Entretanto, em meados da década de 1990, nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro a AIDS foi a principal causa de óbitos entre mulheres em idade de 20 a 34 anos. Já em 1998 tornou-se a principal causa de morte entre as mulheres as faixa etária já citada em todo o país (PARKER, 2003).

Analisando os dados apresentados nos Boletins Epidemiológicos sobre HIV/Aids, observa-se que nos últimos 10 anos a taxa de mortalidade por Aids vem diminuindo no Brasil, no entanto, esta tendência não é observada para todas as regiões, tendo em vista que o aumento de notificações na regiões Norte e Nordeste é acompanhada pela tendência do aumento de óbitos (BRASIL, 2013).

⁴ SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais / SICLOM- Sistema de Controle Logístico de Medicamentos.

Diante da complexidade de fatores que envolvem a Aids e seus determinantes, importa analisar quais as medidas em termos de políticas públicas, para o enfrentamento da doença foram tomadas desde o surgimento dos primeiros casos registrados no Brasil.

1.2 Contextualizando a Política de Enfrentamento do Hiv/Aids

A história da Aids no contexto brasileiro, é acompanhada pela mobilização da sociedade civil, que teve um papel importante na construção de estratégias na luta contra a propagação da doença. As primeiras mobilizações levadas às ruas possibilitaram a exposição do debate e, conseqüentemente o conhecimento do surgimento de uma doença nova que chegava ao país. Estas mobilizações possibilitaram ainda o debate contra a estigmatização e o preconceito contra os homossexuais e exigiram respostas por parte do Estado (PEREIRA; NICHIATA, 2011).

A pandemia da Aids tomou novas configurações ao longo dos anos, tornando-se uma problemática que envolve, dentre outros fatores, questões relacionadas à qualidade de vida, políticas de enfrentamento, e militância da sociedade civil. Desde a notificação dos primeiros casos, antigas e novas iniciativas são demandadas. A propagação do vírus exige das instâncias responsáveis iniciativas que visem controlar a sua disseminação, o que prevalece até os dias atuais⁵. Acrescenta-se,

Enquanto um problema de saúde pública, a Aids vem demandando, a cada ano, novas formas de ações na perspectiva de um efetivo controle desta doença, atividades estas pautadas em práticas educativas que visam reverter o quadro crescente de sua disseminação (ROCHA 2005, p.01).

Foi no ano de 1983 que ocorreram as primeiras mobilizações acerca do HIV/Aids no Brasil. Nesse período,

(...) oficialmente a secretaria de saúde de São Paulo, através da divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária (DHDS), e o Instituto de Saúde composto por médicos sanitarista, infectologistas e demais profissionais formaram um grupo para estudar medidas de enfrentamento ao problema em âmbito estadual (SANTOS, 2005, p.51).

⁵ É importante destacar que quando a doença surge no Brasil, ainda prevalecia no âmbito da saúde o modelo médico assistencial- privatista modelo este que se origina nas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS) em 1923. Em tal modelo a saúde estava vinculada à previdência social e, suas características se pautavam em ações que estavam ligadas meramente a prática curativa, individualista e ações de baixa efetividade (SANTOS, 2005).

De início houve forte resistência por parte das instâncias governamentais em atender de forma eficaz ao surgimento e propagação da doença, pois acreditavam que não se tratava de uma epidemia e que a população como um todo não estava suscetível a adquirir o vírus. Houve, conquanto, um descaso em relação à doença, as instâncias governamentais preocupavam-se com outras questões. E quanto às finanças, era um período em que se buscava conter gastos no país, resultando no não enfrentamento necessário da doença.

No início da década de 1980, o entendimento era o de que a doença estaria restrita alguns grupos específicos: homossexuais, usuários de drogas injetáveis e prostitutas, parcela esta da população considerada minoria e, nessa perspectiva, a necessidade da construção de uma resposta governamental foi descartada.

Verifica-se, conquanto, mudanças e avanços em relação às respostas sociais e políticas à epidemia, que gradativamente e significativamente sofreram alterações ao longo da história, bem como das respostas governamentais, em âmbito municipal, estadual e federal para enfrentamento da doença. Desta forma, a história da epidemia do HIV/Aids no Brasil parece ser caracterizada por um conjunto de períodos históricos bastante óbvios – períodos que se cruzam de inúmeras maneiras com a história mais ampla da vida política do país (PARKER, 1997).

O referido autor, caracteriza a política de HIV/Aids no país em quatro períodos, que vai desde o surgimento dos primeiros casos registrados aqui (reforçamos que foi identificado pelo sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE) pela primeira vez no ano de 1982 no Estado de São Paulo), até os anos 1997. É importante destacar o período histórico e o momento em que vivia o país durante os primeiros casos notificados da doença.

(...) não se trata, entretanto, de um fato insignificante [...] que a primeira década da epidemia de HIV/AIDS no Brasil tenha acontecido não só durante o período de redemocratização da sociedade brasileira, mas durante um período de mudanças intensas nas relações entre países desenvolvidos e em desenvolvimento devido à crise internacional da dívida nos anos 80 (PARKER 1997, p.12).

Logo, é nesse cenário de profundas mudanças na sociedade brasileira, que ocorre o surgimento da epidemia de HIV/Aids. Surge em um período caracterizado por mudanças históricas em âmbito social, político e econômico. Particularmente no campo da saúde, tratou-se de um momento em que o Estado é chamado à ampla intervenção na saúde, em que esta passa a ser questão de saúde pública (BRAVO, 2008).

Em resumo, a década de 1980 marca a passagem do governo militar para o democrático, é um década perdida do ponto de vista econômico. Contudo, caracteriza-se

como uma época de forte mobilização e reivindicação dos movimentos populares e sindicais. Na saúde, novos sujeitos sociais, dos quais se destacam, além dos profissionais da saúde, o movimento sanitário, os partidos políticos (oposição) e os movimentos urbanos, passam a discutir as condições de vida da população, e as propostas governamentais para o setor. Assim a saúde passa a assumir uma dimensão com caráter político, tendo em vista a participação e as reivindicações populares (IDEM, IBIDEM).

No que se refere à política de enfrentamento ao HIV, Parker (1997) destaca que as primeiras iniciativas surgem a partir de mobilizações da sociedade civil, com destaque para a criação das ONGS/Aids.

A **primeira fase** da política de enfrentamento ao HIV/Aids, se deu em 1982 e foi até 1985. Período este em que foram realizadas as primeiras reuniões de trabalho no Ministério da Saúde visando à criação de um programa nacional de AIDs, período também em que foram fundadas as primeiras ONGs/Aids (PARKER, 1997).

Importa ressaltar nessa primeira fase, que foi um momento marcado pela omissão por parte das instâncias públicas e do ministério da saúde, acompanhado por uma onda de pânico e medo da população. Até 1985, não havia nenhuma resposta oficial por parte do governo federal em relação a Aids, embora já existisse uma forte pressão por parte dos movimentos homossexuais, organizados em torno do grupo “gay paulista”, que foi responsável pelos primeiros trabalhos informativos junto a comunidades. Dentre outras informações, o grupo distribuía folhetos que informavam sobre a doença e as formas de prevenção (PARKER, 2003).

Portanto, o que se observa neste primeiro momento foram respostas de baixo para cima, ou seja, movimentos que surgem através das classes mais afetadas, sobretudo dos homossexuais. Essas mobilizações culminaram na criação das primeiras ONGs/Aids que tiveram papel fundamental para que as primeiras iniciativas governamentais fossem tomadas.

A primeira ONG/Aids, a ser instituída no país foi o Grupo de Apoio a Prevenção da Aids (GAPA) na cidade de São Paulo, formada por voluntários uma marca forte dessa organização era a ênfase no que diz respeito à discriminação das pessoas soropositivas. Uma das principais contribuições do GAPA/SP foi a instalação de um serviço de assessoria jurídica às pessoas que viviam com a doença (GALVÃO, 1997).

No Rio de Janeiro, destaca-se a Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), instituída em 1986, que desde a sua criação buscou uma articulação com as políticas de Aids. Foi a primeira entidade a ter como presidente e fundador uma pessoa assumidamente soropositiva, o sociólogo Hebert José de Souza - o Betinho (IDEM, IBIDEM).

Com a mobilização da sociedade civil, juntamente com o apoio e pressão de um número crescente de programas estaduais e municipais de Aids, com o objetivo de se obter respostas a nível federal, é que ocorre a criação de um Programa Nacional de Aids. Nesse período, não dava mais para ignorar a doença. Nesse sentido é que o PN/Dst/Aids foi instituído pela portaria 236, de 02 de maio de 1985 e,

(...) se consolida efetivamente no ano de 1988, mas, ainda não possuía uma estratégia definida de ação. A sua atuação oscilou entre buscar cooperação internacional de ajuda ao combate à AIDS e dar apoio aos programas já existentes nos Estados Unidos; além de desenvolver trabalhos em conjunto com entidades religiosas, filantrópicas, particulares (que eram poucas) e com as ONGS/AIDS existentes no país (SANTOS, 2005, p. 57).

Como já foi salientado, a luta contra a Aids se dá em um período de redemocratização do país, nesse período tem-se no campo da saúde uma grande discussão, destaca-se deste momento o movimento da Reforma Sanitária com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, assim como a proposição do Sistema Único de Saúde, conquistado com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

Neste período se propõe investimentos na área sanitária, assistência médica e discurso contra a discriminação. Entretanto, no que se refere às ações voltadas à prevenção, estas se restringiram a palestras, reuniões, ou seja, respostas tímidas no que se refere ao enfrentamento da doença.

Estes tímidos esforços e iniciativas foram alvo de críticas por alguns setores da secretaria de saúde do Estado de São Paulo⁶, que, como já foi destacado, foi o primeiro Estado a se organizar e propor respostas de controle a disseminação do HIV/Aids, muito antes de qualquer iniciativa a nível federal. As críticas tinham como justificativa a exagerada importância dada a um problema que era percebido como restrito e limitado, atingindo pequena parcela da população (PARKER, 2003).

Ainda segundo Parker (1997), **a segunda fase corresponde aos anos 1986 a 1990**, período este marcado por ações relativamente pragmáticas e bastante tecnicistas em relação

⁶ Essas primeiras iniciativas ocorreram no Estado de São Paulo não por acaso, alguns fatores cabem ser destacados. “ não somente pelo fato de que os primeiros casos de Aids estavam registrados em São Paulo, mas também devido a São Paulo ser, na época, o centro principal para o surgimento de um movimento pela liberação gay, sendo assim umas das poucas áreas com um eleitorado capaz de aplicar pressão política e favor da ação em relação à epidemia. Talvez mais importante ainda devido a um momento único na história política brasileira, o que era conhecido como abertura (termo utilizado para descrever o retorno gradual ao sistema civil, naquela época orquestrada pelo último dos cinco governos militares em Brasília), São Paulo foi feliz o suficiente para ter um governo que unicamente, talvez, estivesse disposto a ouvir e responder às pressões vindas da sociedade civil (PARKER, 2003, p.12).

à epidemia. Foi também nesse período que a liderança do Programa Nacional de Aids muda pela sua primeira vez. Nesse momento aumenta o número de iniciativas, cada vez mais diversificadas nas diferentes respostas governamentais a epidemia, período em que:

(...) várias iniciativas por parte da sociedade civil começaram a superar, em parte, a negação que havia caracterizado o período anterior. Um número crescente de organizações não-governamentais surgiu em todo o país, representando um papel muito importante ao chamar a atenção da mídia para a epidemia, além de pressionar os órgãos governamentais para uma resposta mais rápida e agressiva (PARKER 1997, p.10).

Portanto, foi um momento em que as ações por parte da sociedade civil, através principalmente das ONGs/Aids, tomam iniciativas mais precisas e efetivas, buscando acima de tudo mostrar que, além de um problema de saúde, a Aids era um problema que deveria ser enfrentada numa perspectiva política, com iniciativas dos poderes governamentais responsáveis.

Na esfera de governo, este período foi marcado por uma abordagem pragmática e tecnicista. À medida que prosseguia a implementação do Programa Nacional de Aids, crescia a tendência a uma centralização em Brasília, o que provocou tensões entre o Programa Nacional de Aids e os mais experientes programas estaduais e municipais espalhados pelo país, que passaram a servir, principalmente, à execução de atividades planejadas em Brasília. É importante reconhecer, contudo, o progresso no que se refere ao desenvolvimento de uma política de amplo alcance em resposta à epidemia, através da articulação entre os programas de Aids e outros setores do sistema de saúde (PARKER, 2003).

Data deste período, mais precisamente do ano 1988, a aprovação de duas importantes leis: A lei 7.649/88, obrigando o cadastramento de doadores de sangue e testagem sorológica para detecção do HIV, a ser utilizado em transfusões, o que inibiu a comercialização de sangue de maneira ilegal. E a segunda lei aprovada foi a lei nº. 7.670/88 que visou estender as pessoas vivendo com Aids, o resgate do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), auxílio-doença, pensão e aposentadoria (TEIXEIRA, 1997, *apud* SANTOS, 2005).

Embora saibamos que nem tudo que está na lei é cumprido, observa-se o avanço quanto às conquistas em termo de legislações. As ações judiciais proporcionaram uma larga jurisprudência que obrigou o Estado a oferecer tratamento, integral, gratuito e de qualidade as pessoas com HIV/Aids (VENTURA, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), instituiu em 1988, o dia 1º de dezembro como o dia internacional de luta contra a Aids, que se deu como uma estratégia de mobilização, conscientização e prevenção em âmbito mundial (PARKER, 2003). Desde

então, o Ministério da Saúde lança campanhas todos os anos no dia 1º de dezembro, para divulgar informações sobre a Aids, realizando campanhas educativas. Campanhas com mesmo objetivo também são lançadas nas tradicionais festas populares do país, como exemplo o carnaval, com suas tradicionais marchinhas informando da importância de se usar camisinhas.

É viável mencionar que, embora os objetivos das campanhas visassem enfrentar o avanço da doença, muitas críticas são feitas, pela forma como eram apresentadas, que no intuito de informar e esclarecer sobre o HIV/Aids, promovia campanhas moralistas, que acarretava numa maior discriminação e preconceito para com os vivendo com a doença.

Uma terceira fase de enfrentamento da doença, se inicia nos anos de 1990 e dura até 1992. O ano de 1990 inicia-se com certo otimismo por aparte da população, haja vista, trate-se de um ano após a eleição direta para presidente ocorrida em 1989. Nesse sentido, havia a esperança que a mudança de governo traria decisões e iniciativas políticas mais importantes em relação a Aids, mas a experiência dos dois anos posteriores veio demonstrar a fragilidade das realizações conseguidas nos anos anteriores (PARKER, 1997).

No início dos anos 90 o país se encontrava em um contexto que,

(...) será o fermento para a possibilidade histórica da hegemonia neoliberal⁷; paralisado pelo baixo nível de investimentos privado e público; sem solução consistente para o problema do endividamento; e com uma questão social gravíssima. Tem-se a mistura explosiva que delinea uma situação de crise profunda (BEHRING 2011, p.140).

A adoção de medidas neoliberais rebatem diretamente nos direitos sociais até então conquistados e garantidos constitucionalmente em 1988, atingindo as políticas públicas, como a saúde, educação, entre outras.

Portanto, no ano de 1990, encontrava-se um quadro extremamente desfavorável politicamente para uma ação eficaz e contínua do enfrentamento da doença. Em relação ao Programa Nacional de Aids, foram suspensos quase que todos os seus elementos-chave. Era o período do governo Collor de Melo⁸ (1990- 1992). Momento também da falta de diálogo entre a sociedade civil e o governo federal, junto a isso estava a falta de cooperação entre o

⁷ Em síntese, o neoliberalismo consiste na tese segundo a qual o mercado é o principal mecanismo de regulação social. Desta forma retira-se do Estado as responsabilidades que antes lhe eram atribuídas, ou seja, o que se vê é um Estado máximo para o capital e mínimo para a classe trabalhadora. (NETTO; BRAZ, 2007).

⁸ Fernando Collor de Mello tomou posse da cadeira de Presidente da República em 1990, foi o primeiro presidente eleito pelo povo, seu mandato terminou em 1992 com o chamado impeachment.

Programa Nacional de Aids (com nova diretoria) e os programas estaduais e municipais, tornando-se difícil avançar em uma resposta à epidemia.

Houve, conquanto, nesse período, uma desestruturação do Programa Nacional de Aids comprometendo com isso o trabalho que até então vinha sendo desenvolvido. Período conturbado politicamente e que influenciou negativamente nas decisões e ações frente à epidemia de Aids.

Entretanto, com os avanços conquistados pelo movimento da reforma sanitária, com a conquista do SUS, e, portanto, um novo conceito de saúde advindo com a CF/88, estabeleceu-se uma ampla política de acesso aos medicamentos, que se iniciou em 1991 com a distribuição do Zidovudina (AZT) na rede pública de saúde, sendo ampliada em 1995. Vale salientar que é somente em 1996 que houve a legitimidade da política de medicamentos pelo poder legislativo. Isso se deu com a aprovação da lei 9.313/96, que passa a obrigar o fornecimento gratuito e universal dos antirretrovirais (ARV) para o tratamento das pessoas vivendo com HIV/aids (VENTURA, 2003).

Com a distribuição gratuita e universal dos antiretrovirais, ocorre a diminuição de casos de óbitos por Aids, assim como diminuiu-se as internações por doença oportunistas, embora exista a dificuldade de adesão ao tratamento, movida muitas vezes por falta de adaptação aos medicamentos, tendo em vista os fortes efeitos colaterais acarretados pelo uso, os anos de vida de uma PVHA aumentou significativamente desde a introdução e distribuição dos antirretrovirais

A quarta fase corresponde ao período de 1992 a 1997, com a reorganização do Programa Nacional de Aids no Ministério da Saúde. Nesse período ocorreu um esforço para envolver todas as entidades que se viam responsáveis nas ações voltadas para atender a epidemia, tais como: Programas governamentais, ONGs e Universidades, procurando com isso construir uma resposta nacional no enfrentamento da doença, sendo reforçado e solidificado durante o processo de elaboração para o projeto do Banco Mundial. Esse período corresponde ao governo do presidente Itamar Franco (1992- 1995).

Após duas conferências internacionais, a do Cairo sobre População e Desenvolvimento em 1994, e a de Pequim sobre as mulheres, que ocorreu em 1995,

O HIV/Aids foi incluído na agenda de uma gama cada vez mais abrangente de entidades e organizações intergovernamentais, bilaterais, nacionais e não-governamentais, sendo considerado não apenas como uma questão crucial de saúde pública, mas também como um dos problemas centrais para a política internacional de desenvolvimento neste final de século (PARKER 1999, p.08).

Desde 1993, o governo Federal assinou um convenio com o Banco mundial com intuito de fortalecer as ações de vigilância, pesquisa, assistência e prevenção. Com o apoio do Banco mundial ocorreu um aumento radical de dispêndio em programas de Aids. No entanto, problemas sérios continuaram a ocorrer, tais como, a inconsistência na distribuição de medicamentos, bem como a incapacidade de respostas aos riscos enfrentados pela população vulnerável (PARKER, 1997).

Destacam-se dentre os programas criados após os acordos internacionais com o Banco Mundial, os referentes aos programas de assistência às pessoas com HIV/Aids. A elaboração das políticas voltadas para o enfrentamento do HIV/Aids, bem como para conter a disseminação dos casos notificados no país, resultou na consolidação de diversas leis, programas e coordenações de saúde, tendo papel preponderante na organização dos serviços de Assistência Especializada (SAE) às pessoas (BRASIL, 2010, *apud* VILLARINHO et al, 2013).

Do acordo feito com o Banco mundial destacam-se três projetos que visaram a estruturação dos serviços assistenciais; a redução de novos casos; a melhoria no diagnóstico e tratamento; além do aprimorando do processo de gestão nas três esferas, entre outros.

Em 1993 resultou o primeiro empréstimo para o denominado “Projeto AIDS I”, que priorizou a implantação, bem como a estruturação de serviços assistenciais, e entrou em vigor em 1994 com vigência até 1998. Este projeto se pautava no controle da doença, e foi liberado pelo Banco Mundial um empréstimo no valor de 160 milhões de dólares. No entanto, o valor total do projeto foi de 250 milhões de dólares, sendo 90 milhões fornecidos pelo Tesouro Nacional (PARKER, 2003).

Do custo total do projeto, à maior parte foi destinada a prevenção (41,08 %); para o desenvolvimento institucional (18,56%); para a vigilância sanitária (6,48%) e para a serviços (33,84%). Percebe-se, portanto, que o foco maior era na prevenção, não desconsiderando a sua importância, outras ações fora das prioridades do projeto, como a proteção e o tratamento aos indivíduos já infectados, padecem, tendo em vista o foco nas atividades de prevenção (IDEM, IBIDEM).

Após a implementação do “AIDS I” houve nova negociação e aprovação junto ao Banco Mundial, que resultou no “projeto AIDS II”, que tinha como objetivo reduzir a incidência de novos casos, melhorar e expandir a qualidade do diagnóstico e tratamento das pessoas com DST/HIV/AIDS, salientando que o “projeto AIDS II teve vigência no período de 1998 a 2003 (SOUTO, 2003, *apud* VILLARINHO et al, 2013).

Cabe destacar que o “projeto AIDS II” foi negociado no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso (1995- 2003), que deu continuidade as ações para o enfrentamento ao HIV/Aids. Entretanto, o governo de FHC é marcado por forte tendência a privatização das organizações públicas e consolidação do projeto neoliberal. Na esfera social o que se observa é o desmonte dos direitos conquistados através de políticas públicas, ficando cada vez mais restritos e seletivos às camadas mais pobres da população.

Com a aprovação e desempenho dos respectivos projetos, as equipes do Banco Mundial e da Coordenação Nacional DST/Aids firmaram um novo convênio, desta vez denominado de “projeto AIDS III”, sendo negociado, aprovado e executado no período de 2003 a 2006, no então governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2003 a 2011). O “projeto AIDS III”, tinha como objetivos,

(...) o aprimoramento dos processos de gestão nas três esferas de governo e na sociedade civil organizada; o desenvolvimento tecnológico e científico, qualificando a resposta brasileira à epidemia, especialmente no controle das DST; a ampliação do acesso ao diagnóstico precoce do HIV e a melhoria da qualidade da atenção às DST/ AIDS oferecida pelo Sistema Único de Saúde no País (FONSECA, 2005, *apud* VILLARINHO et al, p. 274, 2013).

Vale salientar que, quando Lula é eleito presidente do Brasil pela primeira vez, chegava ao poder um representante da classe operária, com um histórico de militância e organização política sindical, portanto muito se esperava em termos de ganhos sociais, do então governo. Entretanto o que se observou, foi à continuidade dada pelo governo Lula da contra-reforma⁹ do estado, havendo um encolhimento dos espaços públicos de direito em detrimento da ampliação dos espaços privados.

Em relação ao acordo entre governo, através da Coordenação Nacional DST/Aids, e Banco Mundial, importa salientar que uma das diretrizes da instituição financeira para o financiamento, era o incentivo à aproximação entre governo e ONGS/Aids. Nessa relação, pode-se considerar por um lado o mecanismo de cooptação e controle dos espaços de participação política pelas diretrizes, tendo em vista que inúmeras organizações surgiram com mero objetivo de obter o financiamento de projetos, algumas, portanto, esvaziadas de ação política (MATOS, 2001, *apud* PEREIRA; NICHATA, 2011).

No tocante a Aids, em 2005, foram tomadas algumas medidas pelo ministério da saúde, dentre elas, à quebra de patente de medicamento Efavirez (Stocrin), do laboratório

⁹Behring (2003) argumenta que, ao contrário do que muitos defendem de reforma do aparelho do estado, para ela se trata de uma contra-reforma regressiva e conservadora.

americano Merk Sharp & Dohme. Embora haja controvérsias quanto a quebra de patente, tal medida chegou a ser elogiada pelas entidades de combate a AIDS (REVISTA ÉPOCA, 2007 *apud* BRAVO; MENEZES, 2011).

A iniciativa da quebra da patente pelo governo brasileiro se deu, em decorrência do aumento do número de pacientes em tratamento, e conseqüentemente dos gastos do governo com os antirretrovirais. Mediante isso, cresce a mobilização de técnicos do Ministério da Saúde e também do PN-DST/Aids, defendendo a fabricação dos medicamentos no Brasil através de laboratórios públicos (PEREIRA; NICHATA, 2011).

O que se pode referir é que, assim como no governo Lula, no governo Dilma (2011-ainda em exercício), a maior parte do orçamento da União é destinada ao pagamento da dívida pública. Ou seja, reduz os investimentos em políticas sociais essenciais, dentre elas a saúde, para pagamento da dívida externa. Observa-se um governo privatista, com ações focalizadas e seletivas em relação às políticas públicas, somando parcerias com o setor privado e cooptando os movimentos sociais (BRAVO; MENEZES, 2011).

Dessa forma, a militância expressa pelos movimentos sociais, sobretudo na década de 70 e início da década de 80, organizados politicamente e com embasamento crítico veio aos poucos perdendo tal característica, principalmente a partir dos anos 1990. “O militante foi se transformando no ativista organizador das clientela usuárias dos serviços sociais” (GOHN, 2008, p.83).

Em relação ao HIV/Aids, recentemente algumas medidas pontuais vêm sendo tomadas, como forma de se ter uma prevenção ampliada através dos antirretrovirais; um diagnóstico precoce, e evitar o avanço da doença. Neste ano, o Ministério da Saúde visa adotar o tratamento com antirretrovirais em pacientes adultos logo após a comprovação de infecção pelo HIV, independentemente da carga viral apresentada¹⁰, essa medida visa diminuir a taxa de transmissão do vírus, alerta o Ministério da Saúde (RADIS, 2013).

Outra medida apresentada recentemente pelo Ministério da Saúde foi o novo teste de HIV a ser disponibilizado pelo SUS e nas farmácias. A disponibilização do teste está prevista para o segundo semestre de 2014. É um teste rápido, que funciona como forma de triagem necessitando, portanto, de uma confirmação posterior através de um teste mais detalhado. A triagem é feita por meio de fluidos orais retiradas da mucosa da gengiva. Inicialmente será

¹⁰ Os antirretrovirais só poderiam ser distribuídos gratuitamente a pacientes com Células de Defesa do Organismo (CD4) abaixo de 500, que apresentasse imunidade muito baixa com risco de contrair doenças oportunistas.

priorizada a população considerada mais vulnerável, como profissionais do sexo, pessoas que usam drogas, e os presidiários (RADIS, 2014).

O Ministério da Saúde lançou este ano a campanha de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis DSTs/Aids, com o slogan “se tem festa, festinha, tem que ter camisinha”, com ênfase na faixa etária de 15 a 49 anos especialmente, a campanha não deve se restringir apenas ao período de carnaval, como usualmente ocorre, mas valendo para as demais festas populares, como as festas juninas e também o evento da copa do mundo (IDEM, IBIDEM).

Deve-se considerar os avanços no que se refere ao PNDTS/Aids, as conquistas em termos de legislações e acesso gratuito e universal ao tratamento. Entretanto, é importante salientar que ainda existe um longo caminho a se conquistar no que se refere à qualidade dos serviços prestados às pessoas vivendo com HIV/Aids. Na prática, a população usuária dos serviços de saúde e nesse âmbito incluem-se tal segmento, enfrenta vários tipos de dificuldades. Conforme destaca Santos (2005), a acessibilidade garantida na legislação é pouco visível, os serviços são precários, faltam as condições necessárias de trabalho aos profissionais, que possibilitem uma boa qualidade no atendimento, enfim são vários os desafios para se avançar efetivamente no âmbito de tal política.

Cabe destacar que as contradições presentes na política de saúde, repercutem no trabalho desenvolvido pelos profissionais que atuam em tais espaços, convivendo no cotidiano de suas práticas com uma política descontínua, fragmentada e precarizada. De acordo com a referida autora, para o assistente social que trabalha com a viabilização dos direitos sociais no campo da saúde, tal realidade compromete a garantia dos direitos sociais firmados na Constituição Federal de 1988. Certamente o profissional de serviço social enfrenta dilemas e desafios no campo da saúde ao trabalhar com o HIV/Aids, uma vez que a própria doença, pelos aspectos sociais negativos que a acompanha é desafiadora; além das mudanças em curso na política de saúde, que rebatem diretamente na ação profissional. Assim buscar-se-a apresentar tal discussão no capítulo seguinte.

CAPÍTULO II

**O Serviço Social no âmbito da
saúde e a
epidemia do HIV/Aids**

CAPÍTULO II- O SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DA SAÚDE E A EPIDEMIA DO HIV/AIDS

Historicamente a área da saúde foi o espaço sócio-ocupacional de maior inserção dos assistentes sociais no Brasil. Tal espaço, como muitos outros, tem sido permeados por conflitos e correlações de forças, presentes nos diferentes contextos históricos de existência da profissão no Brasil.

O intuito deste capítulo é fazer uma breve abordagem histórica do serviço social na área da saúde, enfatizando as mudanças ocorridas ao longo dos anos no que se refere aos rumos da profissão e da política de saúde, destacando a atuação do assistente social neste espaço. Propõe-se também a analisar as particularidades da atuação dos assistentes sociais junto às pessoas vivendo e convivendo com HIV e Aids, uma doença que envolve, além de fatores psicológicos e sociais, questões como estigma, preconceito e discriminação.

Estando inserida dentro de uma política mais ampla, a política de saúde, a Política Nacional de Combate ao HIV/Aids não fica isenta da conjuntura de desmonte dos direitos sociais que o país vivencia atualmente. Desta forma, as ações, o atendimento, a prevenção e promoção da saúde de forma geral, e em particular de combate a disseminação do vírus HIV, tem exigido e demandado por parte do Estado a construção de respostas que contribuam para a efetividade de tal política.

2.1 O Serviço Social na área da saúde: abordagem histórica

O serviço social brasileiro surge na passagem do capitalismo concorrencial para o monopolista, sua gênese se deu devido à necessidade de um profissional que lidasse com as expressões da questão social que emergiam no momento. Instituiu-se enquanto profissão, mas sem, contudo, questionar o modelo burguês de desenvolvimento. Adotou-se em diferentes momentos da profissão, teorias positivistas e psicologizantes, que reforçam a ordem societária vigente (MATOS, 2009).

As primeiras iniciativas governamentais para enfrentamento das expressões da questão social, ocorrem na década de 1930. A saúde também entra nesse bloco de questões a serem enfrentadas como caso de política, mediante ação do Estado.

Nesse período, a política de saúde formulada tinha caráter nacional, organizada em dois subsetores, quais sejam: *saúde pública*, predominante até meados dos anos 1960; sua

centralidade estava na criação de condições sanitárias mínimas para a população urbana, no que se refere à população rural esta era restrita, e a *medicina previdenciária*, surgiu a partir da criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões – IAPs, que possuíam caráter excludente e seletivo (BRAVO, 2008 grifos nossos).

É importante mencionar que eram considerados cidadãos apenas aqueles trabalhadores que estavam inseridos no mercado de trabalho. Para os que não estavam inseridos restava-lhes ações filantrópicas, com destaque para as antigas *casas de misericórdias* destinadas para quem não podia pagar pelos serviços de saúde.

De acordo com Braga e Paula(1986 *apud*BRAVO, 2008, p.91), no período que corresponde de 1930 até 1940, as principais alternativas adotadas para a saúde pública foram:

- Ênfase nas campanhas sanitárias;
- Coordenação dos serviços estaduais de saúde dos estados de fraco poder político e econômico, em 1937, pelo Departamento Nacional de Saúde;
- Interiorização das ações para as áreas de endemias rurais, a partir de 1937, em decorrência dos fluxos migratórios de mão-de-obra para as cidades;
- Criação de serviços de combate às endemias (Serviço Nacional de Febre Amarela,1937; Serviço de Malária do Nordeste, 1939; Serviço de Malária da Baixada Fluminense, 1940, financiados, os dois primeiros, pela Fundação Rockefeller – de origem norte- americana);
- Reorganização do Departamento nacional de Saúde, em 1941, que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu o controle da formação de técnicos em saúde pública.

Houve neste período, uma tímida expansão dos serviços de saúde, bem como uma maior abrangência da medicina previdenciária, que, devido às reivindicações dos trabalhadores se estendeu para um número maior de categorias de profissionais.

Em relação ao serviço social na saúde, cabe destacar que na conjuntura de 30 a 45, embora surjam algumas escolas a partir de demandas do setor saúde, a saúde não foi a área que mais concentrou estes profissionais. Isso só virá a ocorrer a partir de 1948, quando o “novo” conceito de saúde, que passa a enfocar os aspectos biopsicossociais¹¹, definiu a necessidade de incorporar outros profissionais para atuar no setor, dentre eles, o assistente social. No que se refere à atuação, “o assistente social consolidou uma tarefa educativa com intervenção normativa no modo de vida da “clientela, com relação aos hábitos de higiene e saúde (...)” (BRAVO; MATOS, p. 199, 2008).

Salienta-se deste período, que a atuação do assistente social na saúde foi identificada em conjunto com outros profissionais dessa área, como aquela que poderia colaborar para o

¹¹ Engloba fatores biológicos, psicológicos e sociais.

aprimoramento do trabalho do médico. Nessa relação com o médico, predominava a perspectiva de complementaridade (MATOS, 2009).

O lócus central de atuação dos assistentes sociais eram os hospitais e ambulatórios, colocando-se entre a instituição e a população, realizando dentre outras ações: encaminhamentos, orientações previdenciária, seleção sócio- econômica para concessão de benefícios, distribuição de auxílios materiais etc. (BRAVO; MATOS, 2008). Esta relação era mediada por uma ação “educativa”, que visava apaziguar qualquer forma de reivindicação por parte dos usuários de tais serviços.

Alguns ganhos no âmbito da profissão, foram sendo conquistados a partir dos anos 1940, tais como: a regulamentação e autonomia profissional; a constituição de entidades representativas da categoria, a organização de congressos nacionais. Importa salientar, contudo, que o serviço social ao longo dos anos vai construindo um discurso e uma prática de metodologias e teorias próprias e condizentes com cada processo interventivo- caso, grupo e comunidade, “somado à compreensão de que existiam diferentes modos de intervenção que variariam a depender do tipo de instituição em que se trabalhava. É nessa perspectiva que é cunhado o Serviço Social Médico”(MATOS, 2009, p.53).

Em relação às áreas de atuação, em fins de 1940, abre-se um novo campo de atuação para os assistentes sociais; as grandes empresas passam a compor um crescente espaço de atuação para estes profissionais. Nas instâncias assistenciais, onde se inclui as médicas, o serviço social vai logrando maior sistematização técnica e teórica de suas funções, visando a definir áreas preferenciais de atuação. No plano de ensino, a influência norte-americana é aprofundada, acentuando no serviço social o tratamento nas seguintes linhas: psicologia e psiquiatria, dos desajustamentos psicossociais (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008).

No que se refere particularmente à área da saúde, durante a 2ª Guerra Mundial foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em convênio com órgãos do governo americano e sob o patrocínio da Fundação Rockefeller. A política de saúde iniciada em 1930, veio a se consolidar no período de 1945-1950. De 1945 a 1964 houve alguns avanços principalmente no que se refere às condições sanitárias. No entanto, não se “conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade em geral” (BRAVO, 2008, p.92).

A partir dos anos 1950, o que se percebe, contudo, é um aumento e valorização de atendimento hospitalar de natureza privada. Observa-se uma ênfase na medicina privatista, aliada aos interesses capitalistas. É, sobretudo, a partir de meados da referida década, que ocorre maior pressão pela assistência médica através dos institutos, viabilizando o

crescimento de um complexo médico hospitalar, com intuito de prestar atendimento aos previdenciários.

Bravo (2008) destaca que, na década de 1950, surge a proposta racionalizadora no âmbito da saúde, principalmente nos Estados Unidos, como a medicina “integral, “preventiva e a partir de 1960, a medicina “comunitária”. No Brasil, entretanto, não teve repercussão no trabalho dos assistentes sociais na saúde e o lócus central de atuação, continuou sendo os hospitais e ambulatórios (BRAVO; MATOS, 2008).

Vale salientar ainda, que a década de 1950, é marcada pela ideologia desenvolvimentismo¹², que em síntese pode ser definida pela busca da expansão econômica acelerada, continuada e auto sustentada. A eliminação da miséria e do pauperismo seria através do trabalho, elevando-se, conforme o nível econômico, o nível de vida da população, buscando uma integração mais dinâmica dentro do processo capitalista. Apesar de a ideologia desenvolvimentista propor soluções para o que é objeto de preocupação da profissão de serviço social, não houve uma aproximação da categoria com esse processo (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008).

O que se observa no serviço social até os anos de 1960, é que não houve, por parte da categoria grandes ameaças para o projeto hegemônico, tendo em vista o não questionamento das ações e atribuições requeridas a estes profissionais. Como ressalta Iamamoto e Carvalho (2008. p. 114) a orientação predominante estava pautada por uma perspectiva de “integração à sociedade”.

Nesta época, alguns poucos assistentes sociais com posição progressista questionavam a direção do serviço social, entretanto, isso não possibilitou a sua alteração. Em 1960 este questionamento se aprofunda, surgindo um debate na profissão, que veio a questionar o conservadorismo¹³. Este fato pode ser atribuído a expansão quantitativa dos cursos de serviço social, que exigiu o recrutamento de novo pessoal docente, principalmente profissionais jovens, o que veio a possibilitar no âmbito da categoria profissional uma massa crítica. Na área da saúde este processo teve pouca repercussão. O questionamento do conservadorismo profissional pouco avançou, sendo interrompido devido ao golpe militar instaurado em 1964 (BRAVO, 1996).

¹² No Brasil, o desenvolvimentismo foi ilustrado no governo de Juscelino Kubitschek (1956-1961) em sua promessa de crescimento econômico e acelerado do país.

¹³ Importa salientar que este questionamento ao serviço social tradicional, não foi um fenômeno isolado e restrito ao Brasil, sua dimensão foi mais ampla, e foi impulsionada pelos acontecimentos, sociais, políticos, ideológicos e culturais da época (BRAVO, 1996).

Neste período o enfrentamento das expressões da “questão social” tem um enfoque diferenciado por parte do Estado, vale mencionar Motta (2008, p.93) quando esta destaca:

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital.

No que se refere à saúde, foi imposta uma medicalização, tanto na saúde pública como na previdência social, havendo um crescimento da medicina previdenciária, assumindo características capitalistas, e um declínio da saúde pública. Vê-se conquanto grandes investimentos no setor privado em detrimento do público, priorizando a assistência médica e o modelo hospitalocêntrico.

Como vêm sendo salientado, o serviço social, enquanto uma profissão que intervém nas expressões da “questão social”, sofre rebatimentos do processo mais amplo que vinha ocorrendo na sociedade, e durante o período de 1964 com a,

Instauração de novas condições com a reorganização do Estado e as modificações profundas na sociedade, sob o comando do grande capital interferiram no serviço social, especialmente em dois níveis: o da prática e o da formação profissional (BRAVO, 1996, p. 85).

Estas transformações pós-64, como veremos, rebateram na atuação dos assistentes sociais em todas as áreas. No que concerne a área da saúde, Bravo (1996) enfatiza que surgem novas exigências da política de saúde, da reorganização institucional do setor, dos movimentos sociais e da própria conjuntura em questão.

Assim, a modernização conservadora, implantada em 1964 no país, passa a exigir também a renovação do serviço social (tendo como primeira direção a perspectiva modernizadora – dominante até meados de 1970), com objetivo de adequar a profissão as exigências postas pelo processo sócio-político, tendo em vista as novas estratégias de controle e repressão que o Estado e o grande capital necessitavam para enfrentar toda e qualquer forma de reivindicação da classe trabalhadora (BRAVO; MATOS, 2008).

Na perspectiva de adequar a profissão a tal processo, destaca-se que em 1972, foi aprovado o Plano Básico de Ação do Serviço Social na Previdência, que tinha como finalidade definir a política de ação do assistente social, caracterizando o serviço social como uma atividade-fim da instituição, “tendo por meta ‘mobilizar as capacidades próprias dos

indivíduos, grupos e comunidades, com vista à integração psicossocial dos beneficiários” (BRAVO, 1996, p. 92) .

Merece destaque, também, a criação do Ministério da Previdência e assistência Social, criado em 1974, incorporando a Legião Brasileira de Assistência (LBA). Nota-se a desvinculação do sistema previdenciário do então Ministério do Trabalho. Cabe destacar ainda que 1977 efetivou-se uma nova reordenação burocrático-administrativa do sistema de saúde com a criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS). Este sistema era composto por alguns órgãos, além da LBA acima referida, pela Central de Medicamentos (CEME); pela Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATAPREV); pelo (INAMPS); pelo Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) e a Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor (FUNABEM) (AGUIAR, 2011).

O que se pode acrescentar desse período, caracterizado pela associação entre saúde e previdência, é uma forte medicalização da saúde, com ênfase em práticas curativas, e atendimento individual e especializado, com forte incentivo à indústria de medicamentos e equipamentos médico e hospitalares, contribuindo para a lucratividade das indústrias, em contrapartida, houve poucos investimentos na saúde pública.

Entende-se que, no período da Ditadura, ao mesmo tempo em que se impulsionavam políticas públicas, com caráter restrito quanto ao acesso, funcionando como estratégia de busca de legitimação, abria-se espaços para a saúde, a previdência e a educação privadas, se configurando um sistema dual de acesso, para quem pode e para quem não pode pagar (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

O serviço social na saúde, sob influência da modernização conservadora, que se operou no âmbito das políticas sociais,

(...) vai sedimentar sua ação na prática curativa, primordialmente na assistência médica previdenciária, transformada no maior empregador de profissionais. A ação na saúde pública não foi enfatizada. O sentido da prática profissional foi apreendido mitificadamente, sendo enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais, a concessão de benefícios concedidos como doação e não como direitos (BRAVO, 1996, p. 93).

A partir de 1970, a “perspectiva modernizadora” é colocada em questão, e se esboçam duas novas direções, quais sejam, a “reatualização do conservadorismo” e a “intenção de ruptura”.

No que se refere a tais vertentes, cabe destacar que a “vertente modernizadora” tem como base a matriz positivista, incorpora as abordagens funcionalistas, estruturalistas e sistêmica, com viés conservador tendo uma perspectiva de integração social através da mediação do crescimento econômico com desenvolvimento social e enfrentamento da marginalização e pobreza. A “reatualização do conservadorismo” de inspiração fenomenológica centrava-se na análise do sujeito de forma singular, em relação aos outros, ao mundo e as pessoas, esta tendência é analisada como uma forma de resgate do pensamento conservador inicial da profissão. Já a vertente “intenção de ruptura tem como base a referência marxista que remete ao serviço social a sua condição de classe. O marxismo possibilitou ao serviço social, uma leitura crítica dialética da realidade social. A primeira aproximação com o marxismo ocorreu de forma enviesada (final dos anos 70 e início dos anos 80), entretanto a partir dos anos 1990, ocorre que uma maturidade profissional que inclui a apropriação da teoria social crítica de Marx (NETTO, 2011).

Assim, Netto (1996, apud BRAVO, 1989) destaca, que é nesse processo de renovação do serviço social, que surgem várias propostas teóricas metodológicas, com diferentes ideologias, projetos profissionais em confronto, diversas concepções interventivas, práticas múltiplas, entre outros.

Apesar das várias discussões e debates no âmbito da profissão, sobretudo, o avanço das discussões da prática profissional nos congressos da categoria, podendo destacar o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) de 1979, conhecido como congresso da virada, além do fortalecimento das entidades da categoria¹⁴, o aumento das produções brasileiras¹⁵, a aproximação com o marxismo, entre outros, Bravo (1996), sinaliza que, na segunda metade da década de 80, ocorreram no âmbito da saúde significativas mobilizações, promovidos por entidades de saúde pública através de encontros e seminários, com objetivo de propor alternativas em conjunto via políticas sociais de saúde. Entretanto esse debate não chegou ao serviço social na saúde, que continuou na execução final das políticas sociais.

Observa-se que,

¹⁴ Podemos destacar desta época, a Associação Brasileira de Ensino em Serviço social (ABESS), o Conselho Federal de assistentes sociais (CFAS), Associação Nacional de Assistentes sociais (ANAS). Além dos Conselhos Regionais e Entidades Fiscalizadoras.

¹⁵ Destaca-se que no período de 1965 a 1975 o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercambio em Serviço social (CBCISS) foi o principal veículo responsável pela elaboração teórica do Serviço social e pela difusão da “perspectiva modernizadora”. Destaca-se também as publicações através da Editora Cortez e a circulação da Revista Serviço social e Sociedade, estas com caráter mais crítico (BRAVO; MATOS, 2008).

(...) os profissionais continuavam distantes da reflexão e aprofundamento teórico ocorrido no Serviço social. Os adeptos da vertente “intenção de ruptura” não conseguiram definir um novo padrão de intervenção profissional com estratégias teórico-político-ideológicas que pudessem colocar o Serviço Social em outro patamar, deslocando-o da execução terminal das políticas de saúde. Um dos indicativos dessa afirmativa se refere ao não engajamento dos assistentes sociais no “movimento sanitário” (...)” (BRAVO, 1996, p. 113).

O movimento pela redemocratização da saúde no Brasil, que surge na década de 1970 e avança a partir do contexto dos 1980, também conhecido como movimento da reforma sanitária, que culminou na criação do SUS, foi um marco de suma importância para implementação de uma política de saúde norteada pelos princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade. O processo de reforma sanitária brasileira, reuniu além de profissionais da saúde, militantes de todas as áreas, que passaram a discutir e contestar o modelo médico-assistencial privatista vigente da época (BRAVO, 2008).

Destacam-se os personagens que entraram em cena nesta conjuntura: os profissionais de saúde, o movimento sanitário, juntamente ao Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), que passam a difundir e ampliar o debate em torno da Saúde, os partidos políticos de oposição, e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (IDEM, IBIDEM).

Ainda de acordo com Bravo (2008), um importante e fundamental acontecimento desta época foi a realização da 8ª Conferência¹⁶ Nacional de Saúde, que aconteceu em Brasília no ano de 1986. Contou com a participação de quatro mil e quinhentas pessoas. A discussão da saúde ultrapassou a análise setorial, propondo, assim, não apenas o Sistema Único, mas também a Reforma sanitária, cuja principal proposta é,

(...) a defesa da Universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nesta direção ressalta-se a concepção ampliada de saúde (...) a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios de intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, município, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado (CEFESS, 2009, p. 11).

Embora em tal contexto o serviço social enquanto categoria, ainda se encontrasse desarticulado do movimento da Reforma Sanitária, e apresentasse também insuficiente

¹⁶As Conferências são encontros de diferentes representantes e segmentos da sociedade civil, com o objetivo de discutir e aprovar diretrizes para uma política específica, tais como, política de educação, de assistência, *saúde*, entre outras, os encontros ocorrem periodicamente.

produção sobre as demandas postas á prática em saúde, de modo geral, a profissão recebeu influência da conjuntura do momento, o que possibilitou ao entendimento da maturidade profissional (“intenção de ruptura” e a interlocução real com o marxismo). Entretanto, o serviço social chega aos anos 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional (BRAVO, 1996).

Data de 1988, a principal conquista, usufruto das mobilizações sociais da época. A Constituição Federal de 1988-considerada umas das mais avançadas do mundo, representando uma importante conquista da população. Tal constituição, representou um marco na democracia e significou a conquista de vários direitos sociais e trabalhistas. No que se refere à saúde, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), passando a saúde a ser um direito Universal, direito de todos e dever do Estado, compondo o tripé da seguridade social¹⁷.

Cabe destacar, em tal contexto, a importância do conceito ampliado de saúde, que passa a considerar a dinamicidade social e os fatores que influenciam no processo saúde doença, quais sejam, fatores sociais, culturais, econômicos, ambientais e políticos. Dessa forma muda-se o processo de abordagem e intervenção nos serviços de saúde, exigindo dos profissionais atuarem nas causas que podem determinar o processo de saúde/doença da população, buscando ultrapassando o modelo médico assistencial curativo.

Entretanto, logo após os avanços, no que se refere aos direitos conquistados pela população com a Constituição Federal/88, a política neoliberal implantada no país ainda no governo Collor de Mello (1990-1992) sendo dada continuidade pelos governos posteriores, vai rebater negativamente sobre estas conquistas, atingindo indiscriminadamente a saúde, a previdência e a assistência que compõem o tripé da seguridade social, assim como os direitos dos trabalhadores conquistados árdua e historicamente, usufruto de muitas lutas e reivindicações.

De acordo com Costa (1998), é no contexto dos anos 1990 que emergem um conjunto de requisições expressivas da tensão existente entre as ações tradicionais da saúde e as novas proposições do SUS e que também determinam o âmbito de atuação do profissional de Serviço Social.

Nesse âmbito o assistente social trabalha na busca de viabilização de direitos previstos em lei. Dessa forma, na cena contemporânea a viabilização destes direitos tem se tornado mais um dos desafios postos a profissão. Destaca-se que,

¹⁷Entende-se por seguridade o conjunto integrado ações, e iniciativas dos poderes públicos e também da sociedade, destinados a assegurar os direitos relacionados à previdência, saúde e assistência social.

No campo da saúde pública, a ação do profissional do serviço social incide no processo saúde/doença da população expresso nas múltiplas formas de manifestação da questão social, que nas unidades de saúde, se materializa através das doenças, deficiências e carências sócio-econômicas. A ampliação do mercado de trabalho para o assistente social nesse campo alarga-se com a implantação do SUS. Nesta área, a organização do trabalho profissional se desenvolve de uma determinada forma coletiva, envolvendo uma complexa rede de relações sociais contraditórias, permeadas de poderes e saberes diferenciados (SANTOS, 2005, p.70).

Na saúde pública, os assistentes sociais devem atuar em quatro grandes eixos, a saber: “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação; planejamento e gestão e assessoria, qualificação e formação profissional (CEFESS, 2009, p.23). Percebe-se, portanto, que o trabalho profissional do assistente social perpassa por várias ações cotidianas que demandam do profissional estar preparado para intervir e agir nas várias e complexas expressões da questão social que se apresentam em várias vertentes da ação profissional e resultam da dinâmica social, são particularidade advindas de um processo mais geral de desenvolvimento capitalista.

Importa considerar também que, o serviço social nos anos 90, é marcado pela hegemonia da tendência de “intenção de ruptura, e amadurecimento teórico, entretanto, é também nesta década que surgem algumas críticas ao marxismo, alegando que esta vertente teórica estaria ultrapassada e, portanto, não mais seria capaz de apresentar respostas para os novos desafios impostos na sociedade, que apresentava novas configurações no contexto contemporâneo (BRAVO,1996).

Apesar de alguns avanços advindos de período, estes não tiveram grande repercussão aos profissionais da área da saúde. Os profissionais que atuam nesta área, chegam aos anos 90, com uma incipiente alteração na prática profissional. Enquanto categoria continuam desarticulado do movimento da reforma sanitária, e com novas e antigas requisições de atuação, pautadas na dinâmica expressa pelo modelo vigente.

Na saúde, dois projetos apresentam-se em disputa, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária, e estes irão apresentar diferentes requisições para os assistentes sociais. O primeiro vem requisitando uma atuação com caráter psicossocial através do aconselhamento, ação fiscalizadora e assistencialista, predomina a ideologia do favor e práticas individuais. O segundo vem demandando ao assistente social uma atuação pautada na interdisciplinaridade, com ênfase na abordagem grupal, atendimento humanizado, estímulo a participação cidadã, e acesso democrático as informações, aos serviços e unidades de saúde. (BRAVO; MATOS, 2008).

O projeto neoliberal, que passa a ganhar hegemonia a partir dos anos 90, irá confrontar-se com o projeto profissional¹⁸ do serviço social, que foi tecido a partir dos anos 80 e se consolidou nos anos 90. Porém, isso não se significa que esteja pronto e acabado, pois trata-se de um projeto em contínuo processo, sujeito a novos desdobramentos, também não significa dizer que seja o único existente no corpo profissional (NETTO, 2008).

As diretrizes do projeto profissional do assistente social assinalam para um fazer profissional comprometido com a sustentabilidade, universalização e ampliação dos direitos sociais. Tem em seu núcleo o reconhecimento da liberdade como valor central, compromisso com a autonomia, a emancipação e plena expansão dos indivíduos, se vincula a um projeto societário que se propõe a construção de uma nova ordem social, sem nenhum tipo de exploração e dominação, seja de classe, etnia e gênero (IDEM, IBIDEM).

Na medida em que,

Em especial, o projeto prioriza uma nova relação com os usuários dos serviços oferecidos pelos assistentes sociais: é seu componente elementar o compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população, aí incluída a publicidade dos recursos institucionais, instrumentos indispensáveis para a sua democratização e universalização e, sobretudo, para abrir as decisões institucionais à participação dos usuários (NETTO, 2008 p. 156).

Portanto, percebe-se a importância do comprometimento do assistente social com o projeto profissional, na perspectiva de avançar numa ação qualificada que venha a atender as necessidades da população no processo saúde/doença. Cabe destacar que é na articulação do projeto da reforma sanitária com o projeto ético-político profissional, que o assistente social poderá dar respostas qualificadas e eficientes na sua prática profissional na saúde (SANTOS, 2005).

No que se refere à defesa do projeto ético-político do serviço social, atualmente é nítido o antagonismo existente entre o que defende esse projeto e a ofensiva neoliberal, pois do ponto de vista deste último, defender e implementar esse projeto é “andar na contra mão da história” (NETTO, 2008, p.158).

Essa nova tensão imposta pelo contexto vigente, de desmonte dos direitos sociais, do sucateamento das unidades de saúde pública, com o discurso que privatizar é a melhor saída

¹⁸“Os projetos profissionais [inclusive o projeto ético-político do Serviço Social] apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam os seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos e, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais, privadas e públicas (...)” (NETTO, 2008, p. 144).

para romper com alguns obstáculos dos serviços de saúde, trás a tona questões que reforçam a saúde como mercadoria e exigem novas e antigas problemáticas para os usuários e também para os profissionais que atuam nessa área.

Recentemente, o que vem sendo observado dos últimos governos brasileiros, é o incentivo a privatização e um reforço a um projeto de saúde voltado para o mercado, com incentivos a novos modelos de gestão, através das Organizações Sociais (OS), Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), Fundações Estatais de Direito Privado (Projeto de Lei Complementar nº 92/2007), e Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Todas estas organizações, integram a estratégia de contrarreforma do Estado brasileira, adotadas pela política neoliberal no contexto de crise capitalista, tendo como características o repasse de dinheiro público para entidades de caráter privado (CEFESS, 2014).

Atualmente, verifica-se em relação ao Sistema Único de saúde (SUS), o descumprimento dos dispositivos legais e constitucionais, com ênfase em ações focalizadas, acarretando na precarização, terceirização dos recursos humanos, bem como no desfinanciamento e falta de compromisso político com a política de saúde. Dessa forma algumas medidas têm comprometido a possibilidade de avanço do SUS, dos quais cabe destacar: Desrespeito ao principio da equidade dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federais, estaduais e municipais; afastamento do principio de integralidade, prioriza-se a assistência médico-hospitalar em detrimento das ações de proteção e promoção da saúde (BRAVO, 2008).

Na tensão que existe, entre os dois projetos em disputa na saúde (o da Reforma Sanitária e o privatista), vemos por parte dos últimos e do atual governo, ora o fortalecimento do primeiro, ora mantém-se a focalização e o desfinanciamento, que são características do segundo. Assim a ênfase maior tem sido dada ao projeto privatista (BRAVO; MATOS, 2008).

Assim sendo, o atual contexto, reforça a premissa que a construção e consolidação dos princípios da Reforma Sanitária permanecem como desafios principais na agenda contemporânea da política de saúde (CEFESS, 2009).

Os profissionais de serviço social, que atuam nesta área acabam se deparando, com algumas limitações que se acentuam no âmbito da atual conjuntura da política de saúde, e se expressam em exigências institucionais, levando aos assistente sociais a uma perspectiva de mera execução dos serviços prestados pela instituição empregadora, limitando-os as ações rotineira, tecnicistas e focalizadas.

Bravo e Matos (2008, p. 274) destacam que diante dos desafios impostos pela conjuntura atual da política de saúde, pensar uma atuação crítica e competente do serviço social nesta área é antes de tudo,

- Está articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária;
- Tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos funcionários nas decisões a serem tomadas;
- Elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde.

Cabe destacar que entre junho de 2008 e março de 2009, como resultado do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”, instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), que incorporou nas suas discussões e sistematizações as deliberações do 36º e 37º Encontro Nacional CFESS/CRESS, é lançado o documento intitulado “*Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde*”, que referencia as atribuições e competências dos profissionais do Serviço Social nesta área. O documento considera que o Código de Ética do Serviço Social apresenta ferramentas importantes para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas extensões: “na prestação de serviços diretos à população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social” (CFESS, 2010, p. 30).

Nesta perspectiva, o segmento dos assistentes sociais mais antenados com a ruptura profissional passa a articular esta ruptura com o projeto de reforma sanitária e, neste sentido, buscam fortalecimento no coletivo, junto aos demais profissionais da saúde e movimentos sociais defensores dos princípios do SUS.

Cabe completar, que o grande desafio posto ao serviço social - para a atuação dos assistentes sociais- é fazer uma discussão crítica, buscando romper com prática individualizantes, do favor, ajustamento, bem como de disciplinamento dos usuários. Portanto o desafio incide em construir e fortalecer práticas voltadas para potencializar a capacidade de participação enquanto deliberação de sujeitos individuais e coletivos, tanto dos trabalhadores

como dos usuários, na efetiva construção de condições dignas e objetivas de trabalho e atendimento no SUS (COSTA, 1998).

Dentro deste processo mais amplo da política de saúde, e da atuação dos assistentes sociais nesta área, em face do nosso objeto de trabalho, cabe analisar o trabalho profissional com alguns segmentos particulares dessa área, que demandam especificidades na abordagem e atuação, e será ponto de discussão do próximo item.

2.2 A inserção dos Assistentes Sociais na saúde e as particularidades de atuação junto às Pessoas Vivendo com HIV/Aids

Como foi destacado anteriormente, a partir de 1988, com a implantação do SUS ocorre uma ampliação do mercado de trabalho para os assistentes sociais na saúde. Esse processo se dar por dois fatores que se relacionam, ou seja, além do reconhecimento da profissão, o outro fator que influenciou para a maior inserção desses profissionais na saúde, é mediatizada pelas necessidades que vão ser apresentando a partir das condições históricas e sociais em que a saúde pública se desenvolve no Brasil (COSTA, 2008).

Os assistentes sociais, são reconhecidos como profissionais da saúde, a partir de duas Resoluções, uma do Conselho Nacional de Saúde (CNS) de nº 218, de 06/03/1997, e a outra do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), Resolução de nº 383, de 29/03/1999, caracterizando o assistente social como profissional da saúde.

Importa destacar na área da saúde, assim como nas outras áreas de atuação, que o assistente social, necessita de todo seu conhecimento teórico e prático para atuar nas diversas políticas setoriais, que trazem particularidades advindas de determinadas áreas e/ou grupos, que requer um maior aprofundamento por parte do profissional.

Nesta perspectiva, cabe aqui destacar que o assistente social,

[...]é um intelectual que intervém na realidade social, habilitado a operar em área particular, mas isso precisa considerá-la com competência, o que significa entender que o particular é parte da totalidade. Assim, cabe exercitar o tempo todo a sua capacidade de captar criticamente essa realidade social que é contraditória e dinâmica, o que pressupõe busca constante de sustentação teórica, política e ética. Essa é a condição- o requisito imprescindível- do seu trabalho profissional (FORTI ; GUERRA, 2010, p.8).

Enquanto, uma profissão que intervém na complexa realidade social, e no que se refere à saúde, no processo saúde/doença, as ações desenvolvidas pelos assistentes sociais deve ultrapassar o caráter meramente emergencial e burocrático. Pautada na viabilização dos

direitos dos usuários, a ação deve perpassar também na mobilização e ações sócio-educativas voltadas para os usuários dos serviços.

Concordamos com Costa (2008), quando diz que, o processo de trabalho nos serviços de saúde, embora tenha características semelhantes com outros processo de trabalho existente na sociedade (como de outros serviços em geral), merece destaque a relação que deve existir entre trabalhadores e usuários, devendo se dar de forma compartilhada, na medida em que não se trata- no caso dos serviços públicos de saúde- que o usuário seja um consumidor dos efeitos úteis do processo de trabalho, dos insumos e/ou dos medicamentos. Assim os usuários são e devem ser tratados como co-participantes do processo, o que significa que estes são responsáveis pelo fornecimento de informação sobre seu estado de saúde, e sobre as reais capacidades socioeconômicas de cumprimento das prescrições médicas.

Assim, como em todas as outras áreas de atuação, na saúde pública o assistente social encontra vários dilemas na ação profissional, na atual conjuntura de desmonte dos direitos sociais. Dilemas estes que perpassam pelas condições de trabalho, pelas demandas impostas a profissão, e pelas necessidades dos usuários. Entretanto o trabalho profissional na saúde, deve buscar,

Discutir as questões sociais constitutivas da saúde coletiva, para subsidiar a formulação do diagnóstico/tratamento; desencadear e/ou estimular o processo de participação da população, no sentido da incorporação de suas demandas pelos serviços de saúde; atuar na intermediação entre a equipe de saúde, o usuário e sua família; realizar o acompanhamento social do tratamento; orientar os usuários, seus responsáveis e/ou familiares, nas situações sociais oriundas do processo de saúde/doença, nas suas diversas fases e por último, orientar os usuários a utilizarem adequadamente os recursos institucionais e sociais e da comunidade, face às situações médico-sociais contatadas (CFESS, 1990, p.6 *apud* SANTOS, 2005, p.74).

O profissional precisa ter clareza de suas atribuições, assim como de suas competências¹⁹ profissionais, com vista a estabelecer prioridades de ações e de estratégias, que precisam ser tomadas, mediante demandas advindas dos usuários (CFESS, 2009).

¹⁹A Lei n ° 8.662/ de 7 de Junho de 1993, que dispõe sobre as competências profissionais, e as atribuições privativas trás em seus artigos 4º e 5º a saber:

Art. 4º Constituem competências do Assistente Social:

I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; IV - (Vetado); 45 Lei n ° 8.662 V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da

A complexidade da realidade social exige profissionais do serviço social que não busque responder de forma imediatista e tecnicista as questões que fazem parte das competências e atribuições desses profissionais. “O desafio profissional consiste em uma atuação na realidade por meio da identificação e da apropriação crítica de suas demandas e das demandas que lhe são dirigidas [...]” (FORTI ; GUERRA 2010).

Em casos de doenças como, por exemplo, o HIV/Aids, que o preconceito e o estigma as PVHA ainda são muitos presentes, pressupõe-se que

O tratamento em HIV e aids apresenta grande complexidade em seu manejo clínico e na abordagem de suas peculiaridades sociais e psicológicas. Arranjos assistenciais de boa qualidade fundados nas atividades de profissionais generalistas, comprovadamente efetivos para muitas condições de saúde, mostram-se insuficientes na assistência em aids (QUALIAIDS, 2008, p 19).

É fundamental, o trabalho do assistente social, para avaliar os impactos da questão social no processo saúde-doença dos usuários, colaborando para buscar superar as várias formas de discriminação e preconceitos vividos pelas pessoas que vivem e convivem com a doença. No tocante as atribuições do assistente social no trabalho junto as PVHA, a Qualiaids (2008, p. 28) destaca,

- Acolher, informar, aconselhar e desenvolver ações educativas para pessoas que vivem com HIV e aids, parceiros (as), familiares e comunidade;

administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo; IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente Social:

I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social; IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social;47 Lei n° 8.662 IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social; X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais; XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.

- Identificar e dar suporte para o enfrentamento de situações sociais e familiares geradoras de sofrimento;
- Desenvolver atividades de acolhimento, orientação e aconselhamento relacionadas: ao impacto do diagnóstico na vida social, afetiva e no trabalho; dificuldades no uso da medicação e na adesão ao tratamento relativas à organização do cotidiano e às condições sociais objetivas de cada sujeito; situações de vulnerabilidade social e individual (uso de drogas, desemprego e condições de desestruturação familiar, entre outras);
- Incluir o usuário nas políticas de saúde e assistência social sob a perspectiva do direito e da promoção de cidadania e do reconhecimento dos direitos individuais;
- Disponibilizar ao usuário os recursos institucionais e comunitários existentes.
- Discutir casos em equipe, contribuindo para a construção de propostas criativas frente as necessidades coletivas dos usuários;
- Manter-se atualizado em relação a leis estaduais e federais, e também sobre benefícios que podem ser disponibilizados aos que vivem com HIV e aids;
- Estimular a construção e organização da rede de referência e contra-referência incluindo as organizações não governamentais.

Importa destacar que as demandas advindas deste público são as mais variadas possíveis. Lidar com usuários cuja doença ainda não tem cura, embora tenha tratamento, exige do profissional total atenção na abordagem individual e/ou em grupo. No entanto, é necessária uma melhor qualificação e aprofundamento, principalmente, no que diz respeito a algumas questões, a exemplo do aconselhamento e do acolhimento.

Particularmente no que se refere a questão do aconselhamento, Braga et al. (2013), destaca que, no Brasil, o aconselhamento oferecido pelos programas governamentais é realizado por profissionais de saúde devidamente treinados e é destinado a quem deseja ou tem indicação de realizar o teste de HIV/Aids. O referido autor afirma que, se desenvolvido adequadamente, poderá induzir a uma relação de confiança entre o profissional e o usuário, tornando o indivíduo sujeito ativo no processo de prevenção e cuidado de si.

Braga et al. (2013) ressalta que o aconselhamento vem sendo utilizado em diferentes áreas do conhecimento e, diferentemente da indicação de sua terminologia, o “aconselhamento” não representa a prática de dar conselhos, mas estabelecer um diálogo que tem por objetivo proporcionar ao indivíduo condições para que avalie seus próprios riscos relacionados às DST/HIV/AIDS.

O usuário chega aos serviços que prestam atendimento especializado em HIV/Aids, com o impacto de descobrir se está com a doença, e sendo assim, o apoio e as devidas orientações são primordiais. De acordo com o referido autor, nessa perspectiva, o

aconselhamento tem se afirmado como um campo de conhecimento estratégico na qualidade do diagnóstico.

Todavia, cabe enfatizar no tocante à atuação do serviço social, voltado ao desenvolvimento de tal abordagem, que Kruger (2010) destaca que, na perspectiva de fortalecer o projeto ético político da profissão e os princípios do SUS, é preciso superar práticas que historicamente cumpriram um papel de aliviar tensões. Logo entende-se o aconselhamento como uma prática complexa, e que deve se constituir num conjunto de informações relativas a prevenção e promoção da saúde.

De acordo com a referida autora, é preciso se avançar na construção de ações que sejam permeadas e orientadas pela noção de direito social, superando a prática do aconselhamento numa perspectiva da harmonização, e do profissional reconhecido como o acolhedor, que organiza trabalhos em equipe e distribui tarefas.

Além de todas as atribuições e competências inerentes a profissão, a atuação do assistente social junto as PVHA, deve se pautar na orientação e informação para a garantia de direitos que perpassa por questões trabalhistas, previdenciárias e jurídicas e aqueles previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)²⁰. A atuação deve se dá através de abordagem individual ou em grupo, com enfoque educativo/reflexivo, informando sobre o tratamento e os serviços responsáveis pela demanda a este público.

Construir estratégias eficazes de enfrentamento da epidemia na área da prevenção é um dos desafios que se coloca na atualidade. O principal instrumento dessa estratégia é o processo educativo. Dessa forma, entendemos que a educação para a saúde enquanto processo de interação e formação de sujeitos passa necessariamente pela inclusão de temas como cidadania, gênero, sexualidade, etnia, direitos humanos, entre outros, buscando a construção de valores e atitudes saudáveis que promovam o desenvolvimento da autonomia e do senso de responsabilidade individual e coletivo.

Considerando as informações trazidas pelos usuários, é importante e necessário ir além da mera descrição dos problemas pelo sujeito. Ultrapassar dados epidemiológicos (mesmo

²⁰ A LOAS, é uma lei federal 8.742/07 de Dezembro de 1993, que define em seu Art. 1º “A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas”. A LOAS regulamentou dois artigos da Constituição Federal/88 (203 e 204 que tratam da assistência social) garantindo o modelo de gestão e de controle social de forma descentralizada.

considerando sua importância) e considerar os diversos fatores que envolvem o processo saúde doença, como forma de fortalecer o conceito de promoção da saúde²¹.

É nessa perspectiva, de apreender a atuação do assistente social no âmbito da saúde e, particularmente junto as pessoas vivendo com HIV/Aids, que buscaremos analisar no próximo capítulo, como se dar a atuação profissional do assistente social no Serviço de Assistência Especializada- SAE, no município de Campina Grande-PB, considerando as possibilidades e os limites do trabalho profissional.

²¹A carta de Ottawa (Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, novembro de 1986) define o conceito de promoção da saúde como “(...) processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação nesse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.” Ainda de acordo com a carta existem alguns pré-requisitos para a saúde, dos quais é destacado as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: “paz; habitação; educação; alimentação; renda; ecossistema estável; recursos sustentáveis; justiça social e equidade”. Acrescenta-se que, “A promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde. Ela coloca a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes em todos os níveis e setores, chamando-lhes a atenção para as conseqüências que suas decisões pode ocasionar no campo da saúde e a aceitarem suas responsabilidades políticas com a saúde” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002 p. 19-20 e 22)

CAPÍTULO III-

**Limites e possibilidades da
atuação do Serviço Social junto às
pessoas vivendo com HIV/Aids: os
resultados da pesquisa**

CAPÍTULO III – LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL JUNTO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS: OS RESULTADOS DA PESQUISA

A pesquisa ora apresentada teve como objetivo analisar a atuação do assistente social junto as pessoas vivendo com HIV/Aids, na perspectiva de identificar os limites e possibilidades da atuação profissional . As nossas inquietações em torno de tal temática são fruto da experiência de estágio supervisionado em serviço social, realizado no período de julho de 2013 à julho de 2014, no Serviço de Assistência Especializada, localizado no Município de Campina grande-PB. Durante nossa inserção em tal espaço, surgiram algumas indagações que, nortearam o nosso processo investigativo e resultaram na pesquisa aqui apresentada, quais sejam:

- Quais os desafios enfrentados pelo serviço social em tal espaço sócio-ocupacional?
- Que concepção os usuários e profissionais que atuam no SAE, têm acerca da prática profissional do Serviço Social?
- Que contribuições o serviço social tem trazido no âmbito da garantia dos direitos das pessoas vivendo com HIV?
- Tem sido possível responder as demandas postas no cotidiano da prática?
- Quais as condições objetivas e subjetivas de trabalho do assistente social em tal espaço?

No tocante aos limites e possibilidades da atuação dos assistentes sociais junto às pessoas vivendo com HIV/Aids, buscamos neste capítulo problematizá-las partindo da compreensão que tal inserção é permeada por problemáticas, que envolvem aspectos objetivos e subjetivos, que perpassam a vida dos sujeitos sociais como um todo, e em particular as PVHA.

3.1 O Lócus da Pesquisa: Caracterizando o Campo de Estágio

Tendo em vista, a rápida propagação do vírus HIV no país e no mundo, novos serviços, como forma de integrar as ações, são criados no Brasil. Assim, conforme destaca Braga et al. (2013) o Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Nacional de DST e Aids, implantou diversas modalidades de atendimento, tanto na área de prevenção quanto no diagnóstico e tratamento da doença. Diante disso, diretrizes e ações de intervenção foram estabelecidas com o intuito de direcionar responsabilidades aos diversos níveis de esfera governamental, na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando, com isso, a

implantação de serviços alternativos à assistência convencional, por meio de conceitos individualizados de níveis de atenção, resolutividade diagnóstico-terapêutica, em busca da obtenção da melhoria na qualidade de vida dos pacientes e racionalização de recursos humanos e financeiros. Deu-se, então, a criação de serviços específicos de atendimento aos portadores de HIV/AIDS, como os Serviços de Assistência Especializada (SAE), Serviços de Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e os Hospitais-Dia (HD).

Tais serviços têm atendido à demanda relativa às infecções pelas DST/AIDS de modo a constituir uma rede especializada em saúde. Nesse âmbito, destacam-se os Serviços de Assistência Especializados em HIV/Aids (SAE), que tem função de suporte ambulatorial, buscando, portanto, garantir aos usuários assistência durante todo período de tratamento clínico; orientar e encaminhar os usuários (caso haja necessidade) a outros serviços e estimular a adesão ao tratamento de forma a proporcionar assim a melhoria na qualidade de vida das PVHA.

Na cidade de Campina Grande- PB, o SAE foi fundado apenas em 2003 e está subordinado a secretaria Municipal de Saúde. Quando iniciamos o Estágio na referida instituição, o mesmo localizava-se no bairro da Prata, zona oeste da cidade, próximo ao centro da cidade, mas precisamente junto ao Serviço Municipal de Saúde.

Importa, destacar que no mês de abril do corrente ano, devido a um pedido judicial, solicitado pelos donos do prédio aonde funcionava o Serviço Municipal de Saúde (prédio de propriedade privada) foi retirada daquela estrutura todos os serviços de saúde que funcionavam em tal espaço, sendo deslocados para vários endereços distintos espalhados dentro da cidade. Em relação ao SAE, ficou definido inicialmente que, iria funcionar no prédio Francisco Pinto, localizado no centro da cidade, entretanto, isso não ocorreu, passando a funcionar alguns dias na estrutura física da Rede nacional de Pessoas Vivendo e Convivendo com HIV/Aids – RNP+/CG, que é uma Organização Não Governamental (ONG) sem fins lucrativos, localizada no bairro do São José, Rua Pedro I, 159.

Atualmente, o SAE está funcionando provisoriamente em uma casa alugada, localizada na Avenida Floriano Peixoto, bairro Centenário, nº. 1204. Possui uma estrutura física composta por: 02 consultórios médicos; a recepção; a sala da coordenação (funciona neste espaço o almoxarifado); farmácia; uma cozinha; 03 banheiros.

O SAE, como uma unidade de saúde que presta assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids a nível secundário, tem o intuito de prestar atendimento integral aos usuários por meio de uma equipe multiprofissional, que atualmente está formada por (05) médicos, (03)

assistentes sociais, (02) psicólogas, (02) secretárias, (02) recepcionista, (01) dispensadora de medicamentos, (01) farmacêutica, (03) técnicas de enfermagem, (02) secretárias, (02) recepcionistas, (01) dentista e a coordenadora.

Portanto, algumas de suas atividades principais são: atendimento em infectologia; ginecologia; pediatria; odontologia; apoio psicológico e social; distribuição de insumos e preservativos; dispensação de medicamentos; atividades educativas que visam incentivar a adesão ao tratamento e a prevenção e controle das Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

Cabe destacar, contudo, algumas atribuições específicas do SAE²², das quais destacamos:

- Realização de atividades educativas para prevenção e promoção da saúde;
- Abertura de prontuários com notificações através do SINAM;
- Sensibilização dos profissionais envolvidos no Serviço Municipal de Saúde para recepção e acolhimento dos pacientes público alvo do SAE, de forma a serem atendidos com as devidas responsabilidades profissionais que perpassa pela ética e pelo sigilo nas instituições de saúde;
- Acompanhamento de pré-natal com encaminhamento de gestantes soropositivas do SAE ao Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) e demais serviços de atendimento às gestantes em parceria com o projeto “Nascer e Rede Cegonha”, seguindo o processo de “referencia e contrarreferência²³”;
- Aconselhamento para adesão à terapia instituída, evitando o abandono ao tratamento;
- Operacionalização de um projeto político de assistência voltada para o bem estar, humanização e qualidade de vida do usuário visando garantir a resolutividade, equidade e integralidade dos serviços, facilitando assim, o acesso do usuário ao SAE e a outros serviços de referência, em busca de tratamento de outras especialidades médicas como: oftalmologista, dermatologista, proctologista, cardiologista, urologista, neurologista, entre outros;
- Realização de busca consentida, quando necessário;

²² Atribuições destacadas a partir de documentos internos do serviço.

²³ O sistema de referência e contrarreferência é uma forma de organizar os serviços de saúde, com o objetivo de possibilitar o acesso dos usuários que procuram cada Unidade de Saúde a todos os serviços existentes dentro SUS, visando concretizar os princípios e diretrizes do mesmo, e garantir o acesso dos usuários a todos os níveis de atendimento/complexidade, com vista, a assegurar a universalidade, equidade e igualdade que direcionam a atenção à saúde (ORTIGA,2006).

- Valorização dos profissionais integrantes da equipe multiprofissional, com a realização de reuniões mensais e estudos de casos;
- Capacitação dos profissionais da equipe;
- Realização de Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT)
- Realização de atividades inerentes ao serviço e ações em DST/Aids
- Participação em Congressos e eventos alusivos à temática que envolve temas sobre DSTs e Aids, para aperfeiçoar e trocar conhecimentos e experiências acerca do serviço.

Apesar de um amplo espaço físico que a casa onde atualmente funciona o SAE dispõe, quando comparada com a outra estrutura do prédio do Serviço Municipal de Saúde, observamos que o atual espaço, ainda é insuficiente para a demanda de profissionais, não dispondo de uma sala para os assistentes sociais e psicólogos, estes utilizam as salas em que funcionam os consultórios médicos, quando estes não estão atendendo.

Até a realização da presente pesquisa, não existia previsão de mudança para um local definitivo e mais amplo, enquanto isso, os profissionais e os usuários, buscam se adaptar na atual estrutura física do SAE, que conseqüentemente passa a exigir novos desafios no que diz respeito à eficiência e eficácia da equipe.

3.2 Aspectos metodológicos da pesquisa e apresentação e discussão dos dados coletados

Os resultados a serem apresentados a seguir, foram obtidos através da realização da pesquisa de campo, realizada no SAE/CG, no período de março de 2014 à julho de 2014. Participaram da pesquisa, os usuários, os assistentes sociais e outras categorias profissionais do respectivo serviço.

Para tal, utilizamos do tipo de pesquisa exploratória e descritiva com análise crítica e abordagem quantiqualitativa dos dados coletados. O uso de tal abordagem possibilitou uma melhor apreensão dos fenômenos investigados. Permitiu, sobretudo, dimensionar os problemas, descrevê-los e ir além, conhecer trajetórias, experiências sociais dos sujeitos envolvidos. (MARTINELLI, 1999). Importa destacar que a abordagem quantitativa por si não é suficientes para explicar determinado(s) fato(s) social(is), nesse aspecto a abordagem qualitativa entra para compor o grau de análise. Como destaca a referida autora, mais do que a mera descrição de um objeto, a abordagem qualitativa busca conhecer trajetórias e experiências dos sujeitos envolvidos. Ambas, contudo tem o caráter de complementaridade.

Cabe acrescentar que utilizamos três roteiros de entrevista, tendo em vista os objetivos da pesquisa. Assim foram entrevistados dez usuários, os três assistentes sociais e os demais funcionários da instituição, dentre estes: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 psicólogo, 01 farmacêutico e a coordenadora.

Importa destacar, que a pesquisa foi realizada após ser submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba em dezembro de 2013, considerando que tratou de uma pesquisa envolvendo seres humanos, fazendo-se necessário a apreciação e avaliação do mesmo conforme preconiza as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa definidas pelo conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº466/12.

Dos instrumentos que melhor se adequaram aos objetivos da pesquisa, optamos pelo uso de entrevista semiestruturada, com uso de gravador, (quando autorizado pelos entrevistados), com assinatura do termo de consentimento livre esclarecido pelos sujeitos entrevistados. O roteiro de entrevista semiestruturada foi dividido em duas partes: a primeira contendo dados socioeconômicos que possibilitaram a construção do perfil dos sujeitos pesquisados, e a segunda contendo, principalmente, questões abertas referentes aos objetivos do estudo.

Utilizamos, ainda, da observação participante, que nos permitiu uma maior compreensão dos hábitos, atitudes, interesses, bem como das características da vida dos sujeitos (RICHARDSON, 2008). Isso nos possibilitou maior apreensão do objeto de estudo, na medida em que participamos do processo investigativo, na condição de sujeito co-partícipe da pesquisa.

Tendo em vista que as entrevistas foram feitas com diferentes segmentos, buscamos apresentar e discutir os resultados da pesquisa por cada segmento entrevistado.

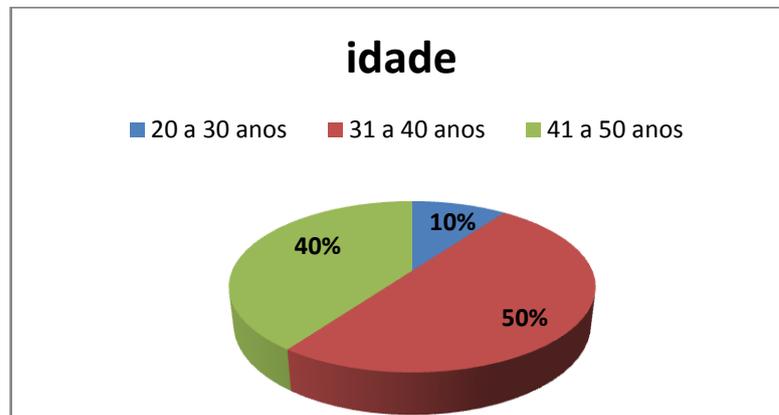
3.2.1 Perfil socioeconômico dos usuários entrevistados

Bastos e Szwarcwald (2000) chamam atenção para o fato de que, o Brasil pode ser visto como complexa síntese em que potencialmente estão presentes todos os fatores socioeconômicos, identificados como estruturantes da vulnerabilidade relacionada à Aids.

Assim, durante a realização das entrevistas junto aos usuários atendidos pelo SAE/CG vimos a necessidade de levantarmos aspectos socioeconômicos dos mesmos. Dentre os aspectos levantados estão: sexo, idade, escolaridade, estado civil, situação ocupacional,

moradia, se possui filhos e a quantidade, renda individual e origem da renda, os quais serão apresentados e analisados nos gráficos a seguir:

- **Gráfico 01: Faixa etária dos usuários entrevistados**



Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2013/2014

No tocante à idade dos usuários entrevistados, nota-se (Ver gráfico 01), que 10% estão na faixa etária que abrange dos 20 a 30 anos, 40%, de 41 a 50 anos, e o maior percentual foi apresentado entre os de idade de 31 a 40 anos, que corresponde a 50%.

É importante destacar que o vírus pode demorar anos para se manifestar, o que nos leva a supor que muitos dessas pessoas podem ter adquirido o vírus ainda na juventude, e somente na vida adulta foi constatado a contaminação pelo HIV. Segundo dados do boletim Epidemiológico (2013), dos 718 mil indivíduos (aproximadamente) que vivem com HIV/Aids no Brasil, apenas 80% (574 mil) foram diagnosticado (BRASIL, 2013).

Constata-se que atualmente a faixa etária dos casos de Aids mudou, apresentando maior incidência em indivíduos mais jovens, (homens e mulheres). Nos últimos 10 anos (2003 a 2012) as maiores taxas de detecção de Aids foram observadas entre aqueles com idade de 15 a 49 anos. Cabe destacar ainda, que atualmente se observa uma tendência de queda na faixa etária daqueles com 30 a 39 anos e uma leve estabilização entre aqueles com 40 a 49 anos. Além disso, observa-se uma tendência de aumento nas taxas de detecção entre os jovens de 15 a 24 anos e entre os adultos com 50 anos ou mais (IDEM IBIDEM).

- **Gráfico 02: Distribuição dos usuários entrevistados por sexo**



Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2013/2014

No Brasil, historicamente a Aids atingiu em maior quantidade pessoas do sexo masculino quando comparadas com o sexo feminino. Entretanto, ao longo dos anos, esse quadro foi se modificando, e hoje os casos de Aids vem aumentando progressivamente entre mulheres, o que alguns autores denominam de feminização da doença.

Dos usuários entrevistados na presente pesquisa, nota-se que 20% são do sexo masculino, enquanto que do sexo feminino o percentual corresponde a 80%, reforçando assim, a constatação do aumento de mulheres infectadas pelo vírus HIV (Gráfico 2).

É importante destacar no tocante ao sexo, que as mulheres são quem mais procuram os serviços para tratamento de saúde e/ou fazer os chamados “exames de rotina”. Existe por parte do sexo masculino a rejeição pela busca de tratamento médico, o que acarreta, em diagnóstico tardio e, conquanto, menor eficácia no tratamento a certos tipos de doenças.

Vale considerar, que a epidemia da Aids vem crescendo de forma considerável entre mulheres em consequência da transmissão heterossexual. Assim, desde 1993, essa passou a ser a principal modalidade de exposição ao HIV para o conjunto de casos notificados no país, chegando a ultrapassar as categorias “homossexuais” e “bissexual” (GARCIA; SOUZA, 2010).

Muitos fatores levam ao aumento de infecção do vírus pelo sexo feminino, das quais podemos destacar: fatores biológicos²⁴; cultural e sócio econômico. No que se refere a tais

²⁴De acordo com, Chiriboga(1997; Coll et al., 1999Apud BASTOS, 2001, p.11) as mulheres são mais vulneráveis à infecção pelo HIV do ponto de vista biológico. A superfície da mucosa vaginal exposta ao sêmené

fatores, destacamos o aspecto cultural, num contexto em que a mulher se comporta de forma passiva, por seguir uma cultura patriarcal em que o homem é que conduz a relação, o que acarreta no não posicionamento das mulheres (em relação aos seus parceiros) em adotar o uso de preservativos. O comportamento de submissão feminina, associada ao excesso de confiança no parceiro, faz com que muitas mulheres se anulem e não realizem a prevenção. Para Saldanha (2003), a grande maioria das mulheres não se percebe vulnerável ao HIV, principalmente aquelas que se encontram em relacionamento estável. Destaca que, a Aids tem adentrado e contaminado as mulheres consideradas do “lar”, que se sentem em uma relação segura e de confiança no parceiro.

Destaca-se também como fator importante no aumento da feminização da doença, a desinformação, associada à baixa escolaridade, conforme observamos no gráfico a seguir:

- **Gráfico 03- Distribuição dos usuários entrevistados pelo tipo de Escolaridade**



Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2013/2014

Cabe enfatizar que quando surgem os primeiros casos de Aids no país, estes apresentavam em maior percentual nos estratos sociais de maior escolaridade (FONSECA, 2000). Atualmente os casos de Aids apresentam maior incidência em pessoas de baixa escolaridade. Dos usuários entrevistados, constatou-se que 30% possuem ensino fundamental

relativamente extensa, e o sêmen tem uma concentração de HIV (livre e no interior das células) significativamente maior do que o líquido vaginal. Além disso, há uma maior direcionalidade do sêmen – que é ejaculado, ou seja, eliminado sob a forma de jato –, frente ao líquido vaginal, que se difunde por espalhamento.

incompleto, 20% ensino fundamental completo, 30% ensino médio completo e outros 20% possuem ensino superior completo (Gráfico 3).

Assim, é possível identificar que a Aids vem aumentando em pessoas, com baixo nível de escolaridade e renda, pouco acesso as informações acerca da doença e das formas de prevenção.

É importante destacar que, de acordo com o estudo de Fonseca et al. (2000), nos casos femininos, por exemplo, onde a transmissão heterossexual é predominante, as maiores taxas de incidência de Aids são em mulheres pertencentes a categoria de mais baixa instrução.

- **Gráfico 04: Estado civil dos usuários entrevistados**



Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2013/2014

Quando falamos de doenças sexualmente transmissíveis, das quais se inclui a Aids, muitas vezes, a tendência é associarmos a indivíduos que não tem parceiro fixo, descartando a vulnerabilidade a que estão sujeitos os casais em relação estável. O “estar casado”, para muitos casais, representa “segurança” para este tipo de doenças, o que vem acarretando um crescimento de casais heterossexuais infectados pelo HIV.

No tocante ao Estado civil dos usuários entrevistados, observa-se que, 30% são solteiros, outros 30% casados, 10% separados, 10% divorciados, e 20% possuem união estável. Assim, percebemos que, das opções referentes ao estado civil dos usuários entrevistados, a grande maioria possui ou já possuiu uma relação estável.

- **Gráfico 05: Situação ocupacional dos usuários entrevistados**



Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2013/2014

Negar trabalho, ou demitir sem justa causa, uma pessoa pelo fato de ser soropositiva, constitui uma forma de preconceito e discriminação contra as PVHA. Muitos preferem não revelar sua condição de soropositivo, por temer perder o emprego, ser discriminado por colegas dentro do seu ambiente de trabalho, ser transferido de cargo ou função, dentre outros.

Os dados revelam, que metade dos usuários que participaram da pesquisa, não estão inseridos dentro do mercado de trabalho, o que representa um percentual significativo. Conforme afirmamos, à pessoa vivendo com HIV é resguardado o direito de acesso ao mercado de trabalho, bem como o sigilo de sua soropositividade. No entanto, por conta do preconceito e da discriminação, muitas das pessoas que contraíram a doença, se deparam com uma realidade de desemprego e exclusão do mercado de trabalho formal.

Kern (2003) reforça que a história da Aids no País tem se caracterizado como um movimento político, encabeçado pelas entidades e sujeitos envolvidos com a causa e na busca de seus direitos.

Dentre os direitos conquistados pelas pessoas que vivem com Aids, cabe destacar no que concerne aos direitos trabalhistas: a lei nº 7.670, de 8 de setembro de 1988, que estendeu às pessoas portadoras do vírus HIV ou doentes de Aids vários benefícios, dentre eles, direito à licença para tratamento de saúde e aposentadoria para os servidores públicos federais.

Quanto aos direitos regidos pela Consolidação das leis Trabalhistas (CLT), a lei nº 7.670/88 assegurou o recebimento de auxílio doença, aposentadoria ou auxílio-reclusão para

quem viesse a manifestar Aids após estar filiado a previdência social, e direito ao levantamento do fundo de garantia por tempo de serviço dos trabalhadores portadores do vírus HIV para tratamento de saúde. Outra conquista diz respeito à reintegração do trabalhador demitido por discriminação, e condenação da empresa ao pagamento de indenização por danos morais e materiais à pessoa (MIRANDA, 2008).

Buscamos destacar alguns aspectos, no que diz respeito aos direitos trabalhistas, como forma de destacar que nenhuma pessoa pode ser discriminada fora ou dentro do ambiente de trabalho, pelo fato de ser pessoa vivendo com HIV/Aids. Dos usuários que participaram da presente pesquisa, quando foram indagados se estão trabalhando atualmente, 50% responderam que sim (está trabalhando atualmente) e outros 50% afirmaram não está trabalhando atualmente (Gráfico 5).

- **Gráfico 06: Tipo de moradia dos usuários entrevistados**



Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2013/2014

Em relação ao tipo de moradia, 70% possuem moradia própria, 20% alugada e 10% corresponde a opção “outros”. Constatamos, assim que, dos sujeitos entrevistados, os que possuem casa própria representam um número bem significativo.

Cabe destacar que, a partir do ano de 2002, com a entrada de Luís Inácio Lula da Silva, no âmbito do governo federal, é criado o Ministério das Cidades, que traz entre suas principais iniciativas, a criação do Programa Minha Casa Minha Vida (PMCMV). Este é uma parceria do Governo Federal com Estados e Municípios, sendo gerido pelo Ministério das Cidades e tendo a Caixa Econômica Federal como operacionalizadora (SOUZA, 2013). Vale enfatizar de acordo com a referida autora, que a maior parte dos recursos é destinada a

produção de casas para famílias com renda de três a dez salários mínimos, sendo a maior demanda por habitações encontradas em famílias com renda de Zero a três salários. No entanto, cabe destacar que a criação do PMCMV responde também a demandas de empresários da construção civil, já que a iniciativa privada é posta como principal produtora das habitações.

O que podemos destacar é que, apesar de alguns avanços no que se refere à questão da moradia, como um maior acesso da população de baixa renda à casa própria, ainda existe um grande déficit habitacional em nosso país, como também a necessidade de se compreender, conforme afirma Souza (2013), que a habitação, é muito mais que um teto, é o espaço em que se vive, abarcando vários equipamentos como: esgotamento sanitário, transporte, escolas, serviços de saúde e outros.

- **Gráfico 07- Usuários entrevistados que possuem filhos ou não.**



Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2013/2014

Uma das grandes preocupações em relação às pessoas vivendo com HIV/Aids gerarem filhos, é a contaminação do vírus para o feto, através da transmissão vertical. Entende-se por transmissão vertical quando mãe na gestação transmite o vírus HIV para o feto, durante o trabalho de parto ou o parto propriamente dito. No Brasil, essa forma de transmissão tem sido responsável por cerca de 90% dos casos notificados de Aids em menores de 13 anos(MOURA; PRAÇA, 2006).

Ainda segundo os autores referendados, estudos têm mostrado que muitas mulheres passam a ter conhecimento da sua sorologia, quando fazem o pré-natal ou após o nascimento do filho. Isso provoca uma reação dolorosa na medida em que a mulher passa a experimentar uma dupla situação, além de lidar com o diagnóstico, ainda cogita a possibilidade de transmitir para o filho, que está sendo ou já foi gerado.

Cabe salientar, contudo, que existem medidas que diminuem os riscos de contaminação do HIV para o feto durante a gestação.

Como tentativa para modificar a situação de transmissibilidade vertical do HIV, tem-se utilizado, para as gestantes, a terapia antiretroviral com Zidovudina (AZT). Seu uso reduziu o risco de transmissão vertical de 14% a 30% para 8,3%, oferecendo esperança em relação à redução do número de crianças infectadas. Por esse motivo, no Brasil, o Ministério da Saúde recomenda seu emprego nas maternidades a partir da 14ª semana de gestação (via oral), durante o trabalho de parto e o parto (via endovenosa), ao recém-nascido (via oral) até seis semanas de vida, bem como a realização do teste anti-HIV para todas as gestantes durante o pré-natal. Recomenda, também, que o aleitamento materno deve ser evitado. A atenção a essas medidas tem reduzido o número de casos de aids em menores de 13 anos, no País, desde 1997(MOURA; PRAÇA, p. 406).

Quando a mulher tem conhecimento da sua sorologia, e a partir de todos os esclarecimentos sobre as medidas e os riscos para evitar a contaminação do vírus para o feto, caberá a ela e ao seu parceiro decidirem pela gravidez ou não. Em relação aos usuários entrevistados na nossa pesquisa, constatou-se que 80% disseram sim (possuem filhos) e apenas 20% disseram não possuir filhos, apresentando assim, um significativo percentual de usuários entrevistados que possuem filhos (Gráfico 7).

- **Gráfico 08: Quantidade de filhos dos usuários entrevistados que disseram possuir filhos**



Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2013/2014

Outro dado relevante refere-se à quantidade de filhos, tendo em vista, que muitas mulheres, após conhecimento da sua condição de soropositiva, evitam engravidar novamente. Assim, dos 80% de usuários entrevistados que possuem filhos, a quantidade fica distribuída da seguinte maneira: 62,5% possuem apenas 1 filho, 37,5% possuem 3 filhos.

- **Gráfico 09: Renda Individual dos usuários entrevistados**



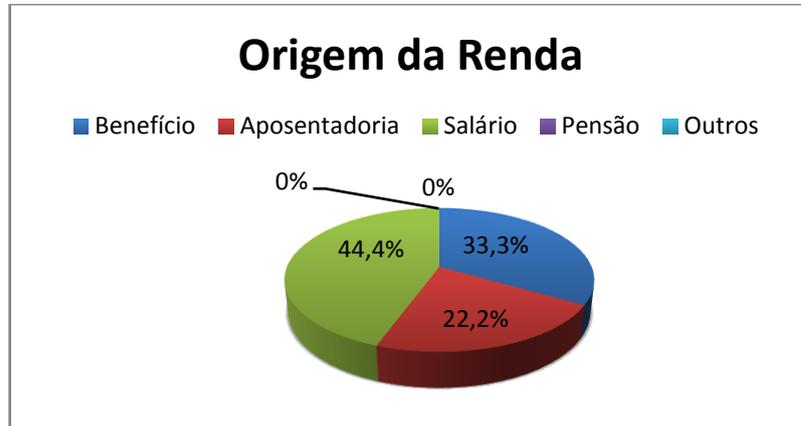
Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2013/2014

As variáveis sociais e econômicas tendem a ser determinantes importantes em algumas doenças, a exemplo do vírus HIV. Isso quer dizer que, estratos mais pobres e menos assistidos tornam-se mais vulneráveis à difusão de doenças causadas por determinados agentes e vírus, por razões predominantemente biológicas (apresentam pior imunidades) e predominantemente sociais (demandas são pouco atendidas, residências em locais com infraestrutura precárias, pouca informação e poder aquisitivo para se prevenir e se tratar, entre outros) (BASTOS; SZWARCOWALD, 2000).

No que diz respeito à renda individual dos usuários envolvidos na pesquisa, observamos que o percentual para os que não recebem salário, recebem menos de 1 salário mínimo, recebem de 2 a 3 salários e mais de 3 salários, foi o mesmo 10%. Já o maior percentual foi entre aqueles que recebem apenas 1 salário mínimo, chegando a representar 60% dos entrevistados (Gráfico 09). Reforçando assim, o aumento da incidência de casos na população de menor nível socioeconômico.

A pauperização da epidemia do HIV/Aids vem se apresentando como um dado importante dentro do novo perfil que a doença vem assumindo no contexto nacional, caracterizado pela expansão da epidemia nos setores mais pauperizados da população.

- **Gráfico 10: Origem da Renda dos usuários entrevistados**



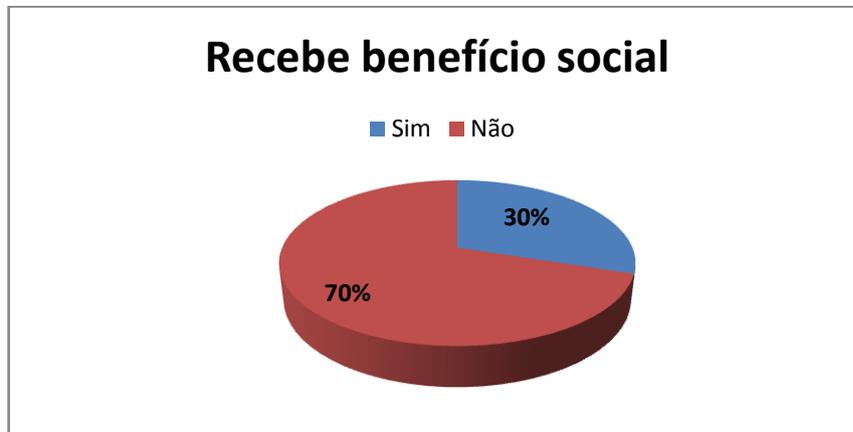
Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2013/2014

Mesmo com todas as dificuldades que as pessoas vivendo com HIV/Aids enfrentam no seu cotidiano, e no que diz respeito ao emprego, quando estes assumem sua sorologia, o medo de ser demitido, o se sentir “útil” ainda é essencial e indispensável para quem vive com Aids, tendo em vista, que muitos após descobrir a doença passam a encarar de frente o medo da morte.

Dos dez usuários entrevistados, nove possuem renda. A origem se distribui da seguinte forma: 33,3% de algum tipo de benefício, 22,2% de aposentadoria e em maior porcentagem advém de salário, corresponde a 44,4% (Gráfico 10).

É importante salientar, que o fato de uma pessoa está com o vírus HIV não a impossibilita de trabalhar, entretanto, em alguns casos, em que a pessoa adoece de Aids e fica impossibilitada de exercer algumas atividades por um longo período, a mesma poderá solicitar seus direitos trabalhistas e alguns direitos beneficiários, conquistados em lei, a exemplo do Benefício de Prestação Continuada (BPC), conforme identificamos no gráfico a seguir:

- **Gráfico 11: Usuários entrevistados que recebem benefício social**



Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2013/2014

Dos dez usuários que participaram da pesquisa, 30% recebem algum tipo de benefício social, enquanto outros 70% não recebem. Dos benefícios apresentados por esse percentual de 30% estão o BPC e a Bolsa família.

Constatada a incapacidade da pessoa doente de Aids se inserir no mercado de trabalho, a mesma tem direito a receber o Benefício de Prestação Continuada (BPC) previsto no CAPÍTULO IV- SEÇÃO I Do Benefício de Prestação Continuada, da LOAS.

Cabe destacar alguns artigos da LOAS referentes ao BPC, a saber,

Art. 20. O benefício de prestação continuada é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

§ 2º Para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho.

§ 3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo.

§ 4º O benefício de que trata este artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário com qualquer outro no âmbito da seguridade social ou de outro regime, salvo o da assistência médica.

Art. 21. O benefício de prestação continuada deve ser revisto a cada 2 (dois) anos para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem.

§ 1º O pagamento do benefício cessa no momento em que forem superadas as condições referidas no caput, ou em caso de morte do beneficiário.

O BPC tem sido para as pessoas vivendo com HIV/Aids, uma alternativa de renda na vida destes, visto que a depender do nível de carga viral, muitos não tem condições de trabalhar. Mesmo sendo de fundamental importância, a concessão do BPC, para as pessoas vivendo com a doença, considerando a pauperização da AIDS, há alguns critérios, que acabam excluindo boa parte da população pobre do acesso a tal benefício.

Em relação ao Programa Bolsa Família, o mesmo foi instituído pelo Governo Federal, pela Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, regulamentado pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, alterado pelo Decreto nº 6.157 de 16 de julho de 2007. O programa é gerenciado pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e beneficia famílias pobres (com renda mensal por pessoa de R\$ 60,01 a R\$ 120,00) e extremamente pobres (com renda mensal por pessoa de até R\$ 60,00) (BRASIL, 2004).

3.2.2 Análise das falas dos usuários

As pessoas vivendo, ou ainda aquelas que possuem experiência com a Aids, bem sabem que não se trata apenas de uma doença física, vai além, atinge a profundidade das representações sociais, e tem se constituído como um dos aspectos mais radicais de impacto na vida das pessoas, na medida em que tende a fragilizar e desvincular as PVHA de suas relações sociais (KERN, 2003).

A inserção no Serviço de Assistência Especializada (SAE) localizado no município de Campina Grande-PB, nos possibilitou o contato com a realidade, com histórias de superação cotidiana, e com dilemas pessoais e coletivos que perpassam a vida das pessoas que vivem e convivem com HIV/Aids e conseqüentemente rebatem diretamente na atuação dos diferentes profissionais que atuam em tal espaço, dentre estes os assistentes sociais, no sentido de redirecionar suas ações e práticas cotidianas mediante a realidade social apresentada pelos usuários.

Partimos da análise das falas dos usuários, buscando superar a aparência dos fatos e desvendar o que está intrínseco para além da simples resposta dada a determinadas perguntas.

Quando indagamos aos usuários entrevistados o que é Aids, nos deu a impressão de chocá-los e deixá-los sem palavras, demonstrando o quanto é doloroso falar sobre a doença e dar uma definição para a mesma. Assim, destacamos os depoimentos a seguir:

Quase o fim. Hoje estar melhor, eu já comecei a ver de outra forma, mas quando descobri que estava com Aids, a primeira coisa que pensei, foi que era o fim (**Entrevista de nº. 07**).

É a morte! É uma coisa que... está muito difícil ainda ((chorou)), ainda está muito recente (**Entrevista de nº. 08**).

Quando os primeiros casos de Aids foram registrados, a morte e a promiscuidade foram associados à doença, e isso ainda continua a perdurar. Percebemos nas falas das entrevistas 07 e 08, que ao falar da doença, a associam com a morte, ao fim da vida, conviver com a doença parece ser algo impossível, e lidar com o fato de serem soropositivo é algo ainda doloroso. Isso pode ser explicado pelo significado bio-psico-social da Aids, que mesmo com o passar do tempo ainda carrega sentimento de fragilidade e incapacidade adquiridos na descoberta da doença. É importante considerar que,

O vazio interno experimentado quando a pessoa depara-se com a descoberta da Aids causa a solidão e o lançar-se para a busca da ampliação das teias sociais. Olhar para dentro de si próprio, como se o interior fosse um espelho, e enxergar neste espelho o limite da vida significa, em muitos casos, defrontar-se com este perigo na incapacidade de vencê-lo. A atitude é, em vista disso, evitar a sensação real do perigo que é olhar para dentro de si próprio(KERN (2003, p. 42-43).

Descobrir ter sido contaminado com o vírus HIV e está com Aids, uma doença, ainda incurável, carregada de estigma e preconceito, traz a sensação de culpa, medo, desânimo, tristeza, entre outras, o que pode provocar a incapacidade de lutar contra a doença e pela vida, uma sensação que pode durar por muito tempo e atrapalhar a aceitação da doença, e conseqüentemente levar a não adesão ao tratamento.

Chamamos atenção ainda para os depoimentos que se seguem:

Uma doença, que ainda não foi encontrada a cura, mas tem tratamento assim como são as cardiopatias, as diabetes, e se a gente for pesquisar tantas outras coisas né?, o reumatismo... é essas doenças que tem tratamento e acompanhamento, que ainda não foi descoberta a cura, mas pode ser tratada e acompanhada(**Entrevista de nº. 02**).

É uma doença, que eu não coloco na cabeça que seja assim, uma coisa que... é uma doença que eu sei que vou conviver com ela para o resto da minha vida, e que eu procuro a cada dia conviver melhor com ela, entende? É uma doença que tem tratamento. Como eu já tive depressão, eu procuro a cada dia viver com ela da maneira melhor possível (**Entrevista de nº 06**).

Mas pra mim a Aids é uma doença, é uma diabete, é uma gripe, é uma queimadura que você sofre e só o tempo vai apagar, e que precisa ser tratada ((Seus olhos encheram de lágrimas)) (**Entrevista de nº. 05**).

O fato de considerar a Aids como uma doença que, apesar de não ter cura, tem tratamento, é de suma importância, na medida em que uma das principais causas que leva ao grande aumento de mortalidade²⁵ de Aids no Brasil e no mundo, se deve ao fato de muitas pessoas serem contaminadas pelo vírus, e mesmo sabendo disso, não aderirem ao tratamento, o que leva a evolução para doenças oportunistas que podem provocar a morte.

Destacamos ainda, a seguinte fala:

Não entendo muito isso. Eu tomo uns coquetel, sinto fraqueza, mal estar. Posso dizer que é uma doença grande, quem soubesse usava camisinha com os parceiros, com seu parceiro. Todo mundo está sujeito a pegar esta doença (**Entrevista de nº. 09**).

Mesmo não entendendo, ou não dando uma definição mais precisa para ao que é Aids, na entrevista de nº 09 percebe-se o destaque dado pelo pesquisado, para a importância da prevenção com o uso da camisinha. Este preservativo, que no Brasil é distribuído de forma gratuita, é em alguns países desconhecido ou pouco acessível. Segundo a UNAIDS, na África Subsaariana, por exemplo, o acesso às camisinhas não é fácil e cada indivíduo considerado como sendo sexualmente ativo, só tem acesso, em média, a oito preservativos por ano (INFECÇÕES..., 2014).

No Brasil, mesmo com o acesso gratuito à camisinha, o principal preservativo para se prevenir o vírus HIV causador da Aids, os casos da doença continuam a crescer, apresentando, conforme afirmamos anteriormente, em seu perfil: a feminização, pauperização, interiorização, envelhecimento e juvenilização.

Particularmente no que se refere ao crescimento da doença a nível mundial, salientamos que a África continua sendo o continente mais afetado pela doença, os dados se distribuem da seguinte forma: 1,1 milhão de mortos em 2013, 1,5 milhão de novas infecções e 24,7 milhões de africanos que vivem com o HIV (INFECÇÕES..., 2014).

Ainda no tocante à indagação feita inicialmente aos usuários entrevistados, nos chamou atenção quando um dos pesquisados define a Aids como sendo,

[...] é como que uma ferida aberta que aos poucos vai cicatrizando, fica aquela marca mais depois... aquilo é uma lembrança, aquela marca que você já foi ferida, mas ali cicatrizou (**Entrevista de nº 10**).

²⁵ A taxa de mortalidade por Aids, tende a variar de acordo com área geográfica, escolaridade, sexo, grau de instrução e também categorias de exposição.

A fala da entrevistada n° 10, compara a doença com uma “ferida aberta que aos poucos vai cicatrizando” demonstra o impacto que o HIV/Aids, traz na vida das pessoas que contraíram a doença, considerando o estigma e a discriminação da epidemia desde o seu surgimento. Apesar dos avanços científicos em relação ao tratamento do HIV/Aids, um dos maiores desafios enfrentados pelas pessoas que contraíram a doença, é o preconceito que enfrentam cotidianamente.

A Aids é uma doença incurável, mas passível de tratamento, e com os devidos cuidados as PVHA poderão viver durante muitos anos uma vida normal. Nessa perspectiva destacamos a seguinte resposta,

A Aids pra mim, eu acho que é uma experiência de vida, conviver com ela pra mim já é normal, já é como se fosse um ... se eu tivesse nascido assim né? E assim continuaria né? É assim que eu acho né? Eu não reclamo, graças a Deus. Graças a Deus eu levo uma vida normal, uma vida simples, uma vida boa, com mais cuidado, só isso mesmo (**Entrevista de n°.03**).

É fundamental considerar a Aids como uma questão de saúde pública, que envolve a sociedade, as famílias, as instâncias políticas, tendo em vista a dimensão que a doença tomou ao longo dos anos, trazendo uma série de impactos na vida de quem descobre está com o vírus HIV.

O diagnóstico para detectar infecção pelo HIV é feito a partir da coleta de uma amostra de sangue, existindo no Brasil testes rápidos e exames laboratoriais como o Tetra Elisa. A maioria das pessoas, com exceção das gestantes, a quem o teste faz parte dos exames pedidos durante o pré-natal, só fazem o teste para diagnóstico do HIV quando é solicitado, mediante evolução para Aids.

Contatamos no presente estudo tal realidade, pois na medida em que foram indagados acerca de **há quanto tempo descobriram sua sorologia e como foi descoberto**, obtivemos as seguintes respostas.

Há quinze anos atrás. Eu descobri porque lá onde eu morava tava tendo um surto de tifo, e eu adquiri estava com a defesa baixa, e ai quando eu comecei a adoecer, ter diarreia, febre alta, uma série de coisas. Tomava a medicação e não tava evoluindo, e como eu já tinha feito muitas transfusões, porque eu comecei a ter problemas hormonais muito cedo, aos 31 anos eu comecei a ter problemas hormonais, eu tive muitas hemorragias e fiz muitas transfusões e ai quando eu tive essa tifo que eu não melhorava, ai o médico perguntou se eu queria fazer o anti - HIV , perguntou se eu já tinha feito transfusão, como era a minha vida sexual, essas coisas assim, então eu resolvi fazer e descobri está com HIV, que já não era mais HIV, já estava evoluindo, que na verdade já era a primeira oportunista a AIDS (**Entrevista de n° . 02**).

Quando eu descobri, eu tava numa fase de... Sentido sintomas de febre, muita cede e perdendo peso, ai procurei o médico, quando eu procurei o médico ele pediu que eu fizesse o exame, ai eu fiz, graças a Deus foi descoberto logo, foi melhor pra mim, porque podia ter sofrido mais. Quando eu descobri eu estava com 31 anos, eu já estou com 46 anos, já faz 17 anos pra 18 anos que foi descoberto (**Entrevista de n.º. 03**).

Eu descobri vai fazer dois meses ainda. Descobri no dia 06 de maio de 2014. Porque desde agosto, do dia 11 de agosto do ano passado eu já vinha doente, mas não sabia a causa da doença, ai passava dois, três dias trabalhando e ia pra UPA tomar soro, era só diarreia e vômito, diarreia e vômito e perdendo peso, como eu tenho um problema no seio e até já fui operada eu até pensei que era câncer, mas na verdade nao era (**Entrevista de n.º.08**).

Observamos, nas entrevistas de n.º. 02, 03 e 08, que o teste anti-HIV só foi realizado mediante aparecimento de doenças oportunistas, a partir de alguns sintomas característicos da Aids, como perda de peso, diarreia, febre, entre outros, mas que só pôde ser constatado o diagnóstico para HIV, através de exames específicos.

Acrescentamos ainda os depoimentos que se seguem,

Eu descobri em setembro de 1997 ((17 anos)) descobri através de meu esposo, ele foi interno e eu também fui junto, a gente descobriu nesse período (**Entrevista de n.º. 04**).

Há 03 anos. O meu marido ficou doente, sem saber o que era, muito doente, ai daí fomos para vários médicos, fomos para uma gastro ((Gastroenterologia)), que ele teve muita diarreia, foi quando ela solicitou o exame para HIV [...] quando foi em dezembro de 2010, [...] que ele fez o exame e deu positivo, ai quando foi em janeiro pra fevereiro foi que confirmou mesmo o meu caso (**Entrevista de n.º. 10**).

Nas entrevistas de números 04 e 10 é possível identificar que a descoberta veio a partir do diagnóstico do cônjuge. Com isso, as entrevistas apresentam dois fatos relevantes, o primeiro está relacionado à questão do exame só ter sido feito a partir do aparecimento da Aids, e o segundo demonstrando que a feminização da doença vem ocorrendo em função de que, as mulheres em relacionamentos estáveis, não se sentem vulneráveis em contrair o HIV/Aids.

Em pesquisa realizada por Oltaman e Camargo (2010) os participantes revelaram estarem mais seguros numa relação conjugal do que outros relacionamentos. A pesquisa mostrou ainda que quando a conjugalidade é institucionalizada, associa-se a idéia de prevenção, atrelada a uma concepção que o parceiro não vai lhe expor ao risco. Quanto maior o tempo e a estabilidade no relacionamento, menor a exigência para o uso do preservativo,

tanto por homens quanto por mulheres. Foi constatado ainda que, para as mulheres, a traição acarretaria em risco para uma possível contaminação pelo HIV. Assim, durante a nossa pesquisa, quando questionados sobre quando e como descobriu sua sorologia, destacamos o seguinte depoimento:

Há 02 anos. Eu estava casada, e desconfiei do meu marido. Desconfiei que estava sendo traída, a partir daí resolvi fazer o exame e descobri a doença **(Entrevista de nº. 07)**.

Neste caso, a desconfiança de uma possível traição levou a entrevistada a fazer o teste anti-HIV, mas isso nem sempre acontece, muitas vezes o que predomina é a confiança no parceiro. De acordo com Oltaman e Camargo (2010, p.281), compreende-se a “confiança não como uma demonstração irresponsável de crença no sujeito, mas como uma aposta na direção do futuro do relacionamento conjugal, baseado numa relação de reciprocidade que dar estabilidade ao relacionamento”.

É importante destacar ainda, que o tempo da descoberta do vírus entre os usuários entrevistados variou, sendo o tempo menor de 02 meses, e o tempo maior correspondeu a 17 anos. Isso demonstra que na instituição temos um público de usuários descobriram recentemente estar com a doença, e outros que convivem há vários anos com o vírus HIV. O relatório da UNAIDS destaca que 35 milhões de pessoas viviam com o HIV em 2013, um número um pouco superior aos 34,6 milhões de 2012, e que dos 35 milhões de pessoas que vivem com o HIV no mundo, 19 milhões não sabem que são soropositivos (INFECÇÕES ..., 2014).

No Brasil, um dos grandes avanços em relação a Aids, foi o tratamento gratuito e a distribuição dos medicamentos necessários para o tratamento. Apesar das dificuldades vivenciadas na conjuntura atual pelos usuários dos serviços de saúde no âmbito do SUS, em função da desresponsabilização do Estado com a política de saúde, na indagação se **encontraram alguma dificuldade para ter acesso ao tratamento**, os usuários entrevistados disseram não ter encontrado dificuldades, como veremos abaixo,

Não, foi ótimo, foi tudo rápido **(Entrevista de nº 03)**.

Não, de maneira alguma **(Entrevista de nº 04)**.

Não, encontrei não **(Entrevista de nº 05)**.

Não! Fui muito bem acolhida. Se não fosse o apoio acho que teria pirado, fiquei depressiva e muito mal **(Entrevista de nº 07)**.

Não, nenhuma, graças a Deus as meninas aqui são ótimas, maravilhosas, super carinhosas... não tenho o que falar, elas são a paciência em pessoa (**Entrevista de nº 08**).

Não, as pessoas aqui me entendem bem (**Entrevista de nº 09**).

Ainda em relação a tal questão, cabe acrescentar o seguinte depoimento.

Na época que eu descobri, eu não morava em Campina, então eu vim encaminhada, aliás, eu nem vim encaminhada né? Porque quando eu descobri, o médico lá no sertão, ele disse ao meu irmão, que era quem estava cuidando de mim lá no hospital, ele disse que não adiantava nem encaminhar para o serviço porque eu não ia... eu tava muito fragilizada por causa da tifo e a... e ele achava que as duas coisas junto era suficiente pra ... que eu ia morrer que eu não ia sobreviver, se eu tomasse o coquetel, que o coquetel é algo tão forte... sabe aquele médico que não entende porra nenhuma, tu corta ((risos)), que não entende porcaria nenhuma, mas que se acha Deus? Ele me disse que se me trouxesse pra infectologia o coquetel ia só terminar de me matar, mas eu não resistiria ao tempo de me trazerem pra aqui, ele me deu 72 horas de vida, tem aquele piada que diz que 10% dos médicos se acham deus e 90% tem certeza né? Ele um dos que faz parte do grupo de 90%. Ele me deu 72 horas de vida no máximo, mas meu irmão me trouxe, mesmo sem encaminhamento, então ele não me deu encaminhamento, disse quem eu irmão me tirassem do hospital e levasse pra morrer em casa que pelo menos as pessoas não iam saber do que eu estava morrendo, né? O preconceito do médico! E meu irmão me trouxe e a médica já tinha terminado de atender, a gente voltou no outro dia, e *a acessibilidade aqui não foi difícil não*, então eu fiquei no HU durante muito tempo, só em 2007 é que passei a ser atendida no SAE, porque como município de Campina eu tinha direito a eu vim embora pra aqui pra dar continuidade, pra ter qualidade de vida, eu não queria só tomar remédio, eu queria ter qualidade de vida e vivendo com AIDS, então eu vim pra cá pra Campina Grande por conta disso (**Entrevista de nº. 02**).

O depoimento da entrevista 02, demonstra a falta de preparo por parte do profissional da medicina, com o doente de Aids. Em seu estudo Paiva (2012) constatou que o atendimento as PVHA pelos profissionais de saúde precisa ser revisto, tanto em relação à questão do atendimento humanizado, quanto à superação dos sentimentos de medo e insegurança por parte destes profissionais. A falta de preparo para lidar com doentes de Aids irá se refletir na dificuldade com o cuidado, no trato com o sofrimento alheio, na estigmatização ligada a doença e conseqüentemente na exclusão social da pessoa atendida.

Acrescenta-se ainda, a falta de informação e o encaminhamento feito por instituições não especializadas no tratamento em Aids, destacado no depoimento a seguir.

Não. [...] mas só que assim, eu penso que os médicos independente de que área seja, era pra eles já saberem encaminhar, assim dizer olha você vai ser encaminhada para o SAE, talvez eles não tenham conhecimento do serviço

né? Mas eu acho que é conhecido né? Você vai lá para o SAE procura um infectologista lá que tem, mas não, a gente ficou esperando ainda, negocio de posto de bairro, ai demorou [...] (**Entrevista de nº.10**).

Embora demonstre não ter encontrado dificuldade para ter acesso ao tratamento, o depoimento da entrevista 10 é relevante, na medida em que discute a falta de informação dos próprios profissionais da saúde, acerca dos serviços que prestam atendimento especializado às pessoas que vivem com Aids.

Mediante as informações acima, importa destacar os depoimentos, quando fizemos a seguinte indagação: **como foi encaminhado (a) para o SAE?**

Como foi? Através de uma vizinha que trabalhava na saúde, e indicou[...] (**Entrevista de nº.03**)

Porque eu tenho uma amiga que trabalhou aqui no SAE, ela foi enfermeira do SAE, ai primeiro eu me comuniquei com ela, ela me levou pra fazer o exame, ai quando saiu o resultado, ai ela estava ao meu lado ai ela quem me trouxe ao SAE, ela já conhecia aqui (**Entrevista de nº.05**)

Percebemos nas entrevistas 03 e 05, que os pesquisados não foram encaminhados diretamente de um serviço de saúde para o outro, mas sim por pessoas que conheciam a instituição e os informaram sobre os serviços prestados no SAE. O que demonstra preocupação, pois muitas pessoas não sabem da existência do referido serviço.

Dessa forma, a falta de articulação de redes, tende a prejudicar o funcionamento dos serviços, e conquanto, o atendimento de forma mais imediata e eficaz dos usuários aos serviços especializados. A articulação entre os vários serviços de saúde é fundamental, e essencial, tanto para o diagnóstico, quanto para o tratamento das mais variadas patologias que existem e que requerem além do diagnóstico precoce, um acompanhamento especial.

É fundamental, portanto, destacar ainda, como outros usuários foram encaminhados para o SAE.

Fui no posto de saúde, ai fiz o exame primeiro, fiz o primeiro, ai pediram outro exame para concluir, ai deu realmente, de lá eles me encaminharam para o SAE (**Entrevista de nº. 06**).

Pelo HU ((Hospital Alcides Carneiros)), fiz o exame lá, foi descoberto lá [...] (**Entrevista de nº. 08**).

Nota-se nas entrevistas 06 e 08 que o encaminhamento se deu a partir de outros serviços de saúde. É primordial que haja inter-relação das diversas unidades e serviços de saúde, com vista a possibilitar o melhor e adequado tratamento para cada especialidade, dos diversos tipos de doença.

É notória a importância da implantação dos SAE, na medida em que estes serviços oferecem o apoio e o tratamento necessário as PVHA. Com relação às reclamações em relação ao serviço prestado no SAE/CG, não se constatou nenhuma insatisfação por parte dos usuários acerca do respectivo serviço, sendo este muito elogiado por todos os sujeitos envolvidos na pesquisa. Dessa forma, quando indagados **se encontraram alguma dificuldade no SAE**, alguns usuários responderam:

Nenhuma! (**Entrevista de nº. 01**).

Nenhuma, eu sou muito bem atendida, tenho uma relação muito boa com todos os profissionais que lá atuam serviço social, psicologia, médico, equipe de enfermagem, desde a pessoa que faz a limpeza lá, todo mundo eu tenho um relacionamento muito bom (**Entrevista de nº 02**).

Nenhuma! Não tivemos nenhuma dificuldade (**Entrevista de nº. 04**).

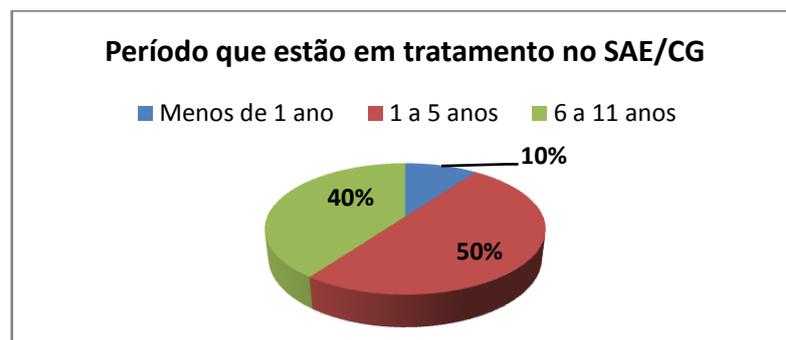
Não. Nenhuma! (**Entrevista de nº. 07**).

Pra falar a verdade, nenhuma, nenhuma. Não encontrei dificuldade nenhuma, como eu disse as meninas foram maravilhosas (**Entrevista de nº. 08**).

Não encontrei (**Entrevista de nº. 09**).

Quando indagados, acerca de há quanto tempo estão em tratamento no SAE/CG, obtivemos os resultados que variou de meses para anos.

- **Gráfico 12- Há quanto tempo estão (usuários) em tratamento no SAE/CG**



Fonte: Pesquisa de Campo realizada no Serviço de Assistência Especializada (SAE)-Campina Grande-PB, 2013/2014

O percentual ficou assim distribuído, entre os dez usuários entrevistados: 10%, responderam que estão em tratamento há menos de um ano, 40%, de 6 a 11 anos, e 50% de 1 a 05 anos. Notamos assim, que a maioria dos entrevistados já está há muito tempo em

tratamento na referida instituição. Alguns estão desde a sua implantação no referido município, que se deu no ano de 2003.

Particularmente no que se refere ao serviço social, perguntamos aos entrevistados, **como avaliam a atuação do serviço social junto aos usuários do SAE**. Destacamos as seguintes falas.

*É pra mim, é como eu estou te dizendo, pra mim começou pelo serviço social, pra mim foi o essencial foi elas duas aqui dentro pra mim((referindo-se as assistentes sociais)), que me deram força, o trabalho delas são muito, muito, muito... sei nem dizer sabe , eu não sei nem dizer, foi muito importante na minha vida sabe? [...] é tanto que ainda hoje, às vezes eu estou em casa e ligo pra elas, tiro minhas dúvidas com elas, as vezes eu acho que exagero assim, mas é porque o tratamento é muito doloroso, [...] eu não desejo isso pra ninguém, é um tratamento que o remédio é terrível, terrível, terrível. Terrível que eu digodo ponto de efeitos colaterais, pra mim ainda esta sendo uma barra, tem horas que eu digo senhor não sei se eu devia ter passado por isso, se eu devia ter saído, se eu mas ainda é muito recente, tem um caminho longo pela frente, tem horas que eu quero me desesperar, eu acho que ... eu acho que eu deveria ter ido embora, não ter me levantado, mas eu to aqui (**Entrevista de nº.05**).*

Na fala da entrevista 05, percebemos que o usuário, encontrou nos profissionais de serviço social da instituição, uma pessoa para desabafar, e contar de suas angústias vivenciadas e ocasionadas pelo processo de descoberta e convivência com o HIV/Aids. O que se torna comum neste espaço sócio-ocupacional, devido ao público atendido e a dimensão social que Aids tende a provocar. Kern (2003) destaca que somente as pessoas que descobrem e convivem com Aids, podem sentir e vivenciar as consequências ocasionadas pela doença, que produz exclusão social a estes indivíduos que na maioria das vezes são considerados, não como heróis, e sim como vilões.

As perdas vivenciadas pelos usuários soropositivos acabam que provocando uma representação se ser isolado em meio a um contexto social, que por si só, já é excludente e discriminador (IDEM, IBIDEM).

Para reforçar a análise acima, acrescentamos ainda as seguintes falas:

*Essencial, me deram apoio total, elas serviram mais como psicólogas, foram quem me ajudaram muito, me acolheram... Posso dizer foi mais um acolhimento (**Entrevista de nº.07**).*

*Boa, estão ai, realmente ajudam psicologicamente aqueles que estão lá em baixo, no “fundo do poço (**Entrevista de nº.10**).*

É importante salientar, a partir das falas das entrevistas 07 e 10, que diante da complexidade dos fatos, houve uma comparação na interpretação pelos usuários, da atuação do assistente social com o psicólogo, isso demonstra ademais, que atuar em uma área que envolve questões tão subjetiva se psicológicas, demanda por parte dos profissionais de serviço social, um certo cuidado na perspectiva de não cair na psicologização das relações com tais usuários. Devemos atuar, conquanto, na busca de fortalecê-los no campo social.

Nesse sentido, de acordo com Kern (2003, p. 65),

Fortalecer o usuário significa conferir a ele condições concretas de enfrentamento a toda situação que vivencia. Significa construir uma consciência reflexiva, uma consciência de algo, e essa consciência deve estar impregnada de autonomia, de esperanças, de perspectivas de vida, de acesso aos direitos.

Trabalhar na perspectiva de fortalecimento social vai além de ações pontuais e individualizantes. Deve ser perpassada pela busca de autonomia e viabilizações dos direitos. Cabe destacar, portanto, o seguinte depoimento:

Eu acho bastante positivo, porque eles tem essa preocupação, por exemplo, recorrer ao benefício quando a pessoa se enquadra, hoje em dia tem que está enquadrado nos critérios do benefícios, tentar ver com que a família se insira também no tratamento do paciente, participe da vida do paciente, eles procuraram acabar com a imagem do preconceito dentro da família, eles procuram reinserção social do paciente, reinserção no mercado de trabalho, auto estima. Eu acho que é de uma importância muito grande o serviço social na vida da pessoa vivendo com HIV/Aids (**entrevista de n.º 02**).

É importante identificar na fala da entrevista 02 que, além de destacar a importância dos assistentes sociais na vida das PVHA, existe por parte do usuário pesquisado um entendimento acerca do trabalho do assistente social, ressaltando a relevância do trabalho de tais profissionais junto a tal segmento.

Ainda na perspectiva de apreender a atuação do assistente social em tal espaço, procuramos saber dos usuários entrevistados, em **que ocasião eles procuravam os assistentes sociais da instituição**. Alguns usuários afirmaram ter procurado os assistentes sociais logo que iniciaram seu tratamento na instituição, e que a busca por este profissional se deu por que necessitava de algum tipo de informação. Destacamos assim, as falas a seguir:

Foi logo no começo [...] ai depois não procurei mais no SAE porque não achei necessário (**Entrevista de n.º 04**).

Quando eu cheguei, eu procurei a assistente social, primeiro eu fui pra ela, e conversei junto com ela [...] .Eu procuro quando preciso de algum tipo de informação (**Entrevista de nº. 06**).

Na chegada, foi à base de tudo, me passaram todas as informações, eu até pensei que eram as psicólogas, pois elas me deram maior força, conversaram comigo, me disseram que não era o fim, que hoje em dia existia muito tratamento, que eu me recuperar, me disseram mais esse tipo de coisa (**Entrevista de nº.07**).

É... Às vezes em alguma pergunta né? Como é que poder ser, como é que toma os medicamentos, alguma... outros problemas oportunistas pra evitar né? Sempre a gente procura (**Entrevista de nº. 03**).

Percebemos a partir das falas, que pedir informação referente à doença ou/e ao serviço, tem sido muitas vezes o principal motivo pelo qual os usuários chegam até o serviço social da instituição. Isso não quer dizer que não seja um fator importante, tendo em vista que o assistente social é um profissional que possui no âmbito de suas competências, orientar e informar sobre questões pertinentes e de interesse dos usuários, mas não é uma atribuição privativa destes profissionais, e isso cabe a toda equipe multidisciplinar da instituição. Percebemos que muitos usuários acabam procurando estes profissionais exclusivamente para algum tipo de informação, e também,

[...] pra desabafar, conversar, sobre o medicamento, sobre o tratamento, sobre o que estou sentindo, se é certo, senão é, o que eu devo fazer o que eu não devo (**Entrevista de nº. 05**).

Vasconcelos (2003) enfatiza que os assistentes sociais, por não dispor de condições de prever, absorver e dar prioridade a demandas reais e potenciais, frequentemente vem reduzindo sua prática profissional a informação, apoio, aconselhamento e encaminhamentos diversos. Tais ações são caracterizadas como sendo pontuais, e com um fim em si mesma, que apenas reforça a manutenção e estrutura de um sistema desigual e excludente dessa sociedade.

É importante destacar também, as falas referentes à indagação se **consideram o trabalho do assistente social importante para o seu tratamento**. Destacamos assim os depoimentos a seguir:

Assim, considero muito importante, porque se você percebe que tem um apoio a mais, além do medico você tem um apoio a mais, tem uma pessoa que você pode contar a mais (**Entrevista de nº.01**).

Considero importante, porque o serviço social tem essa visão ampla, porque o médico foca exatamente na saúde do paciente né? **(Entrevistado n.º. 2).**

Na fala da entrevista 01, observamos que a importância dada ao serviço social para o tratamento das PVHA, se deu pela ênfase em se ter um profissional “a mais para contar além do médico”. Muitas vezes, nestes espaços sócio-ocupacionais é dada uma importância maior ao médico, reforçando a histórica subalternidade do serviço social em relação ao profissional da medicina no âmbito da saúde. No entanto, o entrevistado 02, destaca a importância da profissão considerando a visão ampla que os assistentes sociais possuem, no que se refere os aspectos que envolvem o processo saúde-doença.

Acrescentamos ainda os seguintes depoimentos.

Demais, demais. No meu tratamento, eu considero, eu acho importante a assistência que elas me dão, entendeu? Me dão uma mão amiga, me dão ali aquela força, pra mim eu acho, que no meu tratamento foi elas duas que me deram mais força, foi elas, foi vital pra mim o tratamento, foi o serviço social daqui [...] **(Entrevistado de n.º. 05).**

Considero. Porque sempre que eu precisei, eu fui bem acolhida **(Entrevistado de n.º. 06).**

Sim. Como eu falei para esclarecer as dúvidas em relação ao tratamento, quem devemos procurar, considero importante nesse sentido de esclarecimentos **(Entrevistado de n.º. 07).**

Acho, a partir do momento que me der informação, sim **(Entrevistado de n.º. 08).**

Considero, porque *eu creio que se algum dia eu chegar a precisar*, elas vão estar a disposição pra me ajudar, me dar algum conselho, dizer alguma coisa, uma ação, dizer como devo fazer, essas coisas **(Entrevistado de n.º. 10).**

Nas falas acima, é possível identificar que, todos os entrevistados consideraram o trabalho do assistente social importante para seu tratamento, Tal importância é dada na medida em que estes profissionais são percebido como aqueles que estão dispostos a ajudar, acolher, aconselhar, prestar esclarecimentos e informações.

Vasconcelos (2003, p. 434) destaca que,

(...) os assistentes sociais, em sua maioria, realizam seu trabalho profissional, que, por se constituir num trabalho humanitário, recebe o ‘reconhecimento da população’, ainda que não contribua - frequentemente pelo contrário- na luta pelos seus interesses e necessidades como classe.

Ainda, sobre a indagação em destaque, uma fala merece ser analisada. Indagada sobre a importância do assistente social para o seu tratamento, o usuário respondeu.

Eu não preciso do assistente social não. Pra que serve o assistente social? Nunca me disseram isso (**Entrevista de nº. 09**).

A fala da entrevista 09 demonstra que muitos usuários não tem conhecimento do trabalho do assistente social, procurando-os ou dando importância a este profissional apenas pela forma humanizada de atender. Falas como estas reforçam que muitos desafios são postos a estes profissionais, a começar pela identidade e reconhecimento de suas atribuições e competências profissionais nos espaços ocupacionais em que atuam.

Perguntamos ainda aos usuários, **se eles já tinham participado de alguma atividade desenvolvida pelos assistentes sociais no SAE, e se sim, o que acharam**. Dos dez usuários entrevistados, apenas dois disseram ter participado.

Já participei de várias, as comemorações, festividades, palestra, a questão da nutrição, eles se preocupam também de tá levando um nutricionista, que a gente pensa que passar por um nutricionista é só aquela pessoa que tem um poder aquisitivo muito bom, ao contrário né? O nutricionista ele procura que a pessoa se alimente bem com o que ele tem de disponível né? Então eu acho importantíssimo que o serviço social leva o nutricionista pra dar palestra lá (**Entrevista de nº. 02**).

Já, de sala de espera. Eu gostei (**Entrevista de nº. 03**).

A sala de espera, citada na entrevista de 03, funciona como um espaço em que se pode aproveitar o tempo que o usuário aguarda para ser atendido, para informar sobre os seus direitos, incentivar para que os usuários falem sobre suas principais dificuldades, reclamações ou sugestões sobre o atendimento no serviço. Neste espaço podem-se realizar oficinas, palestras, dinâmicas educativas.

Assim, constatamos que a maioria dos usuários entrevistados disse nunca ter participado, e também não ter conhecimento de algumas atividades desenvolvidas pelos assistentes sociais da instituição.

É importante salientar que estas atividades devem buscar orientar os usuários sobre seus direitos e as formas de participação cidadã, destacando a importância da organização através dos conselhos, sindicatos, associações, espaços estes, que podem proporcionar aos usuários a consciência e despertá-los, enquanto sujeitos protagonistas, a se mobilizar e lutar por melhorias na educação, saúde, moradia, entre outros, direitos considerados essenciais e indispensáveis para a vida humana.

Com objetivo de enriquecer e aprofundar o presente estudo, buscamos algumas informações que consideramos relevantes junto aos demais profissionais do SAE, dentre eles, (01) médico, (01) psicólogo, (01) farmacêutica, (01) enfermeira e a coordenadora do SAE. As análises das falas referentes às entrevistas com estes profissionais serão feita no tópico a seguir.

3.2.3 Análise das falas dos profissionais

Conforme destaca Kruger (2010), tratar das ações profissionais no âmbito do SUS implica observar que na mesma medida em que esta política vem sendo defendida por inúmeros segmentos da sociedade brasileira, por reconhecerem seu potencial enquanto política social inclusiva e universalizadora, por outro lado ela vem sendo despolitizada e banalizada em discursos que possuem também uma aparência de defesa. Assim, o Serviço Social, ao pensar sua prática na saúde, necessita compreender estas duas dimensões, fazendo leituras das demandas das instituições e dos usuários e identificando potenciais espaços de atuação, para evitar intervenções idealizadas, espontaneístas e restrita às relações interpessoais.

Independentemente da profissão, trabalhar na área da saúde e particularmente junto com as PVHA “(...) exige profissionais críticos, com a competência técnica e o conhecimento da política de saúde para lutar por um modelo de sociedade que assegure os direitos dos cidadãos, independentemente de sexo, cor ou raça” (“PINTO, 2007, p. 49-50).

Acrescentamos que o trabalho na saúde exige uma equipe de profissionais articulada e comprometida com os princípios doutrinários do SUS (Universalidade; Equidade; Integralidade), e com o que defende o movimento da reforma sanitária. A atuação deve se respaldar visando atendimento a todos, sem discriminação de credo, gênero, orientação sexual e classe social.

Buscando compreender **qual a percepção acerca do trabalho do assistente social na instituição** por parte dos profissionais entrevistados, destacamos os depoimentos que se seguem:

Eu acho de extrema importância, principalmente na chegada desses pacientes junto ao serviço, o acolhimento, a preparação desses pacientes **(Entrevista de nº. 03).**

Eu digo que o serviço social é de fundamental importância para os SAEs né? Porque o serviço é a porta de entrada quando chega... As pessoas que chegam para o SAE, usuários do SAE, saem do CTA com o resultado

positivo, o diagnóstico é feito aqui no SAE, então a primeira pessoa que ele mantém contato é com o assistente social daí a importância do serviço social e da formação do assistente social na instituição (**Entrevista de nº 04**).

Nas falas das entrevistas 03 e 04, constatamos que os dois profissionais entrevistados consideram o trabalho do assistente social importante para o serviço. Entretanto, atribui-se a importância por o assistente social ser um profissional considerado “a porta de entrada” nos serviços. Vasconcelos (2003) chama atenção para o fato de ser os assistentes sociais, até o presente momento, os únicos profissionais da saúde que atendem sem marcação prévia, como é exigido, por exemplo, para o médico, psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta.

Acrescentamos ainda o depoimento a seguir.

É de suma importância a presença do assistente social aqui no SAE, porque trabalha tanto a família, como têm a visitas domiciliares, visita hospitalar também (**Entrevista de nº. 01**).

A assistente social, eu acho que a participação dela é fundamental, principalmente se tratando de crianças e adolescentes com Aids ou expostas ao vírus HIV, porque ela é o elo que serve de entrosamento entre o profissional de saúde, o médico, que assiste a criança e os adolescentes, e os pais da criança ou procurador ou curador da criança, *porque muitos pais já vieram a óbito, eles já são órfão . Então a assistente social, aquela que exerce realmente a profissão de assistente social, ela é quem nos ajuda, inclusive na busca ativa dessas crianças, ir ate a casa dessas crianças e fazer este retorno desses pacientes ao serviço, eu acho que inclusive é mais importante, “às vezes, que o próprio médico, nesse conjunto de trabalho, de regatar aqueles pacientes que por exemplo não tem adesão, que é o nosso maior problema*(**Entrevista de nº. 05**).

No depoimento da entrevistada 01, observamos que o profissional destaca a importância dos assistentes sociais, enfatizando o trabalho desses profissionais com família, além das visitas domiciliares e hospitalares. No depoimento da entrevistada 05, mais uma vez é destacada a importância da profissão no desenvolvimento de ações como a visita social domiciliar, enfatizando, contudo, a busca ativa (busca consentida) por crianças que já não freqüentam o serviço, caracterizado como abandono do tratamento. No entanto, merece atenção o fato do profissional entrevistado, quando se refere ao assistente social, ter ressaltado em sua fala: “ela é quem nos ajuda”, reforçando o aspecto da subalternidade profissional.

Em seu surgimento o serviço social, esteve atrelado a igreja católica, se caracterizava como sendo uma profissão destinada às moças da alta sociedade e de boas famílias, e tinha como propósito a ajuda ao mais necessitados, através de ações meramente filantrópicas e assistencialistas. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2008). A visão de que o serviço social é uma profissão destinada a ajudar ao próximo, ainda se faz presente nos dias atuais, mesmo com

todos os avanços conquistados pela profissão ao longo dos anos. Assim, ainda sobre a indagação em relação a qual percepção o profissional tinha do trabalho do assistente social no SAE, obtivemos o seguinte depoimento.

Eu creio que seja um trabalho primeiramente é... assim de dedicação, porque o ramo do serviço social tem que primeiramente ter essa dedicação ao paciente no saber ouvir e saber interpretar o que ele diz e na questão da segurança de passar todo o conhecimento que se tem para o paciente né? É mais essa parte assim de dedicação de ter... companheirismo mesmo para que o paciente ele tenha essa segurança no profissional(Entrevista de nº. 02).

É importante salientar que na entrevista 02, ao utilizar dos termos dedicação e companheirismo, o profissional entrevistado remete a questões mais subjetivas do ser humano de modo geral, e não necessariamente ao saber de uma determinada profissão. Entretanto, pelas características do serviço social na sua gênese, tais características de dedicação/companheirismo/bondade entre outros, tende ainda hoje, serem associados a profissão e ao profissional.

Como forma de aprofundar a investigação, buscamos saber junto aos profissionais envolvidos na pesquisa, **se na instituição tem sido possível desenvolver um trabalho interdisciplinar**. Dentre os entrevistados, todos responderam que sim, com destaque para alguns depoimentos apresentados a seguir.

Creio que sim, creio que sim. Porque assim, nessa ...o assistente social uma vez que ele atua com o trabalho da equipe, ele interage não só com os pacientes mas com os profissionais, seja o profissional médico, profissional enfermeiro a ter essa integralidade no serviço pra que a gente possa assim andar pela mesma vertente (Entrevista de nº.02).

Tem sido sim. Acho importante essa interação que principalmente a gente vê aqui entre farmacêutico, assistente social, psicólogo... né? Os diversos setores, a interdisciplinaridade aqui a gente procura trabalhar bem direitinho de modo a oferecer o melhor serviço pro paciente(Entrevista de nº. 03).

As entrevistas, 02 e 03 destacam a interação que existe entre assistentes sociais e demais profissionais e setores do serviço. Entretanto, um trabalho em equipe exige dos sujeitos envolvidos, mais que a simples interação profissional para ser designada como um trabalho interdisciplinar.

Sendo assim, a interdisciplinaridade pode ser identificada quando existe a reciprocidade das ações e estratégias, estabelecendo uma troca comum dos diferentes saberes, de modo que, todos os conhecimentos sejam valorizados numa articulação mútua e sintonizada horizontalmente,“(...) gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não

se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos (VASCONCELOS, 1997, p. 141).

Portanto, desenvolver um trabalho interdisciplinar, de acordo com a definição acima não é tarefa fácil, principalmente quando se atua em área como a exemplo da saúde, com maior ênfase e valorização em algumas especialidades profissionais. Na área da saúde, a figura do médico sempre esteve centralizada entre as demais profissões, fato que tende a acarretar em atitudes isoladas, focalizadas e centralizadas, não havendo uma articulação com outros saberes, na perspectiva de se avançar na qualidade do atendimento prestado a população que acessa os serviços de saúde.

É importante acrescentar ainda as seguintes falas:

É possível, eu acho que sim. Olhe a AIDS nasceu com a interdisciplinaridade [...] sem ela a pessoa com HIV não seria possível ela ser atendida como um todo, então é necessário, é vital, de vital importância esta interdisciplinaridade, já é da AIDS que vem esta interdisciplinaridade, daí a importância de todo mundo trabalhar junto, porque o ser humano não é visto separado, isolado, mas visto como um todo (**Entrevista de nº. 04**).

Com certeza, tem sim, e é importantíssimo, porque a gente... ninguém hoje em dia trabalha sozinho, nem vive mais sozinho, a gente trabalha em equipe, você trabalhando sozinho seu trabalho vai demorar muito mais tempo pra chegar até lá e talvez nem chegue, você tem que trabalhar em equipe e aqui nós temos essa equipe multidisciplinar (**Entrevista de nº. 05**).

Nas entrevistas 04 e 05 percebemos que as falas referem-se mais a um trabalho multidisciplinar²⁶. Contudo, a entrevista 04 nos chama atenção pelo fato de destacar a importância da interdisciplinaridade para o tratamento em Aids, tendo em vista, todos os fatores que contribuem para a disseminação e agravamento da doença.

O processo de interdisciplinaridade na área da saúde se faz essencial, uma vez que os determinantes do processo saúde/doença estão interligados a fatores biológicos, sociais, econômicos, psicológicos, culturais e políticos, que tendem a se articular de forma contínua, assim a interligação e reciprocidade das ações e saberes, tendem a contribuir para o entendimento das razões e possíveis soluções dos problemas.

Assim todas as profissões, com seus diferentes e complementares saberes, são essenciais e indispensáveis no trabalho interdisciplinar. Com isso, perguntamos aos

²⁶ O trabalho multidisciplinar difere do interdisciplinar na medida em que, no primeiro o trabalho acontece de forma isolada com tímidas trocas e cooperação entre os saberes e sem decisão conjunta das ações (VASCONCELOS, 1997).

profissionais entrevistados se **em relação ao serviço social, existe alguma dificuldade de se trabalhar em equipe.**

Não vejo dificuldade nenhuma, no meu horário não, porque eu trabalho no turno da tarde e as duas assistentes sociais que me acompanham são excelentes, não tenho o que falar delas não (**Entrevista de nº. 01**).

Não. Pelo menos com a nossa equipe, com as assistentes sociais que nos assistem, não, não vejo nenhum problema não (**Entrevista de nº. 03**).

Não. É...desde que exista uma equipe coesa, em qualquer lugar, seja no serviço público, seja no privado, pode existir essa participação dessa equipe, se não existisse equipe, não existia um trabalho bem feito, então se o trabalho é bem feito é porque existe uma equipe, então todo mundo tem que ser comprometido, independente da posição política de cada um, se a gente tem um compromisso com o cidadão, então a gente tem mais é que participar da equipe como um todo (**Entrevista de nº. 04**).

Embora tais depoimentos reforcem que, não existe dificuldade de se trabalhar com as assistentes sociais do serviço, o depoimento que se segue nos chama atenção.

Olha, hoje no SAE, deixar bem claro que no ano de 2014 existe só uma dificuldade, com relação a um setor do serviço social, devido a não aceitação muitas vezes de determinado profissional de interagir mais com a equipe, de se ter humildade também certo? E de sentir alto suficiente para não precisar da ajuda de ninguém, seja profissional ou com os próprios profissionais né? Porque infelizmente hoje no ano de 2014 a gente está sentindo, uma parte da equipe de um determinado turno, está sentindo essa dificuldade sim, de interagir com o serviço social, uma vez que a gente não vê a atuação propriamente dita deste profissional hoje no SAE (**Entrevista de nº. 02**).

Percebemos na fala da entrevista 02 o descontentamento em relação ao serviço social, destacando, contudo, que a dificuldade ocorre em um determinado período do atendimento, e não em todos. Salientamos que a dificuldade apontada pelo profissional entrevistado, certamente dificulta as ações numa perspectiva interdisciplinar.

O êxito do trabalho em equipe depende, dentre outros fatores, da interdisciplinaridade no âmbito das ações e práticas profissionais. Assim, atitudes isoladas certamente contribuem para um ambiente desfavorável para o desenvolvimento do trabalho em equipe.

Importa destacar que, diante da atual conjuntura da política de saúde no Brasil, a efetividade da ação profissional depende não apenas da interação dos saberes e da responsabilidade e compromissos profissionais, mas também das condições objetivas de trabalho que possibilitem aos profissionais, avançar no que se refere à qualidade dos serviços prestados a população.

Conforme ressaltamos no decorrer deste trabalho, a saúde vem se caracterizando historicamente como um importante espaço sócio-ocupacional e de significativa inserção dos assistentes sociais, principalmente a partir da implementação do SUS. No entanto, os limites e entraves são muitos, frente ao atual contexto social e político em nosso país. Nessa perspectiva, buscamos identificar junto aos profissionais entrevistados, o que **achavam da atuação do assistente social na área da saúde e particularmente junto com as pessoas vivendo com HIV/Aids**. Das falas, destacamos:

Então, na área da saúde eu creio que pelo pouco que eu conheço, [...] *eu acho que é um trabalho, como eu já falei, de dedicação*, [...] eu já trabalhei em outra instituição de saúde aqui da cidade e pude ver um pouco também como atuava o assistente social em outros vínculos que não fosse o vínculo do SAE, e pelo pouco que eu pude perceber que *eles andam na mesma vertente que é parte assistencial*, como na parte de orientações nesse sentido, a parte social propriamente dita dos pacientes, eu já trabalhei na Maternidade e eu via a dedicação das meninas lá com relação a isso, principalmente no setor... *na questão de informação*, essas dúvidas que geralmente eles tem, lá na maternidade era e relação *o direito da mulher, o direito da gestante*, a meninas de lá elas passavam todo esse tipo de informação, todas as dúvidas, então o paciente, no caso o usuário entrava na sala da assistente social de um jeito e já saía mas com mais tranquilidade porque elas passavam todas as informações [...]. No caso das pessoas aqui do SAE, eu creio que isso seja da mesma forma e *mais ainda com relação às informações de benefícios* né? Que é o que eles vêm, mas procurar saber com relação a este setor, este ramo aqui do SAE, dos benefícios, então eles saem muitas vezes até satisfeitos né? De saber que tem algum tipo de benefício que pode receber, então é de suma importância (**Entrevista de nº. 02**).

No depoimento da entrevista 02, percebemos que a leitura feita pelo profissional entrevistado sobre a atuação do assistente social na saúde e junto as Pvha, compreende tal atuação como sendo um profissional da parte assistencial, que informa sobre benefícios e sobre os direitos dos usuários. Destaca ainda a importância dessas informações para os usuários, que muitas vezes chegam ao serviço com muitas dúvidas, e encontram no assistente social um profissional que pode prestar orientação para o tipo de benefício que estes têm direito.

Destacamos ainda, o seguinte depoimento:

Eu acho que o serviço social, o assistente social é fundamental, em qualquer área, principalmente na área de saúde, é ela que orienta, é o serviço social que orienta, é o serviço social que encaminha, é o serviço social que socializa informações, que dar o direcionamento para que cidadão ele seja sujeito da sua história, então é ele que orienta ele para procurar seus direitos, então eu acho que ele é de fundamental importância o assistente social junto ao serviço de saúde de modo geral (**Entrevistado de nº. 04**).

Na entrevista 04, o depoimento reforça a importância do assistente social na saúde, assim como em todas as áreas de atuação. Sinaliza ser o assistente social o profissional que encaminha, informa e orienta os usuários para que estes possam reivindicar seus direitos.

Vasconcelos (2003) destaca que, com relação à parte de encaminhamento e orientação, que os médicos, psicólogos, enfermeiros também trabalham com este objetivo, contudo, nem um outro profissional no campo da saúde, além dos assistentes sociais, tem como objetivo a realização do direito individual e coletivo:

Acrescentamos ainda, para fins de análise, o depoimento que se segue.

Acho extremamente positivo, tanto por esta questão que eu já disse do acolhimento, como a questão também do acompanhamento do paciente, visto que vocês muitas vezes aqui fazem até uma visita na casa dessas pessoas, pra fazer o levantamento de como essas pessoas se encontram e aí eu considero extremamente positivo (**Entrevistado de nº. 03**).

É destacado na entrevista 03 a importância do acompanhamento do usuário feitos pelos assistentes sociais, através da visita domiciliar, com vista a obter informações acerca das condições socioeconômica dos usuários. É necessário destacar que a visita social domiciliar e o estudo socioeconômico, são instrumentos utilizados pelos assistentes sociais como forma de obter dados/informações que possam subsidiar na prática profissional. Para isso, precisam utilizar as informações coletadas através de visita domiciliar, e também dos disponibilizados na própria instituição, para pensar e orientar suas ações. É fundamental reforçar que,

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, 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 do médico, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CEFESS, 2009, p. 27).

Assim, para compor o estudo, fez-se necessário buscarmos junto aos profissionais de serviço social do SAE, que são em número de três, algumas indagações que consideramos relevantes. Indagações sobre o trabalho profissional, as possibilidades de atuação, e os limites profissionais, que buscaremos analisar e discutir no próximo tópico.

3.2.4 Análise das falas dos assistentes sociais do SAE

O Brasil é um país que apresenta inúmeros problemas sociais, caracterizados pelo baixo investimento em saúde, educação, habitação, moradia, entre outros. Intervir nas

expressões da questão social, e nesse âmbito encontra-se a questão do HIV/Aids enquanto uma questão de saúde pública, apresenta-se como um desafio em uma conjuntura caracterizada pelo desmonte dos direitos sociais e pela falta de compromisso do poder público com as políticas públicas e sociais. Nesse sentido, são muitos os desafios enfrentados pela profissão na perspectiva de contribuir efetivamente para a garantia dos direitos sociais dos usuários de tais políticas e particularmente da política de saúde.

No entanto, mesmo com todos os limites impostos à profissão, faz-se necessário destacar que o assistente social é,

(...) um profissional de nível superior que, apesar de ser trabalhador assalariado e dos limites definidos pelas instituições empregadoras, tem responsabilidades e chance de escolha, de imprimir sentido, direção valorativa e finalidade às suas ações, uma vez que portador de relativa autonomia na execução da sua atividade. Todavia, para isso, é crucial capacidade intelectual-busca de substâncias conhecimentos teóricos e metodológicos (inclusive ético-político) que lhe permitam situar o seu papel como profissional na realidade social (...) (FORTI e GUERRA, 2010, p.09).

As ações cotidianas da prática profissional dos assistentes sociais devem ser orientadas pelos fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e procedimentos técnico-operativos, e tendo por referência o projeto profissional do serviço social (CEFESS, 2009). Intervir nos problemas trazidos pela Aids, nos impõe, cada vez mais, a busca por uma prática comprometida e articulada com os demais profissionais da saúde, tendo em vista a necessidade de envolvimento dos diversos saberes no trato com o HIV/Aids.

Os profissionais que atuam nesta área, com ênfase para os assistentes sociais, devem preconizar que sua ação está voltada para usuários sujeitos de direitos e deveres, e considerar as particularidades que envolvem a Aids e as significações dadas a epidemia. É importante considerar que as particularidades que envolvem os doentes de Aids, estão ligadas a fatores mais amplos, que envolvem relações sociais e são resultados das contradições da dinâmica capitalista.

A prática não pode ser considerada pronta e acabada, tendo em vista, que esta se estabelece num processo de construção contínuo e diário e pressupõe uma construção coletiva, estabelecida entre os profissionais e os usuários, e principalmente, não considerando a instituição como sendo um ambiente fechado, mas ao contrário, é fundamental considerar os horizontes e as relações que envolvem as particularidades dos fenômenos e as demandas das instituições (KERN, 2003).

Analisar, decifrar, interpretar criticamente a realidade social, não é tarefa fácil. Concordamos com Vasconcelos (2003) quando destaca que, para um profissional cujo trabalho envolve as expressões da “questão social”, entender as contradições e a complexidade que abrange a organização social, capitalista, requer um mínimo de preparação teórica e técnica, política e ética.

Particularmente no que se refere aos profissionais de serviço social envolvidos na pesquisa, destacamos que no SAE/CG existem atualmente três profissionais de serviço social, sendo:

- Todas do sexo feminino;
- Concluíram o curso de serviço social pela Universidade Estadual da Paraíba - UEPB, sendo que duas no ano de 1984, e uma disse não se lembrar o ano de conclusão;
- Das três, apenas uma possui outro vínculo empregatício, atuando como professora em uma escola;
- Nenhuma possui pós-graduação em área específica de serviço social. Sendo que, atualmente, uma faz psicopedagogia, que de acordo com a mesma, “articula pra trabalhar em serviço social e dava pra aproveitar também na sala de aula” (Entrevista de nº. 01). Outra cursa enfermagem, que segundo ela “sempre foi o meu sonho, mas que por alguns motivos pessoais não realizei na minha juventude”(Entrevista de nº. 02). E a terceira assistente social, disse ter interesse em fazer pós-graduação “em saúde pública ou saúde da família”(Entrevista de nº. 03);
- O tempo de serviço prestado na referida instituição pelas assistentes sociais variam, sendo: **10 anos; 12 anos e 1 ano e 5 meses.**
- A carga horária de trabalho de cada uma corresponde a 20 horas semanais.

Vale destacar que, na perspectiva de apreender como vem se desenvolvendo a ação profissional em tal espaço, perguntamos **qual é o objetivo do serviço e como vem se desenvolvendo a ação profissional dos assistentes sociais.** Destacamos a resposta a seguir:

O objetivo nosso é trabalhar a adesão, levando o paciente a entender a sua patologia e dentro das especificidades tentar atender o que mais convém a qualquer um (Entrevista de nº. 01).

Conforme ressalta o entrevistado 01, a adesão ao tratamento, é um dos principais objetivos do serviço e da atuação profissional, assim como fazer com que o paciente entenda sua condição de ser soropositivo. Ainda segundo as outras assistentes sociais,

O objetivo do serviço é prestar uma melhor qualidade de vida social aos pacientes. E a nossa atividade profissional é com esse objetivo né?, com esse sentido de passar uma melhor qualidade de vida pra eles, passar orientações, informações, fazer um bom acolhimento, tanto aos usuários quanto aos seus familiares (**Entrevista de nº. 02**).

Aconselhar; conscientizar do uso e adesão da medicação, fazer os exames periódicos de 03 em 03 meses, orientar da importância de vim ao SAE. O profissional sempre tem que ta orientando sobre a discriminação que eles sofrem. Aconselhar e dialogar (em grupo e individual) (**Entrevista de nº. 03**).

Proporcionar uma melhor qualidade de vida, acolher, orientar e informar é segundo o depoimento da entrevista 01, o objetivo do SAE e do trabalho do assistente social. Não obstante, na entrevista 03, é destacado como objetivo do serviço e do assistente social, a conscientização sobre o uso dos medicamentos, orientação sobre a importância do tratamento, aconselhar e dialogar com os usuários, conforme fica evidenciado no depoimento anterior.

É importante considerar que atuação com vistas a conscientizar, informar, dialogar, aconselhar, foram enfatizadas tanto pelos usuários, como pelos demais profissionais entrevistados e agora pelos assistentes sociais, como sendo objetivos do serviço social, e até, tendo os assistentes sociais o reconhecimento da prática profissional por realizarem este tipo de atividade.

Assim, cabe destacar que o apoio, a orientação, a informação em alguns momentos e circunstâncias contribuem para aliviar a tensão dos usuários, sendo avaliada como essencial na prática profissional, entretanto, nunca pode ser considerada o suficiente por parte dos assistentes sociais (VASCONCELOS, 2003).

Assim, mais que orientar, informar, discutir, aconselhar,

Cabe ao serviço social na saúde tematizar, publicizar e ampliar o direito à saúde, possibilitando a busca da saúde e atenção à saúde pelo paciente/usuário do serviço público mediadas pelo direito à oferta de serviços que a própria população desconhece, pelo direito ao saneamento, pelo direito as condições de trabalho, às condições e estilo de vida (cultura), à educação em saúde, como direito sociais e obrigação do Estado (VASCONCELOS, 2003, p.442).

O direito a ter saúde, é mediado pelo direito de ter, saneamento básico, educação, lazer, salário digno, alimentação, entre outros. Ser atendido em um serviço de saúde, não significa ter um atendimento que garanta efetivamente o direito a saúde com qualidade. Viabilizar estes direitos, considerados essenciais para qualquer ser humano, diante da atual

conjuntura, é, sem dúvida, desafiador para qualquer profissional que trabalhe nesta perspectiva, dentre eles os assistentes sociais.

Buscando identificar também **as atribuições privativas/específicas do serviço social no SAE e quais as principais dificuldades para desenvolvê-las**. Destacamos.

A gente trabalha com a questão da adesão, palestras, através da conversa individual, da orientação, paciente família quando necessário, ou quando eles nos procuram. A gente faz o atendimento, [...]faz o cadastro, aí faz o acompanhamento individual com todas as orientações, palestras, faz a visita domiciliar quando necessário,acompanha na unidade hospitalar a gente também faz, comemora as datas específicas no calendário pra de forma informativa trabalhar a auto estima deles, a integração dele no segmento social é por ai, palestra, conversa, dinâmica, entrevista, trabalho em grupo. E a maior dificuldade é essa, é o paciente não aceitar a patologia, certo? E com isso dificulta o tratamento, e um dos pontos também que interfere com relação ao paciente é a questão da discriminação do preconceito. Também faltam recursos adequados pra fazer um trabalho melhor com eles. Então a gente trabalha em palestra com recursos da gente, porque a gente não tem uma televisão adequada,nós não temos um retro projetor, um data show, músicas, um som pra botar músicas pra fazer um trabalho mais... nós não temos, a gente tem que arregaçar as mangas e trabalhar com o que tem (**Entrevista de nº. 01**).

As atividades específicas, é o acolhimento, o aconselhamento, o trabalho através de palestras, de rodas de conversas. As dificuldades nós sentimos por conta da falta de interesse de muitos usuários, nós tentamos de toda forma trazê-los ao serviço e muitos ficam nos corredores e não querem participar das nossas rodas de conversas, das nossas atividades (**Entrevista de nº. 02**).

Identificamos nos dois depoimentos, entrevista 01 e 02, que ao se referir às atribuições privativas/específicas do serviço social, as entrevistadas se referem a palestras, conversa,orientações, festividades em datas comemorativas, aconselhamento, entre outros, que, de acordo com a lei que regulamenta a profissão (8.662/93), não se caracterizam como sendo atribuições privativas, e sim competências profissionais.

Na Lei 8.662/93, art.4º Constituem Competências do assistente social, destaca-se das competências profissionais, inciso III- encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos grupos e a população. A orientação social, o encaminhamento, por exemplo,constituem competência profissional, e não atribuição privativa dos assistentes sociais.

Vale salientar ainda, que nos parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde, enfatiza-se que das ações de articulação das(os) assistentes sociais na equipe de saúde, está “esclarecer as suas atribuições e competências para os demais profissionais da equipe (...)” (CFESS, 2009, p. 31).

Quanto aos desafios, na entrevista 01 é destacado a não aceitação por parte do usuários da sua condição de ser soropositivo, o que conseqüentemente dificulta o tratamento. Destaca-se também, a falta de recursos materiais que possam possibilitar efetivamente aos usuários participar das atividades. Na entrevista 02 é salientado como desafio, a falta de interesse dos próprios usuários de se envolverem e participarem ativamente nas atividades, bem como, nas rodas de conversas, que são momentos de compartilhamento em espaços de trocas de experiências e histórias de vida, proporcionados em ambiente de salas de espera.

Podemos observar ao longo de nossa inserção em campo de estágio, que muitos usuários se recusam a participar destes espaços, pois muitos, temem encontrar alguém conhecido no local, assim, preferem o isolamento social, com medo que sua condição de ser soropositivo, seja descoberta.

Buscando identificar **quais as principais demandas para o serviço social no SAE**, destacamos as respostas abaixo:

Muitas [...], nós temos casos novos diretos, nós temos situações mais diversas com relação ao paciente, tanto ao paciente SAE instituição, como paciente família também que a gente as vezes atende [...] (**Entrevista de nº.01**).

Pessoas com casos novos [...] (**Entrevista de nº. 03**).

Nos dois depoimentos das entrevistas fica evidenciado que a grande demanda advém de novos casos que são diariamente notificados e encaminhados para o serviço. Estas demandas trazem consigo, os mais diversificados problemas que perpassam a vida social e familiar destes usuários e envolvem inúmeros fatores, que contribuem para a identificação das particularidades dos sujeitos.

Mediante isso, se faz fundamental considerar a dimensão da diversidade como mediação indispensável para se entender a individualidade humana, tendo em vista que, em suas diversidades, os indivíduos apresentam diferenças raciais, orientação sexual diversas, costumes advindo de fatores culturais, dentre outra questões, que podem revelar a singularidade, a partir da relação dinâmica e contraditória na sociabilidade dos mesmos (CEFESS, 2009).

Na tentativa de compreender a relação e as mediações feitas pelos assistentes sociais na instituição como forma de efetivar suas ações profissionais, fizemos a seguinte indagação.

Com relação aos instrumentos, quais têm sido mais utilizados para o trabalho na instituição? Destacamos as seguintes falas:

É como eu falei antes. A gente dar palestras, conversa de grupo, entrevistas, trabalha trazendo temas de acordo com as necessidades deles, pra gente trabalhar de acordo com as patologias que vão surgindo (**Entrevista de nº 01**).

Rodas de conversa, palestras, temos através de DVD, panfletos, fazendo com que o próprio paciente se engaje na conversa criando um vínculo maior entre paciente e assistente social e equipe e fazendo com que ele também vá deixando de lado o medo e o preconceito da doença que se manifesta no momento (**Entrevista nº. 02**).

Em ambos os depoimentos, os instrumentos destacados como sendo mais utilizados pelos assistentes sociais se referem a palestras, entrevistas, conversa em grupo ou rodas de conversa, e distribuição de panfletos informativos.

De acordo com Iamamoto (2011, p.62), “geralmente, tem-se uma visão dos instrumentos de trabalho como um “arsenal de técnicas”: entrevistas, reuniões, plantão, encaminhamentos e etc. Mas a questão é mais complexa”.

Vasconcelos (2003) destaca que na falta de conhecimento e informações, assim como de uma formação profissional continuada e de qualidade, o trabalho profissional tende a resultar em orientações, aconselhamentos, dentre outros, que se dão a partir de vivências ou experiências pessoais, resultante do conhecimento popular propriamente dito.

Os instrumentos de trabalho do assistente social se devem primeiramente ao conhecimento teórico-metodológico, que é o meio que possibilita decifrar a questão social nas suas várias expressões. É a partir deste conhecimento adquirido através de uma formação continuada, que se pode viabilizar os bens materiais suficientes para a prática profissional qualificada.

É importante considerar, conforme já ressaltamos anteriormente, que a efetividade das ações na perspectiva de se avançar na garantia dos direitos dos usuários, não depende exclusivamente do compromisso assumido pelos assistentes sociais, mas das condições objetivas de trabalho que possibilitem isto. Buscamos com isso, saber dos assistentes sociais do SAE/CG **quais os principais desafios na atuação profissional**. Destacamos os depoimentos a seguir.

[...] É você se deparar com os problemas, saber como resolvê-los, mas falta apoio da instituição, não da coordenação, mas do sistema como um todo né? De ter um olhar específico para o trabalho, há um entrave muito grande, temos que “rebolar” por nós mesmos. O nosso sonho é que os poderes públicos e órgão competentes, ligado ao trabalho nosso, eles tivesse um olhar diferenciado pras nossa reivindicações, porque tudo que a gente reivindica é pensando no melhor desenvolvimento do trabalho aqui no SAE junto ao paciente, como eu falei antes ,mesmo com as dificuldades, a gente

não deixa de encaminhar, mas é lógico que se a gente tivesse esse suporte maior faríamos um trabalho melhor com certeza, porque eles gostam de participar, gostam de fazer oficinas, se sentir útil, mas a gente tem as leis, faz o projeto mas não sai do papel, porque não depende da gente (**Entrevista de nº 01**).

[...]é um desafio muito grande pra gente, porque muitas coisas nós se sentimos assim como castradas, como por exemplo, se a gente quer fazer um projeto, elaborar uma festa, alguma coisa, as vezes falta apoio dos nossos superiores, não estou dizendo que a gente não elabore as coisas, não faça, mas que poderia ser um trabalho melhor se tivesse mais apoio das autoridades(**Entrevista de nº 02**).

Fica explícito na entrevista 01 e 02 que as dificuldades de trabalho perpassam pelas próprias condições da prática profissional, uma vez que muitas ações esbarram nas condições objetivas de trabalho e conseqüentemente os resultados não são os desejados, nem para o profissional nem para o usuário. Importante considerar também que apesar de tais entraves, é preciso se buscar cotidianamente as possibilidades de efetivação e viabilização dos direitos.

Fizemos ainda a seguinte indagação: **como os desafios postos no âmbito da política de saúde têm interferido no desenvolvimento da ação profissional?**

Não interfere muito porque a gente tem que ter muito “jogo de cintura” [...] conversa com outro colega, busca uma alternativa ali, mas se a gente tivesse esse suporte com certeza teria uma divulgação melhor, um trabalho melhor, um dos nossos sonhos é formar um grupo específico de adesão, mas nós nunca conseguimos, entendeu? Fazer um trabalho não de assistencialismo, mas um trabalho onde eles pudessem vim naquele dia, se sentir útil, ter um trabalho de acordo com suas necessidades, ter orientações devidas e no final a gente fecharia com sorteio, um belo café, um chá da tarde, enfim, é um sonho , mas a gente não teve suporte pra isso até hoje (**Entrevista de nº 01**).

Percebemos a partir do depoimento da entrevistada 01 que, em virtude dos desafios, algumas ações não são efetivadas considerando a falta das condições objetivas necessárias, para se avançar nos objetivos da ação profissional.

Concluimos com a seguinte indagação:**do seu ponto de vista existe o reconhecimento por parte da equipe de profissionais e usuários da importância do trabalho do assistente social? Se não, Por quê?**

Muito! Principalmente do usuário, quando ele nos procura, quando pega um diagnóstico chega aqui arrasado e que a gente consegue... não é o cadastro do papel é o cadastro do olhar no olho, de conversar de mostra as possibilidades de vida, que ele não aceita [...] a gente tem muito esse retorno do paciente. Que vem conversar, olha isso assim assim, agradeço que você me atendeu, se não fosse vocês aqui... então toda a equipe multiprofissional, nesse ponto a gente tem. E o que nos faz feliz, é que mesmo com os

entraves, com as dificuldades, com falta de recurso, falta de apoio, o foco maior do trabalho é atingido, que é ver o paciente como ser humano, como gente, que quer atenção, que é acometido de uma patologia, e que a gente consegue, com as dificuldades que não é fácil, chegar até ele e acalmá-lo e ele voltar depois com outro olhar, com outro sentido da vida e nos procurar pra dizer isso (**Entrevista de nº 01**).

Existe. Alguns usuários não entendem né? Depois que a gente começa a conversar com eles é que eles vê a importância tanto do serviço social, como da psicologia, como e de outros profissionais que estejam aqui pra trabalhar. Mas a grande maioria reconhece (**Entrevista de nº 02**).

Portanto, a partir dos depoimentos das entrevistas 01 e 02, percebemos que existe o reconhecimento da importância do serviço social, tanto pelos usuários como pelos demais profissionais, salientando-se que este reconhecimento é perceptível principalmente por parte dos usuários do SAE/CG.

Observamos, entretanto, que este reconhecimento da profissão tem se dado na maioria das vezes pela perspectiva de ser o profissional de serviço social aquele disposto a ajudar, dar informações, orientações e está sempre disposto a ouvir os usuários na hora que estes precisarem desabafar.

Assim, fica perceptível que a fragilidade do usuário soropositivo acaba que, muitas vezes, redirecionando as ações profissionais do assistente social, uma vez que normalmente o usuário traz consigo uma história de medo e sofrimento, aliada ao processo de fragilização ocasionado pela doença, e da perda das relações sociais. Entretanto, cabe ao assistente social não apenas atendê-lo, buscando readaptar e reinserir, mas principalmente estabelecer junto com eles “a potencialização da força que pode mover a sua rede social numa dimensão de direitos sociais garantidos e, por consequência, a vivência plena da cidadania” (KERN, 2003, p.54).

APROXIMAÇÕES CONCLUSIVAS

O objetivo central deste trabalho foi analisar as possibilidades e os limites da atuação dos assistentes sociais junto às pessoas vivendo e convivendo com HIV/Aids, inseridos no contexto atual da crise da política de saúde, numa conjuntura caracterizada pelo desmonte dos direitos sociais resultado da ofensiva neoliberal, instaurada a partir dos anos 1990 no país.

Fica evidente, que avançar na perspectiva do SUS Constitucional, exige dos profissionais conhecimento crítico de sua proposta, assim como (e principalmente) de seus princípios e diretrizes e dos espaços coletivos, garantidos pela legislação, como, por exemplo, os conselhos, sindicatos, associações, entre outros, espaços de organização política de interesses e representações dos profissionais e usuários (VASCONCELOS, 2003).

O HIV e a Aids desde a sua gênese, exigiu e continua a exigir, ações de caráter nacional que visem a diminuição de novos casos, tendo em vista, que se trata de uma doença que atinge de forma indiscriminada todas as pessoas que não se protegem contra a infecção pelo vírus. A atuação junto a este segmento específico exige profissionais capacitados e habilitados para atuar desprovidos de preconceitos, e aptos a lidar com problemas que envolvem aspectos econômicos, sociais, políticos e culturais.

Um dos maiores desafios vividos pelos assistentes sociais atualmente, é construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos. Ser um profissional propositivo e não apenas executivo (IAMAMOTO, 2011). Articular a atuação profissional com projeto ético-político da profissão é, antes de tudo, considerar as estratégias de disputa política, e não considerá-lo como algo pronto que ensina o “como fazer”, mas, sobretudo o que se pode fazer.

É preciso considerar, contudo, a concepção de direito, numa perspectiva que estes podem ser funcionais ao capital, ou seja, considerá-los dentro de uma lógica reformista, entretanto, enquanto uma categoria assalariada inserida no processo de trabalho, não cabe ao assistente social romper com essa sociedade, mas articular meios para fortalecer a luta de classe e o protagonismo do cidadão, enquanto sujeito histórico, e nessa perspectiva se inclui a viabilização dos chamados direitos sociais.

Assim, ao garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar a qualidade de vida e trabalho das classes que vivem do seu trabalho, ainda que estes não sejam capazes de alterar a estrutura do capital (CEFESS, 2009).

Constatamos ao longo da pesquisa ora apresentada, que a importância principal dada aos profissionais de serviço social tem sido, na maioria das vezes, associada ao fato de ser este um profissional que “dar informações”, que acolhe, que aconselha, algo sinalizado, tanto pelos profissionais da equipe, como também, pelos usuários do serviço que participaram da pesquisa.

Com isso podemos perceber que ainda existe por parte dos usuários uma percepção do trabalho do assistente social, voltada essencialmente para a ajuda e o aconselhamento, ocorrendo conforme se evidencia em algumas falas, o reconhecimento da profissão a partir de tal perspectiva.

Ainda não conseguimos, enquanto categoria profissional, romper com esta visão da profissão, exercida por “moças boazinhas”, o que tende a reforçar a perspectiva caritativa que prevaleceu historicamente no serviço social.

Podemos perceber que um dos grandes desafios da profissão junto as PVHA, é romper com práticas imediatistas frente às demandas advindas das particularidades de atuação junto a este segmento. Destaca-se ainda dentre os desafios enfrentados pelo serviço social, particularmente no espaço lócus da pesquisa, a falta de recursos e das condições objetivas necessárias, para o avanço da qualidade dos serviços prestados aos usuários de tal serviço.

Entendemos que os limites e as possibilidades existem em qualquer espaço e em qualquer profissão. Entretanto, apesar dos desafios enfrentados, particularmente pelo serviço social em tal espaço sócio ocupacional, é preciso se buscar uma atuação compromissada e ética, na perspectiva de, mesmo frente a um contexto adverso, viabilizar, dentro das condições objetivas postas, a melhoria no atendimento e o acesso a direitos, atuando na perspectiva do projeto da reforma sanitária em articulação com o projeto ético-político profissional.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. **Antecedentes Históricos do sistema único de Saúde**: Breve Histórico da Política de Saúde no Brasil. In. AGUIAR, Z. N. (Org). SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes. Percurso, perspectiva e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.

BASTOS, F. I. A feminização da epidemia de AIDS no Brasil: Determinantes Estruturais e Alternativas de Enfrentamento. In. **Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro, coleção ABIA, nº 3, 2001. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/608/2/BASTOS_Feminizacao%20da%20Epidemia%20de%20AIDS_2001.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2014.

BASTOS, F. I.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. In. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16 (Sup. 1), p. 65-76, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16s1/2213.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

BEHING, E. R. **Política Social**: Fundamentos e história. - 9.ed.-São Paulo: Cortez, 2011,- (biblioteca Básica de Serviço Social; v.2)

BERHING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história- 9. Ed - São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Brasil em Contra-Reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BRAGA, M. T. et al. Aconselhamento em foco: Desafios e perspectivas de aconselhamento em HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Pesquisas em Saúde**. Vitória, Junho de 2013.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado federal, 1989.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Benefício de Prestação Continuada** – LOAS: Lei Orgânica da Assistência Social. Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Brasília: MPAS/SAS.

_____. Ministério da saúde. **Boletim epidemiológico aids/DST**. Brasília Jul./ set. 2001. Disponível em em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Boletim_Epidemiologico_2001_I_Aids.pdf>. Acesso em: 05 Maio 2014.

_____. Ministério da saúde. **Boletim epidemiológico aids/DST**. Brasília jul./ set. 2012. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_2012_fina1_1_pdf_21822.pdf>. Acesso em: 09 maio 2014.

_____. Ministério da saúde. **Boletim epidemiológico aids/DST**. Brasília Jul./ set. 2013.

Disponível em:

<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013_internet_pdf_p_51315.pdf>. Acesso em: 10 maio 2014.

_____. Presidência da República Controladoria-Geral da União. Programa Bolsa Família. LEI Nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Disponível

em:<http://www.portaltransparencia.gov.br/aprendaMais/documentos/curso_bolsafamilia.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2014.

BRAVO, I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas sociais e Práticas Profissionais**. São Paulo: Cortez Editora, 1996.

_____. Política de saúde no Brasil. In MOTA, A. E. et al. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3 ed. – São Paulo: Cortez; Brasília < DF, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008

BRAVO, M. I. S.; MENEZES J. S. B. de. A saúde nos governos Lula e Dilma: Algumas reflexões. In BRAVO, M. I.S; MENEZES J. S.B. de (org). **Cadernos de saúde: Saúde na atualidade por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2011.

BRAVO, I. S. e MATOS, M. C. de. Projeto ético-político do Serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In MOTA, A E. et al.(Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3 ed. – São Paulo: Cortez; Brasília < DF, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social**. Lei nº 86662, de 07 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providencias.

_____. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Resolução CFESS nº273, de 13 de março de 1993 com alterações introduzidas pelas resoluções CFESS nº290/94 e nº293/94.

_____. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde**. Brasília, 2009.

_____. **Manifesta contra a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh)**. Gestão Tempo de Luta e Resistência. Brasília- DF, 2014. Disponível em:<<http://www.cfes.org.br>> Acesso em: 10 fev. 2014

COSTA, M. D. H. da . **Os elos invisíveis do processo de trabalho no I tico de Saúde: um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais na saúde pública de Natal (RN)**). Dissertação de Mestrado em Serviço Social UFPE. Natal – RN: 1998.

_____. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos dos(as) Assistentes Sociais. In: MOTA, Ana Alizabete. et al.(Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3 ed. – São Paulo: Cortez; Brasília < DF, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

COUTO, M. H. C. Cap. 03. O programa Nacional de Dst e Aids: Conquistas e desafios recentes. In: COUTO, M. H. C. **A vulnerabilidade da vida com HIV/Aids**. Tese (doutorado em saúde coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. RJ, 2007.

FONSECA, M. G. et al. AIDS e grau de escolaridade no Brasil: evolução temporal de 1986 a 1996. In: **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v,16 (Sup. 1), p. 77-87, 2000. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/csp/v16s1/2214.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2014.

FORTI, V. GUERRA, Y. (Orgs). **Serviço social: Temas, textos e contexto**. Rio de Janeiro: Lumens Juris, 2010. Disponível em << <http://www.mds.gov.br>>. Acesso em: 22 Jun. 2014.

GALVÃO, J. As respostas das organizações não-governamentais brasileiras frente à epidemia de HIV/AIDS. In PARKER, R. (Org). **Políticas, instituições e Aids: enfrentando a Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Zaha/ABIA, 1997.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. In: **Saúde Soc. São Paulo**, v.19, (supl.2) , p. 9-20, 2010. Disponível em : https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=lgbFU6eWOM6i8we45IGIBQ&gws_rd=ssl#q=Aids+em+peoas+com+nivel+de+instru%C3%A7%C3%A3o+elevado+pdf. Acesso em: 15 jul. 2014.

GOHN, M. da G. O protagonismo da sociedade brasileira. In GOHN, M. da G. **O protagonismo da sociedade civil: Movimentos sociais, ONGs e redes solidárias**. 2.ed. São Paulo, Cortez, 2008.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**- 20. ed. - São Paulo: Cortez, 2011.

_____. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. In **XVIII Seminário Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social**,. (Texto base da conferencia magistral) San José, Costa Rica, 12 de julio de 2004. Disponível em:<http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf>.Acesso em: 10 fev. 2014.

IAMAMOTO, M.V.; CARVALHO, R. de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológico**, - 24. Ed.- São Paulo, Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2008.

INFECÇÕES por HIV caem no mundo, mas crescem no Brasil, diz ONU. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2014/07/infecoes-por-aids-caem-no-mundo-mas-crescem-no-brasil-diz-onu.html>>. Acesso em: 17 Jul. 2014.

KERN, F. A. Estratégias de Fortalecimento no Contexto da Aids. In. **Revista Serviço Social & Sociedade**. São Paulo : Cortez, n. 44, p. 42-67, 2003.

KRUGER, T. R.. Serviço Social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS. In. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. 9, n. 10, p. 123-15, 2010. Disponível em: <https://www.google.com.br/?gfe_rd=cr&ei=diz1U9j-O6Kj8weW8oHQCA&gws_rd=ssl#q=SERVI%C3%87O+SOCIAL+E+SA%C3%9ADE%3A+ESPA%C3%87OS+DE+ATUA%C3%87%C3%83O+A+PARTIR+DO+SUS++T%C3%A2nia+Regina+Kr%C3%BCger+.+Revista+Servi%C3%A7o+Social+%26+Sa%C3%BAde>. Acesso em: 28 jul. 2014

MARQUES, M. C. da C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. In. **História, Ciências, Saúde** . Manguinhos, vol. 9 (suplemento), p. 41-65, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9s0/02.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2014.

MARTINELLI, M. L. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em serviço social. In MARTINELLI, M. L. (Org). **Pesquisa Qualitativa: Um instigante desafio**. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MATOS, M. C. de. Assistente Social:Trabalhador(a) da Área da Saúde. Reflexões a Partir do Debate Brasileiro. In. **Interações**. Coimbra, n. 17. p. 45-63, 2009. Disponível em :<<http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/315/327>>. Acesso em: 05 maio 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR), Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto promoção da saúde. **As cartas de promoção da saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 10 jun. 2014.

MIRANDA, A. A. Aids e cidadania: avanços e desafios na efetivação do direito à saúde de soropositivos In. **Direitos Humanos e HIV/Aids: avanços e perspectivas para o enfrentamento da epidemia no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids**. — Brasília : Ministério da Saúde, 2008. Disponível em :<http://www.aids.gov.br/sites/default/files/DIREITOS_HUMANOS.pdf>. Acesso em:15 jul. 2014.

MOURA, E. L. de ; PRAÇA, N. de S. Transmissão vertical do HIV: expectativas e ações da gestante soropositiva. In. **Rev Latino-am Enfermagem**. São Paulo, v. 14, p. 405-413, Maio-junho, 2006. Disponível em:<[http://www. file:///C:/Users/ /Downloads/2311-3315-1-PB.pdf](http://www.file:///C:/Users/ /Downloads/2311-3315-1-PB.pdf)>. Acesso: em 16 jul. e 2014.

NETTO, J. P. Ditadura e Serviço Social: Uma análise do serviço social no Brasil pós.64. 16 . Ed. - São Paulo: Cortez, 2011.

_____. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social. In. MOTA, A. E. et al.(Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 3 ed. – São Paulo: Cortez; Brasília < DF, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia Política: Uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2007 (Biblioteca básica de serviço social: V.1).

OLTRAMARI, L. C.; CAMARGO, B. V. AIDS, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. In. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 15, n. 2, p. 275-283, abr./jun, 2010 . Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n2/a06v15n2.pdf>>. Acesso em :18 jul. 2014.

ORTIGA, A M. B. **Estrutura e Dinâmica das Unidades de Saúde**. Mimeo, 2006.

PAIVA, A. M. B. de. **A percepção das pessoas vivendo com HIV/AIDS acerca da atuação dos profissionais de saúde: Um estudo junto a Rede Nacional de Pessoas Vivendo e Convivendo com HIV/AIDS- No Município de Campina Grande-PB**. 2012. 110 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, 2012.

PARKER, R. Construindo os alicerces para a resposta ao HIV/Aids no Brasil: o desenvolvimento de políticas sobre o HIV/Aids, 1982-1996. In: **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 27, p. 08-49, 2003.

_____. Introdução. In: PARKER, R. (Org). **Políticas, instituições e Aids: enfrentando a Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Zaha/ABIA, 1997.

PEREIRA, A. J.; NICHATA, L. Y. I. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas pública. In. **Ciência de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro v. 16, n. 7, p. 3249-3257, Julho 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/24.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2014.

PINTO, A. C. S. et. al. Compreensão da Pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. In.**DST – J bras Doenças Sex Transm 2007**; 19(1): 45-50 – ISSN: 0103-4065. Disponível em :<<http://www.dst.uff.br//revista19-1-2007/7.pdf>>. Acesso em: 06 maio 2014.

_____. **Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA: Ed. 34, 1999. Disponível em :<<http://books.google.com.br/books?id=431-DILOPTkC&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>>. Acesso em: 08 maio 2014.

QUALIAIDS. **Avaliação e Monitoramento da Qualidade e Recomendações de Boas Práticas da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS**. Brasília -DF, 2008. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_qualiaids.pdf. Acesso em: 25 fev. 2014.

RADIS. **Comunicação em saúde**. (Versão impressa). Rio de Janeiro: Fiocruz, s/a, n. 135, 2013.

_____. **Comunicação em saúde.** (Versão impressa). Rio de Janeiro: Fiocruz, s/a, n. 137, 2014.

_____. **Comunicação em saúde.** (Versão impressa), Rio de Janeiro: Fiocruz, s/a, n. 139, 2014.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: Métodos e técnicas.** -3.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

ROCHA, A. G. V. **A AIDS como expressão da questão social: a prática pedagógica do assistente social nos programas de prevenção de Dst/Aids.** In. II Jornada Internacional de políticas públicas, São Luiz, 2005.

SALDANHA, A.A.W. **Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável.** Tese (Doutora na área de Psicologia) Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto, SP – 2003. Disponível em: www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/.../TeseDoutorado.pdf Acesso em: 09 de jul. 2014.

SANTOS, R. M. dos. **O serviço social e a Exclusão/ Inclusão dos portadores de HIV/AIDS: Demandas e Desafios nos hospitais públicos.** Dissertação (Mestrado em Serviço Social) Universidade Federal do Rio Grande do Norte- UFRN, Natal/RN, 2005.

SOUZA, D. M. de. **A questão Habitacional no Município de Campina Grande/PB na perspectiva do direito à cidade.** 2013. TCC (Graduação)- Curso de Serviço Social, Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, PB, 2013.

UNAIDS. **Organização Mundial de Saúde.** 2013, disponível em <http://www.unaids.org.br/>. Acesso em: 05 set. 2013.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 2 ed.-São Paulo: Cortez, 2003.

VASCONCELOS, E. M. Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In. **Revista Serviço Social & Sociedade.** São Paulo: Cortez, n.54, p.132-157, 1997.

VENTURA, M. As estratégias de promoção e garantia dos direitos das pessoas que vivem com HIV/AIDS. In. **Rev. Divulgação em saúde para debate,** Rio de Janeiro, n 27, p. 107-11, agosto / 2003.

VILLARINHO, M. V. et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. In. **Rev Bras Enferm.** Brasília, vol.66, n. 2, p, 271-277, Mar, 2013. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/18.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE I**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM USUÁRIOS****PARTE I- Perfil sócio- econômico dos usuários**

Número da entrevista:

Data:

Pesquisador(a):

Dados sócio-econômicos**1. Idade:****2. Sexo:**

() Masculino Feminino ()

3. Escolaridade

- () Sem instrução
- () Alfabetizado
- () Ensino Fundamental Incompleto
- () Ensino Fundamental completo
- () Ensino médio incompleto
- () Ensino Médio completo
- () Ensino Superior incompleto
- () Ensino Superior completo

4. Estado civil

- () Solteiro (a)
- () Casado (a)
- () Separado (a)
- () Outros _____

5. Situação ocupacional, atualmente estar trabalhando?

- () Sim () Não

6. Moradia.

- Própria
 Alugada
 Cedida
 Invasada

7. Possui Filhos?

- Sim Não

Se sim, quantos?

- 1 filho 2 filhos 3 filhos 4 ou mais filhos

8. Renda Individual:

- Não recebe salário
 Menos de 1 salário mínimo
 1 salário mínimo
 2 a 3 salários mínimos
 Mais de 3 salários mínimos

9. Origem da Renda

- Benefício, qual? _____
 Pensão
 Aposentadoria
 salário
 outros

PARTE II- ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS (perguntas abertas)

1. O que é AIDS para você?
2. Há quanto tempo descobriu sua sorologia? Como descobriu?

4. Você encontrou dificuldades para ter acesso ao tratamento?
5. Como foi encaminhado para o Serviço de Assistência especializada –SAE?
6. Quais dificuldades encontradas ao procurar o serviço?
7. Há quanto tempo está em tratamento no Serviço de Assistência Especializada (SAE) ?
8. Como você avalia a atuação do serviço social junto aos usuários do serviço?
9. Em que ocasiões você procura o serviço social?
10. Você considera o trabalho do assistente social importante para o seu tratamento? Se Sim ,por quê?
11. Participa ou já participou por alguma atividade desenvolvida pelo serviço social? Se Sim, o que achou?
12. Gostaria de acrescentar alguma informação?

APÊNDICE II

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS ASSISTENTES SOCIAIS.

Número da entrevista:

Data:

Pesquisador(a):

1. Nome completo e ano de conclusão do curso de serviço social.
2. Possui outro vínculo empregatício?
3. Possui pós-graduação em alguma área específica de serviço social? Se sim, qual?
4. Há quanto tempo trabalha na instituição?
5. Qual o objetivo do serviço e como vem se desenvolvendo sua ação profissional?
6. Quais são as atribuições específicas do serviço social no SAE? Quais as principais dificuldades para desenvolvê-las ?
7. Quais os programas e projetos desenvolvidos na instituição?
8. Quais as principais demandas para o serviço social?
9. Com relação aos instrumentos, quais têm sido mais utilizados para o trabalho na instituição?
10. Com relação à atuação do serviço social, como estão sendo desenvolvidas as atividades ?
.Quais as condições de trabalho?
11. Quais os principais desafios na atuação profissional?
12. Como estes desafios têm interferido no desenvolvimento da ação profissional?
13. Fale sobre as possibilidades do trabalho profissional.
14. Tem sido possível desenvolver um trabalho interdisciplinar? Se não , Por quê?

15. Existe o reconhecimento por parte da equipe de profissionais e usuários da importância do trabalho do assistente social? Se não, Por quê?

16. Gostaria de acrescentar mais alguma informação?

APÊNDICE III

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS DEMAIS PROFISSIONAIS.

Número da entrevista:

Data:

Pesquisador(a):

- 1.Nome, profissão, e desde quando trabalha na instituição.
2. Qual a sua percepção acerca do trabalho do assistente social na instituição?
- 3.Participa ou já participou de alguma atividade desenvolvida pelos assistentes sociais junto aos usuários? Se sim,o que achou?
- 4..Tem sido possível desenvolver um trabalho interdisciplinar na instituição? Se não, por quê?
- 5.E em relação ao serviço social, existe alguma dificuldade de se trabalhar em equipe. Se sim, por quê?
- 6.O que acha da atuação do assistente social na área da saúde e particularmente junto com as pessoas vivendo com HIV/aids?
7. Gostaria de acrescentar mais alguma informação?

APÊNDICE IV

CÓDIGOS UTILIZADOS NAS TRANSCRIÇÕES DAS ENTREVISTAS:

CÓDIGO	SIGNIFICADO
...	Quando o (a) entrevistado (a) ou entrevistador (a) não conclui seu pensamento (fala e/ou discurso) ou tem sua fala interrompida.
(...)	No momento da transcrição não foi possível detectar o que o (a) entrevistado (a) ou entrevistador (a) falou (incompreensão do que foi falado, que pode ser uma palavra ou um conjunto de palavras).
(()) Exemplo: ((risos))	Observações feitas pelo (a) entrevistador (a)
----	Houve um desvio temático com comentários que quebraram a sequência temática da exposição na entrevista.
?	No momento da exposição o entrevistado(a) ou entrevistador(a) dirigiu uma interrogação.
!	No momento da exposição o entrevistado(a) ou entrevistador(a) dirigiu uma exclamação.

ANEXOS

ANEXO I**Universidade Estadual da Paraíba****Comitê de Ética em Pesquisa****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE****Informações sobre a pesquisa**

1. A pesquisa que irei participar tem como tema: **LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO AS PESSOAS VIVENDO COM HIV/aids: Um estudo no Serviço de Atenção Especializada em HIV/aids e hepatites virais (SAE) no município de Campina Grande -PB**”, coordenada pela professora do Departamento de Serviço Social Maria do Socorro Pontes de Souza e pela aluna do curso de Serviço Social Milca Oliveira Clementino.
2. O estudo tem por objetivo Analisar os limites e possibilidades de atuação do serviço social junto as pessoas vivendo com HIV/aids que são atendidos no Serviço de Assistência Especializada (SAE) no município de Campina Grande- PB.
3. A coleta de dados será feita através de entrevistas semi-estruturadas e utilizar-se-á para análise dos dados a técnica de análise de conteúdo.
4. Se desejar, para maiores esclarecimentos, ou outra necessidade durante ou após a coleta de dados, procurar os responsáveis ou o Departamento de Serviço social da UEPB.
5. Os resultados da pesquisa estarão ao alcance dos interessados no Serviço de Assistência especializada (SAE) e no Departamento de Serviço Social da UEPB logo após a sua conclusão.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO AS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS: Um estudo no Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids e Hepatites Virais (SAE) no município de Campina Grande –PB**”, após ter sido informado pelo pesquisador que:

- A minha participação é voluntária, podendo me retirar do estudo, se assim desejar, em qualquer momento durante a realização da entrevista, sem sofrer nenhum dano ou prejuízo pessoal ou profissional.

- Está assegurado o meu anonimato quando da divulgação dos resultados da pesquisa e resguardado o sigilo de dados confidenciais.
- Autorizo a gravação da entrevista e a divulgação dos resultados.

Ass. Do entrevistado (a)

Ass. Do pesquisador (a)



Assinatura Dactiloscópica
Participante da Pesquisa

Anexo II

Parecer de aprovação do comitê do CEP/UEPB

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
CEP/UEPB
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA.**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR.

CAAE: 25748413.5.0000.5187

Pesquisador(a): Maria do Socorro Pontes de Souza.

Orientanda: Milca Oliveira Clementino.

Data da 1ª relatoria: 16 de dezembro de 2013- Pendente.

Data da 2ª relatoria: 14 de fevereiro de 2014 – Reavaliado e Aprovado.

Situação Final do Projeto: APROVADO

Apresentação do Projeto: O Projeto de Pesquisa intitulado “LIMITES E POSSIBILIDADES DA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO AS PESSOAS VIVENDO COM HIV/aids: Um estudo no Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids e hepatites virais (SAE) no município de Campina Grande -PB ”. O projeto não apresenta em sua contra capa os fins de sua elaboração. O presente projeto objetiva Analisar os limites e possibilidades de atuação do serviço social junto as pessoas vivendo com HIV/ Aids que são atendidos no Serviço de Assistência Especializada (SAE) no município de Campina Grande- PB. Para tanto, visa Traçar o perfil sócio-econômico dos profissionais e usuários pesquisados; Identificar os principais desafios enfrentados pelo serviço social,na perspectiva de responder as demandas postas no cotidiano da prática; Analisar a percepção que os usuários e profissionais do SAE têm acerca do trabalho desempenhado pelos assistentes sociais dentro da instituição; Verificar quais as contribuições o serviço social tem trazido no âmbito da garantia dos direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids atendidos em tal serviço Analisar as condições objetivas e subjetivas de trabalho do assistente social em tal espaço. A metodologia será pautada numa perspectiva exploratória e descritiva com abordagem quantiquantitativa dos dados coletados.

Objetivo da Pesquisa: Analisar os limites e possibilidades de atuação do serviço social junto as pessoas vivendo com HIV/ Aids que são atendidos no Serviço de Assistência Especializada (SAE) no município de Campina Grande- PB.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Considerando a justificativa e os aportes teóricos e metodologia apresentados no presente projeto, e ainda considerando a relevância do estudo as quais são explícitas suas possíveis contribuições, percebe-se que a mesma não trará riscos aos sujeitos a serem pesquisados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: A presente proposta de pesquisa é de suma importância quanto papel e atribuições das Instituições de Ensino Superior (IES), mormente pesquisa estando dentro do perfil das pesquisas de construção do ensino-aprendizagem significativa, perfilando a formação profissional baseada na tríade conhecimento-habilidade competência, preconizada pelo MEC. Portanto, tem retorno social, caráter de pesquisa científica e, contribuição na formação de profissionais do ensino superior em Serviço Social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: A pesquisadora apresentou, dentro da conformidade e quanto requisito da Resolução de n. 466/12 do CNS, os seguintes

Anexos: 1. Termo de Autorização Institucional: Universidade Estadual da Paraíba/Comitê de Ética em Pesquisa; 2. Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável; 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;

Apêndices: 1.

Roteiro de Entrevista com os Usuários (09 questões fechadas); 2. Roteiro de Entrevista com os Usuários (12 Questões abertas); Roteiro de Entrevista com os Assistentes Sociais (16 Questões abertas); Roteiro de Entrevista com os Demais profissionais (07 Questões abertas).

Recomendações: O PROJETO ENCONTRA-SE EM SUA SEGUNDA APRECIÇÃO ÉTICA E FORAM ACOSTADAS AS RECOMENDAÇÕES ANTERIORES.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: Sem pendências. O projeto atendeu as recomendações realizadas em 16/12/2013: Acostar o Termo de Autorização Institucional em papel timbrado.

Situação do parecer: APROVADO.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa