



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

DÉBORA SUELLE MARCELINO DE MIRANDA

O SERVIÇO SOCIAL E O ENFRENTAMENTO DA AIDS NA PARAÍBA:
um estudo sobre a atuação profissional do assistente social à luz
das equipes multidisciplinares dos serviços de diagnóstico e
atendimento a portadores de HIV/Aids do município de
Campina Grande-PB

JOÃO PESSOA – PB

2012

DÉBORA SUELLE MARCELINO DE MIRANDA

**O SERVIÇO SOCIAL E O ENFRENTAMENTO DA AIDS NA PARAÍBA:
um estudo sobre a atuação profissional do assistente social à luz
das equipes multidisciplinares dos serviços de diagnóstico e
atendimento a portadores de HIV/Aids do município de
Campina Grande-PB**

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Serviço Social
da Universidade Federal da Paraíba
como exigência parcial para a obtenção
do grau de Mestre.

Orientador: **Prof. Dr. Jaldes Reis de Meneses**

JOÃO PESSOA– PB

2012

M672s *Miranda, Débora Suelle Marcelino de.*

O serviço social e o enfrentamento da Aids na Paraíba: um estudo sobre a atuação profissional do assistente social à luz das equipes multidisciplinares dos serviços de diagnóstico e atendimento a portadores de HIV/Aids do município de Campina Grande-PB / Débora Suelle Marcelino de Miranda. - João Pessoa, 2012.

130f.

Orientador: Jaldes Reis de Meneses

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHL

1. Serviço Social. 2. HIV/Aids - assistentes sociais - atuação. 3. Assistentes sociais - HIV/Aids -

DÉBORA SUELLE MARCELINO DE MIRANDA

**O SERVIÇO SOCIAL E O ENFRENTAMENTO DA AIDS NA PARAÍBA:
um estudo sobre a atuação profissional do assistente social à luz
das equipes multidisciplinares dos serviços de diagnóstico e
atendimento a portadores de HIV/Aids do município de
Campina Grande-PB**

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Jaldes Reis de Meneses (Orientador)
Doutor em Serviço Social
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social / UFPB

Maria do Socorro Souza Vieira (Examinadora interna)
Doutora em Ciências Sociais
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social / UFPB

Adriana Freire Pereira Férriz (Examinadora externa)
Doutora em Sociologia
Departamento de Serviço Social/ UEPB

João Pessoa, 23 de Outubro de 2012

Ao **Deus** todo poderoso criador do céu, da terra e do universo que me deu forças em todos os momentos de minha vida, ajudando-me a enfrentar os desafios e a obter vitória sempre. Porque Dele e por Ele foram feitas todas as coisas.

A **minha família (em especial aos meus pais, ao meu esposo Tharcísio e a minha filha Talita)**, que me encorajou com palavras de ânimo e sempre acreditou que eu seria capaz de alcançar meus objetivos.

Aos **Assistentes Sociais** que atuam no enfrentamento do HIV/Aids em Campina Grande e na Paraíba.

AGRADECIMENTOS

A Deus fonte eterna de sabedoria e Senhor por excelência, por permitir a concretização de um sonho conquistado com muito esforço e dedicação.

A meus pais Djanira e Carlos que sempre investiram em mim e não mediram esforços para que eu chegasse até aqui e que, apesar das dificuldades, sempre me deram forças para prosseguir. Amo Vocês.

Ao meu esposo Tharcísio e a minha filha Talita Eloim com quem tenho aprendido as mais belas lições de amor e companheirismo, sempre me ensinando a não me deixar vencer pelos obstáculos da vida. Amo Vocês.

A meus irmãos Júnior, Danilla e Dayanne por todo amor, compreensão, companheirismo e amizade.

A todos os meus amigos e amigas da turma de Mestrado 2010 da UFPB, em especial a Dalliana, Irene e Glaucineth que sempre estiveram ao meu lado durante toda a pós-graduação, me apoiando e incentivando a seguir em frente.

A Alice, Lucinha e Maristela pela paciência, incentivo e por acreditarem em mim, se alegrando sempre com as minhas vitórias.

Ao Pastor Presidente da Igreja Evangélica Assembléia de Deus, José Carlos de Lima e a sua esposa irmã Carmem, pela mão amiga que sempre me ofertaram me acolhendo em sua casa durante toda a realização do Mestrado.

A minha supervisora de estágio docência Cláudia Gomes, por ter me proporcionado o conhecimento da prática do ensino e pela compreensão e incentivo.

A todos os alunos e alunas das turmas de graduação em serviço social nas quais fiz estágio docência, pela amizade que construímos e pelo aprendizado que me proporcionaram ao longo de um ano de estágio.

A minha companheira de estágio docência Fabiana, pela cumplicidade e por compartilhar comigo momentos de aprendizagem.

Aos sujeitos da pesquisa, que com presteza forneceram os dados constantes neste estudo.

As Gerências Estadual e Municipal de HIV/Aids, pelos dados fornecidos e a autorização para a realização da coleta de dados nos serviços estudados.

As assistentes sociais que atuam nos SAE e CTA municipais, que tão bondosamente intermediaram nosso contato com os sujeitos da pesquisa.

A Prof^a. Adriana pelo estímulo, sempre me incentivando a não desistir e em especial pela participação na banca examinadora. Obrigada pelos apontamentos e contribuições

A Prof^a. Socorro Vieira pela participação na banca examinadora e pela contribuição dada a este trabalho.

Aos professores do Mestrado em Serviço Social – PPGSS / UFPB que através dos conteúdos ministrados ao longo da pós-graduação proporcionaram-me uma nova visão de mundo.

E, em especial, a meu orientador, Prof. Jaldes, com quem aprendi lições não só acadêmicas, mas de solidariedade e compreensão. Obrigada por acreditar na construção desse trabalho e pelo estímulo a nunca desistir.

“...não que sejamos capazes, por nós, de pensar alguma coisa, como de nós mesmos; mas a nossa capacidade vem de Deus”.

2 Coríntios 3:5.

RESUMO

A epidemia da Aids se constitui em um dos maiores desafios científicos, individuais e sociais enfrentados pela humanidade, sendo a redução de casos prioridade para Ministério da Saúde, que adota como estratégia o fortalecimento dos serviços que prestam diagnóstico e assistência aos acometidos pela doença no país. Campina Grande-PB, conta com serviços específicos para diagnosticar e atender pessoas portadoras de HIV/Aids dos quais destacamos o Serviço de Assistência Especializada (SAE) eo Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), ambos contando com uma equipe multidisciplinar na qual esta inserido o assistente social, que atua nas demandas apresentadas pelas necessidades dos usuários, sendo fundamental para avaliar os impactos da questão social no processo saúde-doença. Assim, resolvemos realizar a presente pesquisa com os demais profissionais de nível superior que compõem as equipes multidisciplinares destes serviços, a fim *de analisar a atuação dos assistentes sociais nos serviços que prestam diagnóstico e atendimento a portadores de HIV/Aids do município de Campina Grande-PB* e assim identificar o papel exercido pelo serviço social, bem como a importância da sua prática para estas instituições. O estudo compreendeu uma pesquisa de campo com caráter descritivo-analítico de cunho crítico e abordagem quanti-qualitativa. A amostra foi constituída por 11 profissionais de nível superior, que compõem as equipes atuantes no SAE e CTA municipais. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada e submetidos à análise de conteúdo. De acordo com a pesquisa na atuação do assistente social nos serviços, percebe-se o direcionamento da prática para o atendimento direto ao usuário, desprivilegiando ações de cunho educativo, havendo destaque para a realização das práticas de acolhimento e aconselhamento. Na prática interdisciplinar percebe-se que há uma tentativa constante de estabelecer uma troca de informações, mas nada que caracterize interdisciplinaridade. O papel do assistente social destacado pela equipe é a absorção ou ocultação dos conflitos institucionais e o atendimento de demandas que perturbem o funcionamento das unidades de saúde. Já sobre sua importância constatamos que ele é indispensável não para o usuário, mas para manter a tranquilidade nas unidades de saúde. Podemos assim confirmar que a intervenção do serviço social é considerada basicamente assistencial, contudo, é este que por estar articulado a uma profissão generalista, geralmente se compromete com a consolidação dos princípios do SUS. Esperamos que os resultados aqui apresentados permitam pensar a importância da atuação do assistente social nos serviços de enfrentamento do HIV/Aids em Campina Grande-PB.

PALAVRAS-CHAVE: HIV/Aids, serviço social, atuação profissional.

ABSTRACT

The AIDS Pandemic, constitutes one of the greatest scientific, individual, and social challenges, for the recent society. Thus, in order to reduce the infection cases, the Ministry of health adopts as the main strategy, the improvement of the services that provide diagnosis and treatment for all HIV positive people in our country. Campina Grande city in Paraiba state rely on specific services to provide diagnose and treatment for infected people. From such services we highlighted the Specialized assistance Service (SAE) and the counseling and testing center (CTA). Both services rely on a multidisciplinary staff in which is included the social worker who work according to the demands of the users of such services, in addition to being fundamental to evaluate the impacts caused by the social issues in the process of Health-Disease. Thus, alongside another graduated professionals, who comprises the multidisciplinary staffs, we decided to perform such research, in order to analyze the working of the social worker in the services that provide diagnosis and treatment for HIV positive people in Campina Grande, as well as identifying the importance of the role played by the social servicing such institutions. The present study is comprised of a fieldwork research witch has a descriptive analytic character and critical nature, as well as a quantitative and qualitative approach. The sample was composed by 11 graduated professionals who comprise the acting staffs of the SAE and CTA in Campina Grande city. According to this research, the role of the social service is not only to deal with the inner institutional conflicts but also meeting all the demands that may disturb the working of the health units. Thus, we confirm that the social service intervention in such services is basically assistance. Nevertheless, because its articulation with a generalist profession, it is often committed to the consolidation of the principles of SUS. We finally hope that the results here presented enable us to realize the importance of the working of the social worker in the services that confront the HIV virus in Campina Grande (PB).

KEYWORD: HIV/Aids, social service, professionals working.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM DEBATE.....	23
2.1 O Serviço Social brasileiro, seu surgimento e a sua atuação profissional: um balanço bibliográfico.....	23
2.2 A atuação do Serviço Social na saúde: análise de suas especificidades no atendimento a portadores de HIV/Aids na cena contemporânea.....	41
2.3 Parâmetros para atuação do serviço social na saúde: notas sobre a legislação e documentos oficiais que referenciam a atuação profissional.....	53
3 UM PANORAMA DA AIDS NO MUNDO, NO BRASIL E NA PARAÍBA: AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EM FOCO.....	61
3.1A política de saúde na década de 1980 e a construção do SUS: Os caminhos para a consolidação de uma política de enfrentamento ao HIV/Aids.....	61
3.2 O surgimento da Aids no mundo, no Brasil e na Paraíba: histórico, epidemiologia e tendências.....	74
3.3 Os serviços de atendimento e prevenção em HIV/Aids no Brasil e na Paraíba.....	89
4 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO E DIAGNÓSTICO DO HIV/AIDS EM CAMPINA GRANDE-PB.....	98
4.1 Conhecendo as instituições pesquisadas.....	98
4.2Conhecendo os sujeitos da pesquisa.....	100
4.3 A atuação do Assistente Social nos serviços.....	106
4.4 A atuação multidisciplinar.....	110
4.5 O papel do Assistente Social.....	112
4.6 A importância da atuação dos Assistentes Sociais.....	119

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
6 REFERÊNCIAS.....	130
ANEXOS.....	
APÊNDICES.....	

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Total de pessoas Infectadas pelo HIV/Aids no Mundo: Distribuição de casos por Continentes.....	84
Quadro 02: Nível de Pós-Graduação dos Entrevistados.....	102
Quadro 03: Atribuições preconizadas pelo Ministério da Saúde exercidas pelo assistente social no serviço.....	106

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Sexo dos entrevistados.....	101
Gráfico 02: Formação profissional dos entrevistados.....	101
Gráfico 03: Profissionais que possuem pós-graduação.....	102
Gráfico 04: Tempo de formação profissional.....	103
Gráfico 05: Tempo de atuação em HIV/Aids.....	103
Gráfico 06: Tempo de atuação no serviço pesquisado.....	104
Gráfico 07: Tipo de vínculo dos entrevistados.....	105
Gráfico 08: Idade dos entrevistados.....	105
Gráfico 09: O assistente social vem respondendo as atribuições postas.....	107
Gráfico 10: Há déficit de profissionais de serviço social na instituição.....	120

LISTA DE SIGLAS

ADT	Atendimento Domiciliar Terapêutico
Aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
ARV	Anti-Retroviral
AZT	Azidotimidina ou Zidovudina
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CDC	Centro de Controle de Doenças
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COA	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
CPMF	Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CUT	Central Única dos Trabalhadores
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
FMI	Fundo Monetário Internacional
HD	Hospital Dia
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde

MS Ministério da Saúde

NOB Norma Operacional Básica

OMS Organização Mundial de Saúde

ONG Organização Não-Governamental

PAB Piso da Atenção Básica

Pacs Programa de Agentes Comunitários

PAIS Programa de Ações Integradas de Saúde

Piass Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento

PN Programa Nacional

POI Programação de Orçamentação Integrada

PPA Plano de Pronta Ação

PRA Programa de Racionalização Ambulatorial

Prev-Saúde Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde

PSF Programa Saúde da Família

RH Recursos Humanos

SAE Serviço de Assistência Especializada

SAMHPS Sistema de Assistência Médico-hospitalar da Previdência Social

Sinpas Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SNS Sistema Nacional de Saúde

SUDS Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBSF Unidade Básica de Saúde da Família

I- INTRODUÇÃO

A Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), considerada um dos maiores problemas de saúde pública dos últimos 25 anos, caracteriza-se pela progressiva destruição do sistema imunológico humano (PINEL; INGLES, 1996; MARINS, 2000). A disseminação desta infecção pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), seja pela via sanguínea, sexual ou vertical, tem atingido, indiscriminadamente, homens, mulheres e crianças, em todo o mundo.

Tendo seu primeiro caso identificado no Brasil, em 1980, na cidade de São Paulo e concentrando-se inicialmente nas regiões metropolitanas do país, a epidemia da Aids passou, a partir de 1985, a evidenciar um processo chamado de interiorização, que consiste na disseminação da doença para municípios de médio e pequeno portes. Além dessa mudança no perfil da epidemia no Brasil, também se evidencia significativo aumento da doença na população feminina, a chamada feminização da Aids (BRASIL, 2004).

Estatísticas revelam a magnitude desta epidemia em nível mundial, apontando para contaminação de cerca de 36 milhões de pessoas. No Brasil desde o descobrimento da doença, foram notificados 462.237 mil casos de Aids, o que faz a mesma assumir a relevância como uma das expressões da questão social, necessitando de políticas públicas bem estruturadas para que possa ser enfrentada.

A luta dos portadores de HIV/Aids por melhores condições de saúde e tratamento gratuito, aliada ao Movimento de Reforma Sanitária e à construção do SUS, fez surgir uma rede consolidada de serviços para tratamento e diagnóstico da doença no país, independente das condições sociais ou financeiras dos acometidos pela mesma.

Tal fato só foi possível quando a concepção histórica sobre o processo saúde-doença, antes pautada na ausência da doença direcionando as políticas de saúde às demandas emergentes e restringindo o atendimento a uma camada pequena da sociedade detentora de um maior poder aquisitivo e/ou político, passa a ser alterada na década de 1980.

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser vista como direito de todos e dever do Estado, sendo política constitutiva da seguridade social. Neste sentido, o processo do adoecer passa a ser compreendido como resultante das condições de moradia, alimentação, educação, entre outros aspectos que compõem a vida social.

Partindo dessa compreensão, entendemos ser de extrema importância a ação de um profissional como o assistente social, que atua com e nas expressões da questão social, nos serviços de atenção a saúde, sobretudo aqueles específicos para o tratamento e diagnóstico de HIV/Aids, tendo em vista que,

A categoria profissional desenvolve uma ação de cunho sócio-educativo na prestação de serviços sociais, viabilizando o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, contribuindo para que necessidades e interesses dos sujeitos de direitos adquiram visibilidades na cena pública e possam, de fato, serem reconhecidos. Esses profissionais afirmaram o compromisso com os direitos e interesses dos usuários, na defesa da qualidade dos serviços prestados, em contraposição à herança conservadora do passado (IAMAMOTO, 2008, p.166).

O serviço social brasileiro, a partir da década de 1960, passou por intensas mudanças tanto no plano teórico-metodológico como prático-operativo tais mudanças são oriundas do seu processo de renovação que se estende até praticamente a década de 1990. Estas modificações culminaram na adoção do marxismo como teoria norteadora da formação, bem como, da prática profissional do assistente social. Porém, o que se assiste nos últimos anos é um arrevanche conservador que assola a prática deste profissional, num contexto em que o serviço social passa a sofrer os rebatimentos do neoliberalismo, que tenta barrar todos os avanços concernentes aos direitos sociais e as políticas públicas no país.

Mesmo com todo esforço empreendido nas academias para a difusão da teoria crítica entre a categoria, ela não tem se efetivado no cotidiano profissional, gerando uma aparente desconexão entre teoria e prática. Assim, perdidos nesta complexidade, os profissionais reproduzem práticas tradicionais repondo na ordem do dia o conservadorismo. Vários entraves corroboram para

que esta problemática perdure dentro da profissão, dentre os quais se destacam: a forma como o marxismo foi incorporado no serviço social, os limites da própria formação acadêmica, o nível intelectual dos alunos egressos nos cursos de serviço social, as características impostas à sociedade pelo capitalismo contemporâneo, bem como, características inerentes à própria constituição da profissão a exemplo do sincretismo.

Tudo isso, faz com que o serviço social responda as demandas postas pelas instituições empregadoras, de forma imediata e pragmática caindo muitas vezes em suas rotinas burocráticas, o que leva as equipes de trabalho a desconsiderarem o assistente social enquanto profissional de saúde, considerando sua prática não como parte de um processo, e sim, apenas como um apoio.

Nos serviços que atendem especificamente portadores de HIV/Aids no Brasil o assistente social é requisitado para atuar nas demandas apresentadas pelas necessidades dos usuários, sendo seu trabalho fundamental para avaliar os impactos da questão social no processo saúde-doença dos mesmos e para buscar a superação das várias formas de discriminação (BRASIL, 2008).

A cidade de Campina Grande situada no estado da Paraíba, conta com três serviços específicos para diagnosticar e atender pessoas portadoras da doença: estes o Serviço de Assistência Especializada (SAE), o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e a Ala E (setor de Infectologia) do Hospital Universitário Alcides Carneiro, hospital de referência para internação. Todos contando com a atuação de uma equipe multidisciplinar na qual esta inserido(a) o(a) assistente social.

Assim, reconhecendo o grande desafio de estudar esta problemática no contexto atual, resolvemos realizar a presente pesquisa com os demais profissionais de nível superior que compõem as equipes multidisciplinares destes serviços na cidade de Campina Grande-PB, a fim de *analisar a atuação dos assistentes sociais nos serviços que prestam diagnóstico e atendimento a portadores de HIV/Aids do município de Campina Grande-PB, à luz da concepção destes profissionais, e assim* identificar quais são as demandas postas para os assistentes sociais nessas instituições de acordo com os demais profissionais que compõem as equipes; verificar como na visão desses profissionais o assistente social vem respondendo a essas demandas;

examinar a relação existente entre o trabalho desses profissionais e o trabalho desenvolvido pelo assistente social nestes serviços; averiguar a importância da prática do assistente social para essas instituições.

A definição do presente objeto de estudo deu-se a partir de ideias e indagações que se fizeram presentes em nossa experiência enquanto bolsista de Iniciação Científica pela Universidade Estadual da Paraíba (cota 2007/2008), momento no qual realizamos uma pesquisa sobre a prática do Aconselhamento em DST/HIV/Aids no Município de Campina Grande-PB, bem como, do período de realização do estágio curricular, enquanto graduanda em Serviço Social pela mesma instituição de ensino, na Estratégia Saúde da Família. Nestes momentos, podemos perceber as dificuldades existentes para a realização da prática profissional do assistente social nos serviços específicos para tratamento e diagnósticos de DST/HIV e Aids neste município, inclusive no que se refere ao reconhecimento da equipe quanto a importância da intervenção deste profissional nestes serviços.

Além disso, sabemos que redução do número de casos de Aids tem sido assumida como prioridade pelo Ministério da Saúde, este adota como estratégia principal o fortalecimento dos serviços que prestam diagnóstico e assistência aos acometidos pela doença no país. Entretanto, o nordeste ainda concentra um número pequeno desses serviços em relação a outros estados brasileiros, o que não anula a importância da existência dos mesmos para o combate da epidemia nesta região (BRASIL, 2008).

Consideramos que, pela própria filosofia e pela perspectiva de humanização impressa na dinâmica destes serviços, a prática do assistente social assume papel de destaque para o estabelecimento de vínculos que possibilitem ao usuário a adesão ao tratamento, bem como, sua qualidade, sabendo que, o vínculo e a proximidade entre profissional e usuário, essenciais na assistência prestada, dependem de ambiente acolhedor e de respeito que nem sempre são garantidos nos serviços públicos de saúde no contexto atual que de acordo com Soares (2010) apresentam uma ampliação restrita da política de saúde dando ênfase à assistência precária, fragmentada e focalizada e à privatização e mercantilização da saúde pública, além da precarização e superexploração do trabalho.

Por isso, assume extrema relevância a análise do exercício profissional do assistente social, em um contexto de ressurgimento do serviço social clínico como uma tentativa de reatualizar o conservadorismo na profissão, evocando um modelo de prática profissional que possa ser aderida sem o objetivo de pensar e elaborar estratégias condizentes com o Projeto Ético-político da profissão e com o seu Código de Ética vigente, o que impõe a necessidade de renovação desta prática, que requer a aquisição de novas competências que possibilitem a construção de uma prática profissional voltada para a defesa dos direitos sociais historicamente conquistados pela classe trabalhadora.

Assim, consideramos importante que a prática do assistente social desenvolvida nos serviços que prestam assistência aos acometidos pela Aids, seja analisada a partir da fala dos demais profissionais de nível superior que atuam nos mesmos, para que possamos compreender a real situação em que se encontra esta ação profissional.

O estudo da referida temática é de extrema relevância em decorrência do atual debate a respeito da intervenção profissional do serviço social no espaço das equipes multidisciplinares e interdisciplinares que atuam na Política de Saúde no Brasil, podendo trazer importantes contribuições para desvendar as particularidades que envolvem o fazer da profissão.

Fica, portanto, posto nosso desafio: analisar como a atuação do assistente social vem sendo desenvolvida nos serviços de atendimento a portadores de HIV/Aids à luz da concepção dos demais profissionais de nível superior que atuam nas mesmas, tomando como lócus do estudo o município de Campina Grande-PB.

No que se refere à metodologia, entendendo tal como Minayo (1996) que a metodologia inclui as concepções teóricas de abordagem, o conjunto de técnicas que possibilitem a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador, a presente pesquisa utilizou-se de um arsenal metodológico que tornou possível uma aproximação dos determinantes que cercam o fenômeno estudado.

Tivemos como pretensão a utilização do método crítico-dialético para abordar a realidade numa relação permanente entre o particular e o geral, uma vez que o mesmo possibilita apreender aspectos históricos, econômicos, sociais, políticos, ideológicos e culturais que determinam o objeto de estudo,

sendo este um importante “caminho” que permite uma maior aproximação à objetividade e veracidade dos fatos, para reconstruir no plano do pensamento o real, ou seja, a essência do fenômeno.

O presente estudo compreendeu uma pesquisa de campo com caráter descritivo-analítico de cunho crítico e abordagem quanti-qualitativa, visando analisar e interpretar os fatos com base em um arsenal teórico-metodológico. A amostra foi constituída por 11 profissionais de nível superior, com excessão dos assistentes sociais, que compõem as equipes multidisciplinares atuantes no Serviço de Assistência Especializada(SAE) a portadores de HIV/Aids, bem como, no serviço que realiza diagnósticos na cidade de Campina Grande-PB o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), ambos considerados de média complexidade.

Ficaram de fora da amostra desta pesquisa os profissionais bioquímicos que atuam no CTA, tendo em vista que, a rotina de trabalho com tempo cientificamente estabelecido para analisar o sangue e estabelecer um resultado que expresse o real, exige desses profissionais, muitas vezes, o isolamento em laboratórios o que, segundo estes, impossibilita uma interação com a equipe que o permita discorrer sobre sua percepção da atuação do assistente social. Assim, presando pela qualidade do estudo e pela autonomia dos sujeitos em relação a sua participação ou não na pesquisa acatamos esta decisão.

De início pensamos em realizar a coleta de dados também no Hospital Universitário Alcides Carneiro, porém atentamos para o fato de que este é um serviço de alta complexidade que envolve várias clínicas médicas, a maioria delas com atuação na Ala de Infectologia que atende pessoas acometidas pela Aids, para garantir a veracidade das assertivas contidas neste estudo não poderíamos excluir nenhuma dessas clínicas o que estenderia bastante a nossa amostra podendo comprometer as análises postas e até o andamento da pesquisa impossibilitando sua conclusão no curto espaço de tempo que nos é fornecido para a finalização de um mestrado (2 anos dividido entre cumprimento de créditos e pesquisa). Também consideramos que as questões que envolvem o fazer profissional do assistente social na alta complexidade são diferenciadas daquelas presentes na média complexidade ou na atenção básica, necessitando de uma abordagem mais específica, o que pretendemos fazer em outro momento.

Com o devido reconhecimento ao que preconiza a Resolução nº 196/96 que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e, ainda, considerando-se a complexidade que envolve a temática abordada na presente pesquisa, assumimos o compromisso de respeito à autonomia dos sujeitos abordados, garantindo-lhes todas as medidas de proteção: sigilo, anonimato e, ainda, o esclarecimento acerca do que será feito com os resultados obtidos no estudo, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados da pesquisa foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada. Apenas de uma entrevista foi permitida a gravação em aparelho de gravação de áudio (MP3 player), o que possibilitou um melhor registro dos dados. As demais entrevistas foram transcritas conforme a fala dos entrevistados.

Posteriormente, as entrevistas realizadas foram submetidas à análise de conteúdo que objetiva compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou não, as significações explícitas ou ocultas (CHIZZOTTI, 1995) e que segue as seguintes etapas: pré-análise – etapa que compreende a organização do material a ser analisado, no presente caso as entrevistas; Exploração do material – compreende a etapa dos recortes das falas, codificação e categorização; Tratamento dos resultados – refere-se ao tratamento quantitativo dos dados, o que compreende cálculo de frequência de aparição das categorias identificadas e o desvendamento do conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto; Interpretação – compreende a leitura dos dados à luz do referencial teórico utilizado.

Após a coleta e análise dos dados, passamos à estruturação do trabalho que ficou dividido em três capítulos.

No primeiro capítulo intitulado “*A Atuação Profissional Do Assistente Social Em Debate*”, procuramos fazer um balanço bibliográfico do surgimento do Serviço Social e de sua atuação profissional no Brasil, enfatizando a atuação do assistente social na saúde com base na análise de suas especificidades no atendimento a portadores de HIV/Aids na cena contemporânea, bem como, os parâmetros para atuação do serviço social na saúde, ressaltando a legislação e os documentos oficiais que referenciam o trabalho deste profissional.

Já no segundo capítulo “*Um Panorama Da Aids No Mundo, No Brasil E Na Paraíba: As Estratégias De Enfrentamento Em Foco*”, procedemos a análise da política de saúde na década de 1980 e a construção do SUS, enfocando os caminhos para a consolidação de uma política de enfrentamento ao HIV/Aids. Ressaltamos também o surgimento da Aids no mundo, no Brasil e na Paraíba, apresentando seu histórico, sua epidemiologia e suas tendências, além dos serviços de atendimento e prevenção em HIV/Aids no Brasil e na Paraíba.

O terceiro capítulo “*A Atuação Do Assistente Social Nos Serviços De Atendimento E Diagnóstico Do HIV/Aids Em Campina Grande-PB*”, trata dos resultados obtidos através das entrevistas realizadas, apresentando: o perfil das instituições pesquisadas, o perfil dos sujeitos da pesquisa, como estes percebem a atuação do Assistente Social nos serviços, como se dá a atuação multidisciplinar, o papel do Assistente Social e, por fim, a importância da atuação dos Assistentes Sociais para os serviços pesquisados.

Para concluir apresentamos as considerações finais e as referências que utilizamos para a realização deste estudo.

Esperamos com esta pesquisa dar visibilidade a uma questão de extrema importância no complexo âmbito da prevenção da Aids, dando voz àqueles que desempenham papel fundamental neste contexto. Acreditamos que, os resultados aqui obtidos permitirão desvelar os obstáculos que se opõem a realização da prática do Assistente Social de forma adequada e eficaz.

CAPÍTULO II- A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL EM DEBATE

“O assistente social, no exercício de suas atividades, vinculado a organismos institucionais estatais, paraestatais e privados, dedica-se ao planejamento, operacionalização e viabilização de serviços sociais por ele programados para a população.” (IMATURO & CARVALHO)

Neste capítulo procuramos fazer um balanço bibliográfico do surgimento do Serviço Social e de sua atuação profissional no Brasil, enfatizando a atuação do assistente social na saúde com base na análise de suas especificidades no atendimento a portadores de HIV/Aids na cena contemporânea, bem como, os parâmetros para atuação do serviço social na saúde, ressaltando a legislação e os documentos oficiais que referenciam o trabalho deste profissional.

2.1 O Serviço Social brasileiro, seu surgimento e a sua atuação profissional: um balanço bibliográfico

Na literatura que analisa o surgimento do serviço social é perceptível a afirmação de sua relação eliminável com a questão social no marco do capitalismo monopolista, tornando-se possível, a partir desta, mapear o contexto histórico e social do surgimento da profissão.

Observa-se que a organização monopolística obedeceu à urgência de viabilizar seu objetivo primário: o crescimento do lucro capitalista pelo controle do mercado, trazendo como resultado o crescimento do exército industrial de reserva, ou seja, do contingente de trabalhadores excluídos do processo produtivo, conduzindo ao ápice a contradição entre socialização da produção e apropriação privada (NETTO, 2009). Porém, para efetivar-se com chance de êxito o capitalismo monopolista demandou mecanismos de intervenção extra econômicos, que culminaram na refuncionalização e redimensionamento da instância por excelência deste tipo de poder, o Estado.

Neste período o Estado é refuncionalizado, sobretudo em decorrência das lutas da classe trabalhadora por melhores condições de vida e de trabalho,

este passa a desempenhar uma função direta: de controle de empresas capitalistas com dívidas com o Estado e uma indireta na garantia de uma infraestrutura para a produção capitalista na preparação da força de trabalho (NETTO, 2009).

O Estado passa então a ser compreendido como “comitê executivo da burguesia” e passa a criar estratégias, dentre elas a construção de políticas públicas, para intervir sobre a questão social não no sentido de eliminá-la ou desvendá-la, mas de promover sua amenização, assim afirma-se que o Estado foi capturado pela lógica monopolista tornando-se o seu Estado. Mas também, se compreende que este Estado tornou-se permeável às demandas das classes subalternas, que fazem nele incidir seus interesses e suas reivindicações imediatas o que possibilita uma intervenção contínua e sistemática desta instância na questão social.

É somente nessas condições que as sequelas da “questão social” tornam-se – mais exatamente: podem tornar-se – objeto de uma intervenção contínua e sistemática por parte do Estado. É só a partir da concretização das possibilidades econômico-sociais e políticas segregadas na ordem monopólica (concretização variável do jogo de forças políticas) que a “questão social” se põe como alvo de *políticas sociais* (NETTO, 2009, p.29).

Na idade do monopólio a influência estatal incide na organização e na dinâmica de dentro para fora e de forma ativa e sistemática na economia. A intervenção do Estado sobre as sequelas da superexploração e da preservação e controle da força de trabalho ocupada e excedente dar-se-á, abrindo leque para uma nova tendência a de psicologizar a vida social, responsabilizando o sujeito pelo seu destino pessoal, possibilitando enquadrar grupos e indivíduos afetados na lógica da individualização transformando problemas sociais em pessoais, sendo esta, elemento de extremo relevo no enfrentamento público das implicações da questão social (NETTO, 2009).

Neste sentido, não se trata mais da proclamação das possibilidades e vontades individuais, mas de privilégios de instâncias psicológicas que psicologizando a vida social, legitimam do existente. Quanto mais a ordem monopólica invade o espaço simbólico e afetivo antes tido como reserva

psíquica do indivíduo, mais a dimensão do psicológico ganha espaço no trato da questão social, alvitando a transferência de proposta de resolução dos problemas sociais, para a modificação e ou redefinição de características pessoais, resultando em estratégias, retóricas e terapias de ajustamento que implicam um novo relacionamento personalizado entre indivíduos e instituições que se consideram aptas a solucionar refrações da questão social, relacionando desde a indução comportamental até conteúdos referentes à ordem monopólica originando numa “pedagogia psicossocial” voltada para direcionar papéis sociais em favor desta ordem. Contudo, ressalta-se que a criação de políticas públicas, trouxe a necessidade de diversas profissões, dentre elas o serviço social.

O serviço social é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho que atua sobre as expressões da questão social, na perspectiva de amenização das lutas de classes (IAMAMOTO, 2004), esta se encontra situada na esfera da reprodução das relações sociais, como atividade auxiliar e subsidiária no exercício do controle social e na difusão da ideologia da classe dominante junto à classe trabalhadora. Esta profissão atende a demandas tanto do capital como do trabalho, podendo fortalecer apenas um polo pela mediação do seu oposto (VASCONCELOS, 2003).

No Brasil, o serviço social se institucionaliza e se legitima profissionalmente a partir da década de 1930 como recurso mobilizado pelo Estado e empresariado com suporte da Igreja Católica, para enfrentamento da questão social, quando esta assume dimensão política na vida social (YAZBEK, 2009). Conforme afirma Iamamoto (2004a, p. 114),

O Serviço Social se institucionaliza como profissão na sociedade brasileira, com o impulso decisivo da Igreja, como um dos recursos mobilizados pelo Estado e pelo capital, justificado ideologicamente pela doutrina social da Igreja, para atuar perante a *questão social*. Nos anos 30, reconhecidas as tensões de classe que acompanham o processo de consolidação do mercado capitalista de trabalho, tenta-se institucionalizar um tipo de ação social que, no âmbito das relações Estado/sociedade, tenha como alvo a situação social do operariado urbano e do exército industrial de reserva, no sentido de atenuar as sequelas materiais e morais derivadas do trabalho assalariado.

Deste modo, afirma-se que a profissão resulta de circunstâncias históricas definidas e se consolida na medida em que se constituem no país as políticas sociais e os padrões de proteção social.

[...] no processo de divisão social do trabalho, o Serviço Social como profissão insere-se, desde sua emergência, no interior dos equipamentos socioassistenciais existentes, desenvolvendo uma atuação caracterizada: 1º- pelo atendimento de demandas e necessidades sociais de seus usuários, podendo produzir resultados concretos nas condições materiais, sociais, políticas e culturais na vida da população com a qual trabalha, viabilizando seu acesso a políticas sociais, programas, projetos, serviços, recursos e bens de natureza diversa. Nesse âmbito, desenvolve tanto atividades que envolvem abordagens diretas com os seus usuários, como ações de planejamento e gestão de serviços e políticas sociais; 2º- por uma ação socioeducativa para com as classes subalternas interferindo em seus comportamentos e valores, em seu modo de viver e de pensar, em suas formas de luta e organização e em suas práticas de resistência (YAZBEK, 2009, p.135).

Considera-se que o assistente social trabalha na mediação da relação: Estado, instituição e classe subalterna, sendo reconhecido como profissional da assistência e da gestão de serviços sociais, desenvolvendo ações pedagógicas, esclarecendo a população direitos, fazendo triagem, distribuindo recursos materiais e atestando carência, dentre outras atividades.

Desde seu surgimento até a década de 1940 e 1950 a prática do assistente social esteve voltada ao disciplinamento da família operária, tendo como corrente teórico-filosófica o positivismo, assumindo em sua trajetória o estilo de pensar conservador e aliando-se ao estrutural-funcionalismo o que acarretou grandes implicações a formação e a prática desses profissionais, de modo que, mesmo após a profissão ter passado pelo processo de reconceituação, a partir da década de 1960, assumindo na década de 1980 sua opção pelo marxismo, traços conservadores e tradicionais insistem em perdurar, sobretudo, em sua dimensão prática (NETTO, 2007).

Das três tendências teórico-metodológicas que se desenvolveram no processo de Reconceituação, a saber: Modernização Conservadora, Reatualização do Conservadorismo e Intenção de Ruptura, as duas primeiras não tinham o objetivo de romper com o conservadorismo na

profissão, buscando apenas reformular o fazer prático da mesma, este período vai ser marcado pela intensa procura de fortalecer a cientificidade na profissão o que revela a dificuldade dos profissionais de reconhecer o seu lugar na sociedade e mostra a incompreensão da natureza do seu fazer profissional. Este fato provoca a inversão da autoimagem do serviço social, sinalizando sua natureza sincrética, sendo esta, o fio condutor da sua afirmação e do seu desenvolvimento (NETTO, 2009).

A estrutura sincrética do serviço social é compreendida como a forma que a profissão é obrigada a realizar sua prática no contexto do capitalismo, com base na imediatez e heterogeneidade. Tal estrutura é favorecida por três determinações objetivas.

A primeira refere-se ao próprio objeto de intervenção desses profissionais, a questão social, que, segundo Netto (2009), caracteriza-se por uma multiplicidade problemática que marca a sociedade burguesa e, que a partir do período monopolista fica impossível de ser recortada, perpassando todos os setores da vida social. Com esta, porém, se cruzam vários fenômenos que não podem ser recortados para intervenção, fugindo assim do que é exigido pelos órgãos empregadores que geralmente atuam apenas em uma expressão da questão social, obscurecendo os nexos com a totalidade social e impossibilitando o profissional de visualizar a teia das mediações que constituem determinado fenômeno.

A segunda está ligada à intervenção profissional baseada na vida cotidiana que por sua vez é imediata, heterogênea e superficial, realizando uma reorganização da mesma, pela manipulação planejada, por esta ser atingida pelas múltiplas manifestações da questão social. Tal situação é agravada pela própria divisão social e técnica do trabalho existente na sociedade capitalista, que coloca o assistente social em um patamar de subalternidade técnica. Assim, vemos que as fragmentações da questão social sobre as quais os profissionais da área atuam, reforçam a prática de apenas reordenar ou manipular aspectos mínimos do cotidiano, fazendo assim com que a noção de totalidade, existente na teoria crítica, não seja apropriada pelo assistente social no seu trabalho diário.

A terceira relaciona-se ao fato da característica preponderante da atuação do assistente social ser a manipulação de variáveis empíricas de um

contexto específico, o que leva toda a ação que não proporciona uma alteração dessas variáveis a ser considerada como incompleta. Por isso, de acordo com José Paulo Netto (2009), é comum um assistente social ser considerado competente, mesmo sem ter a noção da totalidade que envolve determinada problemática, apenas manipulando variáveis para obter resultados superficiais e imediatos.

Esta estrutura inerente à prática profissional do assistente social, não pôde ser alvo de análise e questionamento até a década de 1980, em virtude do aparato teórico a que a mesma se filiava, só com a introdução da teoria marxista no serviço social, pela perspectiva de Intenção de Ruptura, é que isso vai ser possível.

De acordo com Maranhão (2006), a tentativa mais radical do serviço social de romper com o conservadorismo foi sua aproximação à tradição marxista, contudo, tal aproximação não se deu sem a existência de barreiras para a consolidação de uma alternativa crítica na profissão, das quais se destaca: o próprio contexto histórico em que esta aproximação se desenrola e a forma enviesada com a qual esta se deu. Mesmo assim, é a partir da Intenção de Ruptura que há possibilidade de rebatimento da vertente crítica na prática profissional, podendo avançar para a desconexão com práticas conservadoras (VASCONCELOS, 2003).

No que se refere ao contexto histórico, sabemos que apesar do processo de renovação ter se iniciado no final da década de 1950, é só a partir da década de 1970, quando a ditadura militar tem suas bases atingidas, que a perspectiva de Intenção de Ruptura com o conservadorismo e tradicionalismo começa a caminhar. Segundo Netto (2009a, p.16)

De fato, o movimento de Abril de 1964 foi um episódio de um processo muito mais amplo: o processo de uma contrarrevolução preventiva implantada em escala mundial, com o objetivo explícito de travar e reverter às tendências democratizantes e progressistas.

Esta perspectiva inicia-se, sobretudo, nas universidades, um espaço que tornava possível a interlocução entre intelectuais que tinham possibilidades de pesquisar e organizar experimentos baseados em um novo olhar sobre a

realidade social, esse fato fez com o que o projeto de ruptura fosse alvo de muitas críticas.

A aproximação ao marxismo, neste período dar-se pela via da militância política de vários setores da profissão, que se aliavam aos movimentos sociais e contribuíram para a construção de um novo referencial teórico-político na mesma. Neste momento, de acordo com Faleiros (2009, p.47),

Os movimentos sociais se colocaram como oposição à ditadura e tiveram como objetivo abrir os espaços para a expressão dos interesses e reivindicações da população. A relação entre o cidadão, a sociedade civil e o Estado se expressou num outro patamar, passando da clandestinidade ou do silenciamento para o enfrentamento da opressão do Estado Militar sob hegemonia da burguesia.

Porém, esse tipo de aproximação limitou o conhecimento da teoria socialmarxista, originando um marxismo sem Marx, apoiado no determinismo econômico e na desvinculação da ação transformadora do homem. Tendo como principais fontes teóricas os escritos de Mao-Tse-Tung através de suavização romântica da realidade e do estrutural-funcionalismo de Louis Althusser, o qual apresentava um marxismo com viés positivista (NETTO, 2007). Nos dizeres de Coutinho, o marxismo de Althusser,

[...] é uma resposta espontaneísta a um período de estabilização e de “segurança” capitalistas; corresponde a uma tendência burocrática do movimento operário e, por isso, assimila um tipo de racionalidade que, como vimos, é própria da práxis burocrática e manipulatória. Assim, no essencial não seria equivocado afirmar que Althusser representa - no marxismo contemporâneo - uma posição conservadora ou de direita (COUTINHO, 2010, p. 184).

Neste período, era frequente em várias publicações a existência de ambiguidades entre o estruturalismo defendido por vários autores e o marxismo clássico. Esta incorporação problemática do marxismo trouxe sérias consequências à profissão como: a inclusão eclética do mesmo, a utilização de um marxismo de segunda mão, a unilateralidade das análises e o cientificismo (MOREIRA, 2006).

A aproximação à teoria marxista se deu sem muitas exigências teóricas, tendo bases ideopolíticas e desconsiderando o conteúdo teórico-metodológico essencial à prática profissional, sendo o material utilizado para estudo oriundo dos manuais do Partido Comunista instrumentalizados, que impossibilitavam a construção de propostas claras e possíveis de serem concretizadas no cotidiano desses profissionais.

Além disso, a aproximação à tradição marxista deu-se por via dos partidos políticos e do movimento estudantil, ocorrendo à aproximação à literatura não diretamente as fontes marxistas ou a clássicos desta linha, mas por meio de divulgadores de qualidade discutível enfraquecendo as formulações que daí surgiu.

A riqueza e a complexidade do pensamento de Marx raramente tocaram as cordas do serviço social, substituída que foi a documentação primária por intérpretes os mais desiguais. A própria diferenciação da tradição marxista foi cancelada pelo recurso a uma só de suas correntes, dogmaticamente situada como a “autêntica”, ou diluída em “sínteses” cujo suporte é o ecletismo mais desabusado (NETTO, 1989, p.97).

Essas características, somadas à forma como a profissão insurge na sociedade, dificultaram a inserção e consolidação da teoria social crítica no âmbito da prática profissional, reforçando ainda mais o conservadorismo no interior da profissão. Só com a entrada dos anos 1990, é que estudos visando superar o conservadorismo ganham espaço no interior da profissão, com o objetivo de relacionar o pensamento de Marx com o capitalismo contemporâneo e a realidade do serviço social, apesar disso, várias dificuldades impedem que este pensamento crítico se afirme nos espaços de atuação profissional.

Todo processo de Intenção de Ruptura, trouxe para o serviço social características inéditas e até então difíceis de serem incorporadas à profissão, que resultaram na formulação do seu Projeto Ético-político. Não se pode negar a influência desta teoria na profissão desde este período, entretanto, a ruptura com o conservadorismo e tradicionalismo na profissão, não foi garantida, sendo considerada apenas uma possibilidade que dependerá do

direcionamento dado à prática profissional no cotidiano de trabalho (VASCONCELOS, 2003).

Atualmente, temos percebido o fortalecimento da lógica do “saberprático” no interior do serviço social, apesar de todo esforço ter se concentrado nas últimas décadas, na expansão da perspectiva crítico-dialética na profissão, sobretudo via formação acadêmica. Várias são as determinações que criam obstáculos para a consolidação da perspectiva crítica na prática cotidiana dos profissionais, dentre as quais podemos destacar: a crise no ensino superior, o refluxo dos movimentos sociais, as características do sistema capitalista atual, bem como, a aproximação enviesada ao marxismo e características inerentes à própria constituição da profissão como sua estrutura sincrética (NETTO, 2009).

Muitas são as barreiras que impedem que o Serviço Social rompa com práticas de caráter emergencial, bem como, com o conservadorismo e tradicionalismo que lhe foram inerentes desde sua constituição enquanto profissão. Essa situação torna-se evidente quando analisamos como a prática do assistente social vem sendo desenvolvida nas instituições empregadoras de âmbito público e/ou privado. Por isso, é importante ponderarmos se o marxismo tem dado respostas aos dilemas profissionais na contemporaneidade, principalmente aqueles ligados ao exercício profissional.

Dentre as modificações ocorridas no interior do serviço social após sua aproximação ao marxismo, podemos destacar: o rompimento com as práticas assistencialistas, a aquisição de uma visão mais crítica (dialética) da realidade, um posicionamento a favor das classes dominadas, o compromisso com a transformação social, o rompimento com a postura de neutralidade antes existente e a transformação de um executor terminal de políticas públicas em um profissional propositivo (NETTO, 2007).

A adoção de uma perspectiva crítica na profissão foi de extrema relevância, por nos fazer compreender que o serviço social nunca será uma profissão marxista, mas, que estratégias críticas são possíveis e necessárias, sendo inclusive essenciais para sua legitimação no contexto atual. Apesar do que se evidencia na prática ser a continuidade da dificuldade de relacionar a teoria posta na universidade ao exercício profissional, o que dificulta a elaboração de propostas críticas por parte dos assistentes sociais

inseridos nos mais diversos campos de trabalho existentes o que os impede de refletir sobre sua prática cotidiana, possibilitando a reposição do sincretismo e o fortalecimento do pragmatismo e da lógica do saber prático na profissão.

A tradição marxista considera a prática profissional como uma especialização da práxis social, esta, de acordo com Vázquez (2007), pode ser produtiva, criativa, social ou revolucionária. Tal assertiva é ressaltada quando o referido autor afirma que, a matéria sobre a qual o sujeito exerce sua ação, pode ser fornecida tanto naturalmente, como também, ser, na verdade, o produto de uma práxis anterior que se transforma em matéria para uma nova práxis.

Vázquez (2007) considera práxis toda atividade prática do homem, que se baseia em vários atos realizados no sentido de transformação do ser social, abrindo possibilidades para alteração nas relações econômicas, políticas e sociais, relacionadas não ao ser humano individualizado mais a grupos ou classes sociais.

De acordo com Faleiros (1999) o serviço social pode ser considerado como uma relação de poder que produz sua particularidade no conjunto das relações de força, sendo considerado como práxis social na relação sujeito/objeto em sua forma criadora, onde o processo singular é pensado em sua generalidade.

Para Yamamoto e Carvalho (2000), em sua análise sobre o serviço social nas relações sociais capitalistas, a profissão é concebida como uma especialização do trabalho coletivo. Neste sentido, a prática do serviço social é considerada não só uma prática social, mas constitutiva desta, apresentando, contudo, algumas diferenciações, já que ao serviço social são inerentes particularidades advindas do próprio movimento de sua constituição enquanto profissão, de modo que, a prática social exige um sujeito coletivo a exemplo de partidos, organizações, entre outros, enquanto serviço social, apesar de também exigirlos, foi criado como estratégia político-ideológica do Estado para atuar sobre a questão social no Capitalismo Monopolista a fim de disciplinar a classe operária e direcioná-la ao projeto de desenvolvimento econômico vigente neste período.

As mudanças sofridas com o modo de produção capitalista refletem a constituição da profissão renovando, reforçando e modificando projetos

profissionais, sendo a concepção Marxista a base para a construção de um novo projeto profissional operado a partir de 1970 e vigente nos dias atuais (SANTOS, 2011).

Toda prática tem significado social e se constitui de determinações com legalidade interna e inteligível a razão, a prática social não se expressa na sua imediatez e sim por meio de mediações que relacionam forma e essência apresentando um nítido caráter de classe que pode gerar uma prática crítica ou não. A relação teoria e prática é essencial, pois se o critério da verdade esta na prática só é descoberto na relação entre ambos sendo estes unidades indissolúveis (IAMAMOTO, 2004a; GUERRA, 2011).

Na busca da compreensão da prática social profissional, alguns equívocos são decorrentes, como a apreensão da prática profissional na sua imediatez, as expressões desta passam a ser apreendidas em si mesmas com autossuficiência, num processo de parcialização progressiva da totalidade da vida social, recusando as teorias que tenham como base a totalidade(IAMAMOTO, 2004a).

Para o assistente social é imprescindível uma compreensão da realidade social que viabilize uma atuação profissional responsável e consequente, vendo processos sociais como totalidade. Neste sentido, teoria e prática constituem unidade na diversidade, apresentando relação intrínseca e condições específicas para transmutar da possibilidade para a efetividade, que consistem no estabelecimento de mediações objetivas e subjetivas (GUERRA, 2011).

Devemos reconhecer que a prática e o ensino da prática nunca foram prioridade no meio acadêmico, uma questão que só pode ser resolvida se houver uma articulação entre academia e meio profissional, pois o vácuo entre teoria e prática não vai ser preenchido criando uma metodologia que traga a “falsa ideia” de relação com a realidade e sim no estabelecimento de mediações entre os mais altos níveis de abstração e as situações singulares garantindo a unidade entre ambos (VASCONCELOS, 2003).

Por melhor que seja a teoria ela não é capaz por si só de processar qualquer alteração na realidade concreta, porém no processo de compreensão do real e na sua elaboração para a produção do conhecimento a prática é referencial à teoria, deste modo, a cisão entre teoria e prática torna-se essencial

ao capitalismo, produzindo um pensamento reificado que não ultrapassa a aparência dos fatos e se limita a conceber fenômenos em sua positividade (SANTOS, 2011; GUERRA, 2011).

Assim, cabe ao assistente social compreender que, operações particulares tem conexão com a totalidade e requeem a aquisição de preparo ético-político e metodológico capaz de desvelar e efetivar sua atividade profissional, pois a falta de uma leitura crítica apurada, substancial e racional da realidade social pode trazer consequências desastrosas ao exercício profissional, a exemplo de respostas conservadoras. O conhecimento teórico é a reprodução da realidade no pensamento que serve de guia e fundamento para a prática. A relação entre teoria e prática envolve a razão dialética, mas a incorporação do referencial teórico marxista no serviço social não veio acompanhado de um arsenal de instrumentos e técnicas próprios, que objetivasse uma prática coerente com essa teoria.

Existe uma relação tensa também entre formação profissional e instrumental técnico, resumida em três posturas assumidas ao longo do desenvolvimento da profissão: substituição dos instrumentos e técnicas pela moral religiosa católica, com perfil ético-moral religioso; Identificação dos instrumentos e técnicas com amoral laica, republicana e burguesa colocando a técnica a serviço da eficácia e eficiência do sistema; e, substituição dos instrumentais e técnicas por princípios éticos e vontade política (SANTOS, 2006).

Os instrumentos e técnicas são importantes para a ação e merecem atenção na formação profissional como elemento da dimensão técnico-operativa, não podendo ser tratado deslocado da dimensão teórico-metodológica, ético-política e investigativa, compreende-se que o “o que fazer” e “por que fazer” dever vir acompanhado do “como fazer”.

O ensino do instrumental técnico ainda se expressa muito mais pelo receio de ser tecnicista do que pela ousadia de criar alternativas e experiências explícitas e detalhadas para o desafio de ensinar o “como fazer” sem ser tecnicista (SANTOS, 2006). É fundamental garantir na formação profissional o ensino de como operacionalizar os instrumentos numa concepção marxista, pois o bom domínio deste contribui para um exercício profissional competente.

O âmbito da prática é o da efetividade da ação e o da teoria é o de criar finalidades ou resultados ideais para a ação, sendo assim, a teoria possibilita a ação, pois aponta as tendências nela presentes. A busca dos meios para a ação se materializa nos instrumentos produzidos na e para a realização do trabalho, mas a escolha dos instrumentos necessários para a operacionalização de um trabalho requer também dimensão ético-política, fazendo surgir uma dimensão técnico-operativa, consistindo na efetivação da ação.

No serviço social buscar os meios para agir requer reconhecimento das condições de trabalho, do projeto profissional, dos recursos institucionais e também dos instrumentos. Elementos técnicos existem em determinados processos históricos para apreendê-lo é necessário à apreensão do processo histórico que o produziu, a teoria social de Marx é fundamental para os assistentes sociais comprometidos com a transformação social, mas não esgota a prática profissional interventiva é preciso outros conhecimentos técnicos.

O assistente social realiza sua prática através da rede de mediações que ontologicamente estrutura o tecido social, sendo as mediações na passagem da teoria para a prática subjetivas, do âmbito do interior do sujeito, e objetivas, referindo-se a circunstâncias do exterior. Ambas estão no exterior do homem e existem sem eles, mas só adquirem sentido nas relações humanas.

A prática do assistente social é produto da formação teórico-política, ética e técnica dos profissionais, mas também da organização social e do contexto institucional do empregador. Muitas vezes a demanda da população é ignorada e a demanda da instituição trabalhada pelos profissionais. Consideramos que a demanda profissional incorpora-se a institucional, mas não se restringe a ela, assim como uma intervenção crítica não significa uma intervenção de qualidade, porém uma análise e uma intervenção críticas são indispensáveis para uma intervenção com competência (SANTOS, 2011).

Os instrumentos e técnicas acolhem em si relações sociais e de poder, daí seu caráter político, guardando as contradições contidas nessas relações, por isso a escolha e o manuseio dos instrumentos e técnicas estão intimamente relacionados aos princípios, métodos, natureza, condições objetivas e objetivos da profissão, do profissional e da instituição. Atualmente

os instrumentos e técnicas do serviço social são oriundos de outras profissões como a administração e a psicologia, porém guarda sua singularidade, pois numa entrevista ou reunião o conteúdo trazido pela população presente há de ser abordado com base na direção social que a profissão adotou, desde a década de 1980.

Atualmente na sociedade é supervalorizada a ideia do saber imediato, fragmentando o estudo da sociedade e desconsiderando a diferença entre aparência e essência dos fenômenos, o que tem levado a valorização de ações imediatas e ligadas apenas ao espaço profissional. Neste contexto, uma teoria que tem a perspectiva de totalidade, como é o caso do marxismo, perde espaço para as teorias chamadas pós-modernas que reforçam as escolhas individuais do sujeito. Vivemos assim, no momento da supervalorização da subjetividade em que há prioridade de intervenção no micro ou local.

Assim, ressurgiu o serviço social clínico como uma tentativa de reatualizar o conservadorismo na profissão, evocando um modelo de prática profissional que possa ser aderida sem o objetivo de pensar e elaborar estratégias condizentes com a tradição teórica hegemônica.

No atual contexto, qualquer pensamento que busque ir além das aparências almejando a totalidade e traçando as mediações que constituem a teia das relações sociais é descartado, por isso, é essencial fazer com que indivíduos não analisem os fatos na sua positividade, achando que os fenômenos sociais são dados diretamente desconsiderando o processo histórico que os envolvem, pois, o que é importante nos estudos de Marx é justamente o caráter de totalidade na busca da ontologia do ser social. Yolanda Guerra (2009, p. 691) destaca que,

[...] uma questão crucial reside em descobrir as relações entre os processos ocorrentes nas totalidades constitutivas tomadas na sua diversidade e entre elas e a totalidade exclusiva que é a sociedade burguesa, tais relações nunca são diretas; elas são *mediadas* não apenas pelos distintos níveis de complexidade, mas, sobretudo, pela estrutura peculiar a cada totalidade.

Assim, consideramos que a tradição marxista se constitui na teoria mais adequada para a construção de alternativas concretas à atuação

profissional de uma categoria que se compromete com a classe trabalhadora e visa romper com os ditames do conservadorismo.

Mesmo assim, reconhecemos ser a prática do assistente social, baseada na heterogeneidade e homogeneidade da vida cotidiana, tendo caráter emergencial e praticista, necessitando de um grande esforço destes profissionais, no sentido de direcioná-la a tradição social marxista. Para isso, faz-se necessário ao agir profissional traçar as mediações que constituem a teia das relações sociais do capitalismo contemporâneo, a fim de distanciar-se do abismo do conservadorismo e tradicionalismo que insiste em permear sua prática na atualidade, direcionando-a ao favorecimento da classe trabalhadora.

A mediação é considerada categoria central para a intervenção profissional, por instrumentalizar o desvendamento da realidade; esta permite, por meio do movimento do real, que a razão construa categorias para auxiliá-la na compreensão do fazer profissional, o que possibilita o rompimento da dicotomia entre teoria e prática retornando ao plano da dialética (PONTES, 2008).

[...] o profissional precisa encontrar as principais *mediações* que vinculam o problema específico com que se ocupa com as expressões gerais assumidas pela “questão social” no Brasil contemporâneo e com as várias políticas sociais (públicas e privadas) que se propõe a enfrentá-las (NETTO, 2009b, p. 695).

Sabemos que as transformações societárias têm incidido fortemente no serviço social no Brasil, tanto em relação ao mercado de trabalho como ao plano teórico, através do redimensionamento de atividades privativas inclusive com perda de funções tradicionais e precarização e intensificação do trabalho, bem como, com a proliferação de cursos privados no país, inclusive na modalidade à distância, de modo que tendências conservadoras e neoconservadoras, já adormecidas começam a ganhar corpo no interior da profissão.

Em contraponto ao quadro supracitado, a adoção desta nova direção teórico-metodológica, impõe a necessidade de renovação da prática profissional dos assistentes sociais o que requer a aquisição de

novas competências que possibilitem a construção de uma prática profissional voltada para a defesa dos direitos sociais historicamente conquistados pela classe trabalhadora. Conforme Vasconcelos (2003, p. 27, 28),

O que está em jogo para os assistentes sociais que objetivam uma ação profissional que rompam com o conservadorismo preponderante no domínio da ação profissional – numa direção que, “pondo como valor central a liberdade, fundada numa ontologia do ser social assentada no trabalho, toma como princípios fundamentais a *democracia* e o pluralismo, e, posicionando-se em favor da *equidade* e da *justiça social*, opta por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação exploração de classe, etnia e gênero” (Netto, 1996:117) – é a **apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica ético-política** que, colocando referências concretas para a ação profissional, possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade objeto de ação profissional, como expressão da totalidade social, gerando condições para o exercício profissional consciente, crítico e polarizante, que só pode ser empreendido na **relação da unidade entre teoria e prática**.

Deste modo, para que o marxismo se fortaleça enquanto teoria que orienta a prática no interior da categoria profissional faz-se necessário que os diversos sujeitos envolvidos na luta pela sua consolidação, como: profissionais de campo, alunos e professores, estejam comprometidos em expandi-la e efetivá-la no cotidiano profissional.

Sabemos que a articulação entre teoria e prática no trabalho dos assistentes sociais não é tarefa fácil, nem tão pouco algo que vá ser resolvido de imediato, conforme afirma Netto (1998) esse é um trabalho que exige tempo e paciência, bem como dedicação na busca de estratégias que congreguem os diversos sujeitos envolvidos na profissão. Lembramos que o fortalecimento do marxismo na profissão depende também de conjuntura favorável à classe trabalhadora, deste modo, fica posto o desafio de encontrar conjuntura favorável no contexto atual, em que a sociedade caminha na contramão dos princípios que norteiam a referida tradição.

Apesar das críticas direcionadas na atualidade, a formação não deve responder exclusivamente ao mercado, já que as demandas postas por este são dinâmicas e mudam constantemente, se nos fecharmos só a estas necessidades perderemos nosso caráter de crítica. A formação competente é aquela que reconhece o mercado de trabalho, mas que não se limita a ele,

compreendendo que a necessidade atual é de que a academia se aproxime de alguma forma da prática, ou seja, da realidade.

Uma prática não pode ser pensada com exclusividade, mas na forma peculiar como se dá a aproximação ao objeto construindo de forma singular mediações o que requer: um processo de ruptura, uma direção política, que pressupõe uma direção ética, um caminho a ser seguido na busca de finalidades, sendo a prática processo de construção coletiva de responsabilidade de profissionais e usuários considerando a instituição como um sistema fechado, porém que precisa fazer ponte com a sociedade, e também competência técnica para transformar a sociedade com base na intersubjetividade em que o exercício cotidiano e o exercício político se inter-relacionam (KERN, 2003).

Por esta razão, considera-se que o trabalho em instituições tanto no nível interventivo como investigativo deve ser pensado em relação à direção que toma junto à sociedade, através da junção do projeto político da instituição e do projeto profissional, passando o assistente social a ampliar a relação entre usuários e instituição, sendo a proposta política construída por sujeitos e com sujeitos.

Para Faleiros (1999) o assistente social não é impotente nem onipotente diante dos fatos sociais, é um sujeito inserido nas relações sociais para fortalecê-las possibilitando a ampliação de poder e saber do usuário, fazendo-o passar do reino da necessidade para o reino da liberdade dada à importância da subjetividade do sujeito. Este autor ressalta que a atuação do assistente social pauta-se na correlação de forças pelo confronto de interesses fundados nas relações sociais de poder tais relações podem ser econômicas, políticas ou ideológicas, indo o processo de intervenção além do relacionamento e da solução imediata de problemas que aparecem no contexto social.

Considerando o contexto atual reconhecemos que a pauperização e a exclusão são a outra face do desenvolvimento das forças produtivas, que origina o crescimento de demandas por serviços sociais e o aumento da seletividade e dos critérios restritivos para a população ter acesso a direitos sociais, sendo um dos desafios atuais, decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas capazes de preservar e efetivar direitos a partir de demandas emergentes no cotidiano, ou seja, ser um profissional propositivo,

poiso momento atual exige um profissional qualificado que reforce e amplie sua competência crítica não só executivo, mas que pensa, analisa, pesquisa e decifra a realidade, além de afinado com as análises dos processos sociais.

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas expressadas pelos indivíduos no trabalho, na habitação, na saúde, na família e pela rebeldia de quem resiste e se opõe a desigualdade, sendo na tensão entre produção da desigualdade e rebeldia e resistência, que atuam os assistentes sociais, por isso apreender a questão social é captar as múltiplas formas de pressão social e de invenção e reinvenção da vida, construídas no cotidiano.

O processo de produção e reprodução da vida social determina a constituição da materialidade e subjetividade da classe trabalhadora, por isso não devemos também esquecer de que o serviço social é uma especialização do trabalho e a atuação do assistente social é uma manifestação do seu trabalho, inscrito no âmbito da produção e reprodução da vida social.

[...] o Serviço Social tem na *questão social* a base de sua fundação como especialização do trabalho. Questão social apreendida como o *conjunto* das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2004, p.27).

Conforme ressalta Faleiros (1999), as relações no âmbito das famílias e dos grupos vão mudando para enfrentar a crise do desemprego, do trabalho precário, do envelhecimento da população e das novas epidemias como é o caso da Aids, a ação profissional implica uma postura de aliança com usuário, pois,

O processo de ação ou intervenção profissional não se modeliza num conjunto de passos preestabelecidos (a chamada *receita*), exigindo uma profunda capacidade teórica para estabelecer os pressupostos da ação, uma capacidade analítica para entender e explicar as particularidades das conjunturas e situações, uma capacidade de propor alternativas com a participação dos sujeitos na intrincada trama em que se correlacionam as forças sociais, e em que se situa, inclusive o assistente social (FALEIROS, 1999, p.65).

Assim, este autor ratifica que como produto da sociedade o serviço social consiste na mediação entre produção material e reprodução do sujeito para a produção capitalista e na mediação da representação deste sujeito nas relações capitalistas, o que exige dos profissionais da área leitura e investigação, além de preparação teórica para compreender seu próprio papel na sociedade e assim apreender os limites e possibilidades de sua ação profissional.

Deste modo, entendemos que o objeto de intervenção do serviço social não é exclusivamente seu, e que ao apreender o enfrentamento da questão social desta forma o assistente social impõe limites a sua própria prática sendo, pela mesma ação, tido como incompetente quando não consegue dar respostas efetivas aos problemas sociais dos usuários nos serviços, passando a ser considerado por si mesmo e pelos outros como profissional “dispensável” ou mesmo “incompetente”. (VASCONCELOS, 2003).

Feitas estas considerações, passaremos a tratar da atuação do serviço social na área da saúde e especificamente junto a segmentos afetados pela epidemia do HIV/Aids, ponderando as características inerentes a profissão e o fato dos assistentes sociais serem empregados majoritariamente no setor saúde, considerado por excelência conservador e hierarquizado compreendendo a figura do médico como central e o processo saúde/doença de forma desarticulada das relações sociais, mesmo após as mudanças ocorridas no conceito de saúde e do surgimento da Constituição Federal de 1988, a partir da qual a saúde passou a ser vista como “direito de todos e dever do Estado”, originando o Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2 A atuação do Serviço Social na saúde: análise de suas especificidades no atendimento a portadores de HIV/Aids na cena contemporânea

A análise realizada sobre a relação entre o serviço social e a saúde, revela a existência de um descompasso entre a prática do assistente social e a luta pela assistência pública neste setor, este fato deve-se: ao próprio contexto de surgimento da profissão, ideologicamente ligada à doutrina social da Igreja

Católica respondendo a demandas do Estado; a prática desenvolvida na saúde que é individual e curativa; e ao fato de no bojo da Reforma Sanitária estar se gestando o processo de revisão interna da profissão, com várias perspectivas que nem sempre apontavam para um rompimento com o tradicional (MATOS, 2003), sendo a inserção do assistente social na saúde datada da década de 1960, desenvolvendo uma prática técnica que buscava atender necessidades da assistência médica fornecendo dados psicossociais para diagnósticos, tratamento e alta dos pacientes, esta prática estando centrada na doença não considerava os aspectos de saúde do conceito atual (BARROSO, 2009).

A reviravolta nesta relação dar-se na década de 1980, por nesta se gestar um novo conceito de saúde, que articula aspectos econômicos, sociais e culturais, e consolidar-se na profissão a perspectiva Intenção de Ruptura possibilitando sua interlocução com o marxismo, baseando uma nova direção social para a profissão, porém no âmbito das universidades com pouca interação com o trabalho desenvolvido nos serviços.

Apenas na década de 1990 apresentam-se algumas mudanças de posição e também avanços, dentre eles a elaboração, por alguns assistentes sociais, de propostas de intervenção baseadas na nova direção social da profissão, porém isso provocou incipiente alteração no que diz respeito à prática profissional na saúde que caminhava desarticulada do movimento de Reforma Sanitária e com poucas produções sobre demandas postas a prática em saúde. Sobre esta assertiva Matos (2003, p.90) ressalta que,

Para pensar o trabalho do Serviço Social no setor saúde nessa década, faz-se necessário ter em mente ser esse período o de implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal no país. Sendo assim, esta estratégia de rearticulação do capital em nível plenário traz consigo, além da defesa de um Estado mínimo para as questões do social, a promoção de uma reestruturação do mundo do trabalho, em que a precarização e a drástica redução das conquistas sociais e trabalhistas são propostas em nome de uma adaptação inexorável aos novos ditames mundiais. O discurso predominante passa a ser o de que a globalização é um fato incontestável, que atinge a todos, sendo necessário um conjunto de esforços para a entrada nesta realidade.

A contrarreforma do Estado, iniciada na década supracitada, foi difundida por agências como o Banco Mundial e o FMI que pregavam a minimização de um Estado que foi historicamente ausente, como o brasileiro, mínimo e autoritário, a fim de incorporar os serviços sociais como espaço de mercantilização e lucratividade trazendo de volta a lógica da racionalidade privada, criando a supercapitalização, sendo a saúde campo privilegiado nesse sentido.

A contrarreforma da saúde deu-se de forma fragmentada espalhando-se como “experimentação de inovação na gestão”, ocorre um crescimento precário do sistema sem atender a população total, uma ampliação restrita, refuncionalizando princípios e fundamentos do SUS. As principais tendências do SUS na atualidade são: a tecnificação da política de saúde, a ampliação restrita desta; a ênfase na assistência precária, fragmentada e focalizada, a privatização e mercantilização da saúde pública e a precarização e superexploração do trabalho, segundo Soares (2010, p. 340),

Todas essas atuais configurações têm impacto nas práticas sociais na saúde pública, incluindo as do assistente social; seja porque inserem novos elementos e instrumentos de gestão no espaço das unidades de saúde; sejam porque reiteram velhas práticas não superadas e reprodutoras do modelo de atenção à saúde prioritariamente assistencial, curativo e individualista.

O lugar que esta profissão tem ocupado no setor de saúde é o de assistência direta ao usuário principalmente na média e na alta complexidade onde está empregada a maioria dos profissionais deste setor, mostrando que hoje o sistema de saúde pública e universal reitera velhas práticas na saúde e na profissão. Assim, o conteúdo emergencial da prática do assistente social é uma tendência historicamente construída que se relaciona a racionalidade hegemônica do Estado brasileiro. Sendo assim, compreende-se que das próprias contradições do SUS emergem as requisições que determinam o âmbito de atuação do assistente social que parte tanto da lógica institucional como dos usuários, pela não efetividade do seu direito a saúde.

Assim, o conteúdo emergencial e assistencial da política de saúde requer o assistente social para amenizar conflitos,

atender a população na linha de frente do acolhimento, seguir e reproduzir, junto ao usuário, as normas e protocolos da reestruturação das emergências e urgências/ pronto-atendimentos. Também aqueles que são excludentes e aparecem para a população e para o próprio profissional como critérios técnicos, quando muitas vezes são fundados na lógica privatista. Para responder a essas requisições, o profissional não precisa refletir muito, as atividades e ações devem ser o mais pragmáticas, manipulatórias e burocráticas possíveis, perpassada também pela lógica humanista do acolhimento (SOARES, 2010, p.371).

A saúde assume no contexto atual características de um bem comercializável, a acumulação de capital somada à política de liberalização, privatização e desregulamentação dos direitos sociais, marcam um processo de transformações societárias que afeta a vida e o trabalho na contemporaneidade. Na saúde a lógica do mercado legitimou a desigualdade criando uma parcela de consumidores, o campo de trabalho vem sofrendo um processo de desregulamentação expresso pela flexibilização e precarização. Assim, temos assistido a falência do setor público de saúde tendo funcionamento precário, péssimas condições de trabalho e atendimento massivo de pouca resolatividade.

A saúde passa a adotar redução de gastos com a força de trabalho pelo mecanismo do desemprego ou redução de encargos com trabalho formal baseado num arcabouço jurídico-legal, o que incide na naturalização do múltiplo emprego promovendo a intensificação da jornada de trabalho em busca de melhoria salarial. Esta estratégia de desregulamentação do trabalho tem suas particularidades, às investidas de desemprego na saúde atingem mais os postos de trabalho em nível federal, sendo revertido pelo crescimento destes na esfera municipal, porém ressalta-se que este setor apresenta melhores perfis de qualificação dentre as ocupações, respondendo aos mecanismos de proteção legal do exercício das profissões e exigências técnicas requeridas pelos conselhos profissionais (SOUZA, 2009).

Neste contexto, o fazer profissional do assistente social torna-se cada vez mais difícil e desafiador, pensar na atuação deste profissional em sintonia com o seu Projeto Ético Político, que tem democracia e justiça social como base, tem sido um dos maiores desafios, pois o serviço social esta entre as profissões que vivem mais de perto os rebatimentos da precarização da vida,

sendo a efetivação deste projeto profissional uma tarefa posta para todos os assistentes sociais (FÁVERO, 2009).

Deste modo, o modelo privatista apresenta como requisições para o serviço social seleção sócio-econômica de usuários, atuação psicossocial através do atendimento (acolhimento); ação fiscalizatória dos usuários de planos de saúde; assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Já a reforma sanitária prevê a democratização do acesso às unidades de saúde; estratégias de interação de instituição de saúde com a realidade; interdisciplinaridade ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático as informações e estímulo a participação popular (BRAVO, 2007).

Por isso, consideramos necessário que o assistente social busque: sintonia com o movimento de trabalhadores e usuários do SUS; fortalecer o acesso do usuário ao serviço de saúde; e não submeter à realização do seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta do SUS. Isso pode abrir espaço para que os assistentes sociais passem de executores para formulação e assessoria de diversos sujeitos coletivos e movimentos sociais, pois,

Contribuir, portanto, para a construção da saúde como um direito buscando entender esse processo implica esmiuçar o cotidiano dos movimentos sociais, da constituição das demandas dos serviços de saúde, da prática institucional dos agentes envolvidos, da estranha simbiose do saber popular e do saber científico da área da formulação das políticas de saúde, da relação, enfim, entre os movimentos e manifestações sociais por saúde e o Estado (COHN; et al, 2008, p.26).

Outra problemática enfrentada no trabalho do assistente social no setor saúde é que historicamente a medicina exige uma hierarquia sobre as demais profissões e acaba reproduzindo essa lógica para o usuário, assim, não se sentindo investido do mesmo poder médico e não tendo segurança para disputá-lo as demais profissões passam a ser subalternizadas o que resulta no reconhecimento dos mesmos da existência desta hierarquia.

[...] Desse modo, inserem-se na prática na saúde não como profissionais que têm um papel na garantia da integralidade da atenção à saúde e da participação social, mas como

profissional “não-médico” ou “para-médico”. Na medida em que vinculam sua ação ao que subsidiário e complementar ao tratamento das doenças, abrem mão das ações necessárias, definidas nas suas competências e atribuições, para garantia da saúde como direito universal e com controle social, não respondendo pelo papel de profissionais de saúde que foram chamados a assumir no Sistema Único de Saúde (VASCONCELOS, 2007, p.159).

Mesmo assim, considera-se que o assistente social destaca-se com concepções que fortalecem a Constituição Federal e o SUS, sendo na saúde um dos principais articuladores de equipes multiprofissionais, mas isso não pode assegurar uma prática direcionada a transformação social, sendo necessária a apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica que, colocando referências concretas a ação profissional, possibilite a reconstrução do movimento da realidade que é objeto de sua ação gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico e criativo, pois, sem consciência e sem conhecimento do instrumental teórico e técnico necessário para atuar, não se trabalha na direção dos interesses históricos da classe trabalhadora (VASCONCELOS, 2003).

Atualmente o trabalho do assistente social direciona-se a absorção ou ocultação dos conflitos institucionais e ao atendimento de demandas que perturbem o funcionamento das unidades de saúde, através de uma atuação que promove a despolitização e a adaptação ao sistema. Contudo, é este profissional que por portar uma inserção institucional não programada é levado a conquistar no seu cotidiano seu espaço nas unidades de saúde, na busca de parceiros para realizar suas ações fomentando e incentivando o oferecimento de ações que extrapolam o consultório e a cura.

Na atualidade o pensamento crítico já evidenciado na década de 1980 não se reproduz na prática, por isso consideramos que não é o fato de se reconhecer o serviço social como uma profissão que ocupa um lugar na divisão social e técnica do trabalho que o coloca numa posição subalterna ou inferior, também não é apenas o seu objeto de intervenção que é a questão social e suas refrações, mas o que se considera suficiente para o enfrentamento deste, “desejo de ajudar e boa intenção”. Assim, embora tenha como princípio uma intenção de ruptura com a herança conservadora, o serviço social não conseguiu superar seus paradigmas de intervenção social preservando na

atuação profissional características conservadoras, alimentada pelo próprio profissional ao não buscar atualizar sua formação teórica, ética e política.

Desse modo, em vez de **politizar, criticar, denunciar e/ou enfrentar uma luta por mudança de rotinas que são perversas para o usuário**, que os desqualificam como cidadãos quando desrespeitados nos seus mínimos direitos de ser humano, o assistente social, através do **jeitinho**, furando fila, utilizando o conhecimento pessoal – com o médico, com o atendente –, inclui aquele usuário na rotina, partindo do pressuposto não só do interesse individual, mas, principalmente, do “problema pessoal” (VASCONCELOS, 2003, p.428).

O contexto atual mostra que na saúde o assistente social é indispensável não para o usuário, mas para manter a tranquilidade nas unidades de saúde, sendo indispensável para os médicos que precisam de tranquilidade para realizar consultas. Apesar disso, devemos reconhecer que estes profissionais, pela formação crítica e generalista que recebem, têm sido articuladores de práticas interdisciplinares, reforçando o trabalho em equipe e a possibilidade de uma visão holística do indivíduo.

A interdisciplinaridade é compreendida como um processo que envolve reciprocidade, enriquecimento mútuo, horizontalização das relações de poder entre os campos do saber e, principalmente, a construção de uma plataforma de trabalho conjunto, esta não se efetua por simples adição ou mistura e sim por uma combinação de elementos internos, pois ao flexibilizar os limites originais das especificidades, rompe-se com a hierarquização do saber e da prática, democratizando as relações de poder entre as profissões.

O problema é que, na atualidade, as profissões não desenvolvem de fato a interdisciplinaridade e, sim, a multidisciplinaridade ou multiprofissionalidade, que, sobretudo na saúde, “*consiste em práticas ambulatoriais convencionais, onde profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, em geral sem cooperação e trocas de informações entre si*” (ORTIZ, 2010, p. 317).

Em alguns casos a prática incideem uma interdisciplinaridade auxiliar que consiste na contribuição de uma ou mais disciplinas para o domínio de uma disciplina específica já existente, sendo esta, campo receptor e coordenador das demais, reproduzindo as relações de poder pela

hierarquização do saber, além de uma perspectiva restrita de diálogo profissional. Assim, considera-se que a perspectiva interdisciplinar parte da concepção de pluralismo.

Desta forma, qualificamos como uma ação interdisciplinar àquela que possibilita a interlocução horizontal entre os diversos saberes e práticas, sem desconsiderar as particularidades de cada profissão, e principalmente a natureza da contribuição que cada um desses sujeitos profissionais é capaz de oferecer. Isso exige que cada profissional envolvido na equipe de caráter interdisciplinar compreenda exatamente em que consiste o objeto de intervenção de cada profissional integrante da equipe (ORTIZ, 2010, p.330).

A trajetória do serviço social em nível mundial apresenta vasta experiência com equipes multiprofissional sendo o sentido de trabalhar em equipe, para o assistente social, identificar as diferentes perspectivas que pautam as relações entre os diversos profissionais. Para tanto este precisa ter clareza da natureza de sua intervenção e dos limites e possibilidades impostos a sua prática. Se não é claro para o serviço social a natureza de sua intervenção, será difícil para ele e os outros profissionais distinguirem a particularidade de seu papel diante de outras profissões (ORTIZ, 2010).

Consideramos que a interdisciplinaridade é algo que ainda precisa ser trabalhado, e que só será possível quando as pirâmides profissionais forem horizontalizadas, pois garantir a presença de uma equipe multiprofissional não significa dizer que a mesma vai interagir gerando um processo interdisciplinar (SOBRINHO; SOUSA, 2002).

Aqui entra uma questão central, o fato de que enquanto os trabalhadores não construírem uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um “campo de produção do cuidado” que é comum a maioria dos trabalhadores, não se pode dizer que há trabalho em equipe (FRANCO; MERHY, 2007, p. 119).

Autores afirmam que a interdisciplinaridade é uma tarefa inacabada algo desejado e buscado, mas inatingível, já Teixeira (2002) ressalta que a dificuldade de estabelecer esta troca de conhecimentos advém da formação profissional de cunho positivista/mercadológico, que não propõem a

socialização da prática profissional necessária ao trabalho em equipe e a visão integral do sujeito, fato que pode fragilizar a prática profissional. Por isso, de acordo com esta autora, o papel das Universidades é imprescindível na formação dos recursos humanos, sobretudo da área de saúde.

Acreditamos que acima de tudo esta deve ser problematizada considerando a forma como a sociedade esta organizada do ponto de vista político, ideológico, cultural e econômico, reconhecendo que o trabalho interdisciplinar deve orientar-se numa perspectiva de totalidade, superando a fragmentação de saberes e práticas de moralização e psicologização da questão social, vendo o usuário como portador de direitos.

É importante que o profissional procure qualificação, adquira especialização e conhecimento de todos os segmentos sociais, principalmente do campo do HIV/Aids que requer uma política interdisciplinar para seu enfrentamento, considerando que esta demanda representa um vasto campo de atuação para o assistente social no qual em hipótese alguma a atuação poderá ocorrer de forma isolada, mas articulada a outros profissionais e a diversos serviços, num contexto em que ocorre os fenômenos de pauperização e feminização desta epidemia, ocasionando um esfriamento na efervescência para seu enfrentamento. A diminuição de campanhas educativas e de investimento em pesquisa para conhecer os caminhos do vírus e as formas de prevenção, quando houve empobrecimento da doença é reveladora desta assertiva, passando a investimentos nas pesquisas para produção de medicamentos cada vez mais caros assumidos pela saúde pública (VASCONCELOS, 2003).

As pessoas que vivem com HIV/Aids passam por um amplo processo de exclusão social e esta vivência se torna demanda para o serviço social, o que impõe desafios a sua prática, dos quais fazem parte a doença em si, pela complexidade social que a envolve, e a precariedade dos serviços de saúde, agravando-se pela situação de pobreza em que a população esta submersa. Além de sofrer discriminação exterior o doente de Aids sofre a “exclusão pessoal” que consiste na não aceitação do indivíduo de sua condição sorológica ocultando-a de todos por medo do isolamento. Essa inclusão/exclusão traz um sentido de desumanização e coisificação do ser

humano e uma multiplicidade de dolorosas experiências cotidianas de privação, isolamento, anulação e inclusões enganadoras (SANTOS,2006).

Uma das dimensões de exclusão mais sentidas é a econômica, pois ao revelar sua soropositividade o portador de HIV perde o maior vínculo de inserção social que é o trabalho pelo seu estado de saúde, ficando aprisionado ao reino da necessidade. Quanto mais expostas às famílias estiverem a vulnerabilidades econômicas, políticas e sociais mais exposto fica o portador a sua rejeição, tais fatos demandam do estado políticas públicas eficientes para responder as sequelas deixadas na vida dos doentes, estas devem apostar em profissionais e técnicos qualificados na atenção assistencial ao portador, já que, a doença envolve três necessidades a médica, a psicossocial e a assistência social (SANTOS,2006).

Desta forma, faz-se necessário para profissionais que trabalhem no enfrentamento desta epidemia um olhar para a singularidade das pessoas com Aids, vendo-as como sujeitos participativos com valores, direitos e deveres capazes de autonomia própria para se projetarem com vistas a sua emancipação humana e social, para que assim possam superar a condição de doente de Aids, passando para a concepção de sujeito de direitos e deveres, pois o portador de HIV/Aids precisa defender seus direitos, mais não de doente e sim de cidadão (KERN, 2003).

Oportunizar a reflexão ao usuário, solicitar e ouvir o seu ponto de vista frente à situação que vivencia é coloca-lo frente a um espaço para conferir-lhe poder e decisão como portador de HIV/Aids, isso é importante para fortalecer o vínculo entre profissionais e usuários. Também é de suma importância aproximar o usuário da família que também sofre as consequências da doença, esta se configura como apoio e referência de afetividade (KERM, 2003).

O escoamento de todas estas problemáticas decorrentes da contaminação pela Aids são as unidades de atendimento, seja na atenção básica ou na média ou alta complexidade. Nestas faz-se presente o assistente social cuja intervenção é junto a estes usuários que possuem falta de quase tudo, este profissional convive com uma política de saúde fragmentada e de baixa efetividade, uma vez que os programas e o PN DST/Aids apresentam-se restritos a ações focalizadas e descontinuadas, e atua no contexto de presente

fragilização causado pelo impacto da Aids, sendo o objetivo de sua intervenção o fortalecimento humano-social. (SANTOS, 2006; KERM, 2003).

O serviço social insere-se na saúde pública e especificamente no contexto da Aids na sistematização dos serviços para intervir na relação saúde doença expressa nas múltiplas manifestações da questão social. Sendo assim, sua prática desenvolve-se pela mediação de processos econômicos, ideológicos e culturais que envolvem a sociedade capitalista de interesse antagônico. Assim, suas demandas se configuram e reconfiguram de acordo com as determinações sociais que envolvem os sujeitos assistidos. O que coloca novas necessidades e requisições para este profissional, sendo esta prática na política de DST/Aids mediatizada por uma política defasada e de baixa efetividade.

Ressaltamos que uma das especificidades do serviço social é mergulhar na vida privada das pessoas passando a conhecer suas vivências mais subjetivas, neste momento revela-se a postura profissional frente à realidade da epidemia no sentido de acompanhar o processo social não através de práticas prontas e acabadas, mas sim construídas de acordo com a demanda, carência e necessidade social, reconhecendo que este público exige dos profissionais conhecimentos específicos para fazer o acompanhamento social o que requer investigação e adoção de estratégias pensadas com base no cotidiano, resgatando a identidade, autonomia e emancipação para o fortalecimento humano e social.

A Aids em sua trajetória histórica tem se mostrado como um fenômeno que se construiu socialmente e para desvendá-lo é preciso primeiro compreendê-lo, remontando o processo da vida nas suas mais diversas expressões para elaborar-se por fim a compreensão. As pessoas que possuem experiência com essa doença bem sabem que não se trata simplesmente de uma doença física. A questão é mais profunda, ou seja, na profundidade da representação social, a doença tem-se constituído como um dos aspectos mais radicais de impacto na vida das pessoas (KERM, 2003, p.51).

É importante para o assistente social conceber a Aids não como mais uma demanda a ser trabalhada e sim como um problema mais profundo, necessitando de ações de múltiplos conhecimentos interventivos e

investigativos para qualificá-la, sendo necessário além de conhecimento científico o conhecimento humano e social, cabendo ao assistente social não só desenvolver todo um acompanhamento social, mas garantir ao sujeito a dignidade de sua existência.

A presença dos assistentes sociais nos serviços de saúde justifica-se pelo adoecer envolver outras necessidades subjetivas e objetivas cabendo a esse profissional captar o que há de social relacionado à questão da saúde. Entre as demandas postas para este profissional está: a pobreza expressa pelo portador na busca diária pela alimentação, cestas básicas e ajuda financeira, também a procura por benefício previdenciário, sobretudo o BPC, por não haver necessidade de contribuição apesar de seu acesso ser seletivo; a questão do preconceito e da discriminação por razões culturais e pela doença ser transmissível; a procura do passe livre em transporte coletivo e a orientação à família, pela rejeição familiar, sendo o assistente social solicitado para realizar visita domiciliar; a adesão ao tratamento que é desenvolvida por um trabalho educativo e tem sido um grande desafio para os profissionais, e enfim a agilização de exames, transferência de pacientes e orientações sobre a doença (SANTOS, 2006).

O universo do portador é um mundo de vidas fragilizadas e graves problemas sociais. Em consequência, as demandas advindas desse segmento são revestidas de complexidades e contradições que, por vezes, limita e inviabiliza o trabalho e o resultado almejado pelo profissional. Tais demandas atestam que trabalhar com Aids não significa agir apenas sobre uma forma de adoecimento, mas, sobretudo, sobre novas formas de exclusão social, que se materializa enquanto expressão da questão social em diferentes áreas, seja no convívio em comunidade, na família, no mundo do trabalho ou mesmo nos serviços de saúde (SANTOS, 2006, p.21).

Deste modo enfatizamos que, a prática do assistente social consolida-se na vida privada dessas pessoas, trabalhando a maneira de agir, sentir, pensar e ver dos indivíduos e incidindo na sua dimensão subjetiva numa relação de troca que envolve referências teóricas e princípios ético-políticos. Sendo os desafios que se colocam para a atuação do serviço social no campo do HIV/Aids: a aceitação do diagnóstico por parte do portador e da família que quando não aceitam ocasiona retardo no tratamento; as condições de vida da

população, pois necessidades sociais somadas a questões biológicas agravam as questões de saúde, sobretudo no HIV/Aids; a sobrecarga de trabalho acentuada pela falta de investimento em recursos materiais e humanos; a efetivação da inclusão social do portador que deve envolver outros profissionais e a sociedade em geral.

Evidencia-se que as demandas e os desafios postos pelo HIV/Aids para as profissões, inclusive o serviço social, estão relacionadas ao forte estigma que a doença carrega na sociedade e a insuficiência de recursos por parte do Estado, mas a estes fatos também soma-se a falta de um referencial teórico à prática profissional que a direcione em favor das classes subalternas de forma competente, promovendo não só a saída provisória de um estado de carência social ou a alteração do estado de saúde, mas que promova a emancipação social, garantindo conexões com a direção social da profissão e seu projeto ético-político.

2.3 Parâmetros para atuação do serviço social na saúde: notas sobre a legislação e documentos oficiais que referenciam a atuação profissional

A atuação de qualquer profissional do Sistema Único de Saúde no contexto atual enfrenta grandes dificuldades, dentre as quais se destacam a insuficiência de recursos técnicos, materiais, remuneração salarial, carreira profissional, entre outras. Na saúde o assistente social identifica a necessidade do usuário e objetiva a resolutividade do problema procurando proporcionar aos mesmos, na medida do possível o acesso à saúde, pois mesmo sabendo que esta é um direito, a forma como o sistema vem sendo conduzido impossibilita o acesso ao exame, à cirurgia e ao medicamento. Esta atuação profissional deve ser orientada pela Reforma Sanitária e pelo Código de ética, considerando a autonomia do sujeito.

No que se refere ao trabalho nos serviços específicos para tratamento e diagnóstico do HIV/Aids os profissionais enfrentam dificuldades advindas do próprio aspecto social negativo da doença, direcionando-os a desvendá-la e desmistificá-la pondo fim a preconceitos e medos, o que exige da parte destes conhecimentos significativos de temas como: práticas sexuais, gênero,

vulnerabilidade, uso de drogas, entre outros, necessitando de aprimoramento e constante capacitação, já que, o assistente social, passa a ser requisitado para um trabalho multidisciplinar de enfrentamento a Aids.

Nos serviços de atendimento a portadores de HIV/Aids no Brasil, o serviço social tem assumido papel preponderante, sendo sua contribuição dada principalmente nas atividades de acolhimento, trabalhos de grupo, reinserção social e geração de renda, essenciais para a qualidade do cuidado.

O trabalho do assistente social é fundamental para avaliar os impactos da questão social no processo saúde-doença dos usuários e para buscar a superação das várias formas de discriminação. Faz parte do compromisso profissional do assistente social ter escuta e atenção centrada no paciente, promover o respeito à diversidade, a participação de grupos socialmente discriminados, a discussão das diferenças e a ampliação dos espaços de participação democrática dos usuários e de seus familiares no interior das instituições (BRASIL, 2008, p. 23).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), suas ações devem ser organizadas com base nas necessidades inerentes aos usuários, fazendo parte de suas atribuições:

- Acolher, informar, aconselhar e desenvolver ações educativas para pessoas que vivem com HIV e Aids, parceiros (as), familiares e comunidade;
- 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 às dificuldades no uso da medicação e na adesão ao tratamento, relativas à organização do cotidiano e às condições sociais objetivas de cada sujeito às 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 às 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;
- Desenvolver ações dirigidas à educação continuada dos profissionais de saúde da rede pública com o objetivo de capacitar pessoas na prevenção, diagnóstico e aconselhamento em DST e Aids.

Além dos documentos oficiais do Ministério da Saúde e do Programa de DST/HIV e Aids, o assistente social têm como embasamento para sua prática o seu código de ética, que enfatiza a necessidade de cria-se novos valores éticos fundamentados no compromisso com o usuário e com base na liberdade, democracia, justiça e igualdade social, servindo para adequar a prática profissional aos parâmetros éticos da direção social assumida pela profissão e permitir uma melhor instrumentalização dos profissionais na prática cotidiana do exercício profissional.

Conforme afirma Barroso (2009), o código de ética de 1986 apresentou a exigência de um novo perfil técnico que representaria mudanças no agir, agora não mais baseado apenas na execução, mas na elaboração de políticas e programas sociais, sendo revisto em 1993, devido circunstâncias históricas que surgiram pela organização política dos profissionais e o fortalecimento da visão crítica da realidade, este código de ética enfatiza o direito humano e a busca da erradicação da exploração e discriminação,

O assistente social ocupa espaço de grande responsabilidade no cotidiano, tendo como um de seus usuários o portador de HIV/Aids, para atendê-lo de forma ampla é preciso compreender a realidade e necessidade do usuário. Assim, este profissional busca o pensamento ético para adquirir visão da relação entre usuários e sociedade o que para o enfrentamento da Aids é essencial pela necessidade da garantia da privacidade e confidencialidade das ações, que geralmente envolvem temas delicados. Não deve o profissional apresentar juízo de valor e sim respeitar as particularidades.

Dos princípios do código ética atual, três se adequam precisamente ao trabalho específico em HIV/Aids que são os deveres dos assistentes sociais. Assim, tratando-se da relação com os usuários deve o profissional,

Art.3º a)- Desempenhar suas atividades profissionais com eficiência e responsabilidade, observando a legislação em vigor;

c)- Abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando suas ocorrência aos órgãos competentes;

Art.5º b)- Garantir a plena informação e discussão sobre as possibilidades e consequências das situações apresentadas, respeitando democraticamente as decisões dos usuários, mesmo que sejam contrárias aos valores e às crenças individuais dos profissionais, resguardados os princípios desse código;

c)- Democratizar as informações e o acesso a programas disponíveis no espaço institucional como um dos mecanismos indispensáveis a participação dos usuários.

Sendo vedado ao assistente social, “Art. 6º a)- Exercer a sua autoridade de maneira a limitar ou cercear o direito do usuário de participar e decidir livremente sobre seus interesses”, o que nos faz refletir sobre a prática desse profissional na atualidade que, em alguns programas, reside em apenas elaborar e fazer valer critérios de seletividade para acesso a programas sociais, promovendo a retração de direitos e não a sua ampliação e reforçando a falta de autonomia dos indivíduos (CFESS, 1997).

No ano de 2010 foi publicada pelo CFESS a versão final dos “Parâmetros para atuação do serviço social na saúde”, tendo como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de serviço social nesta área de atuação. O documento procurou expressar a totalidade das ações desenvolvidas pelos assistentes sociais, considerando a particularidade daquelas realizadas nos mais variados programas de saúde, a fim de fortalecer o trabalho dos assistentes sociais na saúde, direcionando-o para os Projetos de Reforma Sanitária e Ético- Político Profissional e assim garantir qualidade nos serviços prestados à população usuária.

Nos parâmetros enfatiza-se que o Código de Ética da profissão apresenta ferramentas imperiosas para o trabalho dos assistentes sociais na saúde em todas as suas dimensões: na prestação de serviços diretos à

população, no planejamento, na assessoria, na gestão e na mobilização e participação social, bem como a Lei de Regulamentação da Profissão, sancionada em 1993, que requisita do profissional algumas competências gerais que são fundamentais à compreensão do contexto sócio-histórico em que se situa sua intervenção, dentre elas: apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade; análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do capitalismo no país e as particularidades regionais; compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio-histórico, nos cenários internacional e nacional, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade (CFESS, 2010).

Segundo esta publicação os assistentes sociais na saúde atuam em quatro grandes eixos: atendimento direto aos usuários; ações socioassistenciais; ações de articulação interdisciplinar; e ações socioeducativas. A investigação é considerada como transversal ao trabalho profissional, da mesma forma que o planejamento, a mobilização e a participação social dos usuários para a garantia do direito à saúde e a assessoria para a melhoria da qualidade dos serviços prestados, além da supervisão direta aos estudantes de Serviço Social.

As atividades socioeducativas abrangem diversos aspectos dos quais podemos destacar: análise dos determinantes sociais das situações apresentadas pelos usuários; democratização dos estudos realizados pela equipe sobre o perfil epidemiológico, socioeconômico e cultural dos usuários; e a análise da política de saúde e dos mecanismos de participação popular. Destacando-se as seguintes atividades: sensibilização dos usuários acerca dos direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS, rotinas institucionais, promoção da saúde e prevenção de doenças por meio de grupos socioeducativos; democratização das informações da rede de atendimento e direitos sociais por meio de ações de mobilização na comunidade; realização de atividades socioeducativas nas campanhas preventivas; socialização de informações; realização de atividades em grupos com os usuários e suas famílias, abordando temas de seu interesse.

Além das ações descritas deve o assistente social, participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas em todas as áreas,

a exemplo da saúde da mulher, da criança, do adolescente, do idoso, da pessoa com deficiência (PCD), do trabalhador, no planejamento familiar, na redução de danos, álcool e outras drogas, nas doenças infectocontagiosas (DST/Aids, tuberculose, hanseníase, entre outras) e nas situações de violência sexual e doméstica.

Os parâmetros também destacam a importância das ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais, garantindo sua participação em espaços democráticos de controle social como os: conselhos, conferências, fóruns de saúde e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. Sendo de suma importância, a realização de atividades que objetivem contribuir na organização destes, enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde.

As atividades desenvolvidas neste sentido devem, sobretudo, estimular a participação dos usuários e familiares na luta por melhores condições de vida, de trabalho e de acesso aos serviços de saúde; mobilizar e capacitar também para a construção e participação em fóruns, conselhos e conferências de saúde; contribuir para viabilizar a participação de usuários e familiares no processo de elaboração, planejamento e avaliação nas unidades de saúde e na política local, regional, municipal, estadual e nacional de saúde.

Outro ponto importante refere-se à investigação, planejamento e gestão, que devem envolver um conjunto de ações que tenham como perspectiva o fortalecimento da gestão democrática e participativa capaz de produzir propostas que viabilizem e potencializem a gestão em favor dos usuários e trabalhadores da saúde, na garantia dos direitos sociais. A inserção dos assistentes sociais nos espaços de gestão e planejamento e a realização da investigação são de suma importância, tendo como direção o Projeto Ético-Político profissional, com vistas às seguintes ações: elaborar planos e projetos de ação profissional para o serviço social com a participação dos assistentes sociais; elaborar o perfil e as demandas da população usuária por meio de documentação técnica e investigação; identificar as manifestações da questão social através de estudos e sistema de registros; realizar a avaliação do plano de ação por meio da análise das ações realizadas pelo serviço social e pela instituição e os resultados alcançados; participar nas Comissões e Comitês

temáticos existentes nas instituições, a saber: ética, saúde do trabalhador, mortalidade materno-infantil, DST/Aids e humanização.

Tratando-se da assessoria, qualificação e formação profissional, é enfatizado que estas atividades devem priorizar o aprimoramento profissional, objetivando a melhoria da qualidade dos serviços realizados, envolvendo desde a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários até a formação de estudantes da área da saúde e residentes, bem como a assessoria, como ações nesse âmbito destacam-se: fortalecer o controle democrático por meio da assessoria aos conselhos de saúde; participar e motivar os assistentes sociais e demais trabalhadores da saúde para a implantação/implementação da NOB RH/SUS, nas esferas municipal, estadual e nacional; qualificar o trabalho do assistente social e/ou dos demais profissionais da equipe de saúde por meio de assessoria e/ou educação continuada; criar fóruns de reflexão sobre o trabalho profissional do serviço social,

O conhecimento das normas em vigor na profissão como: Código de Ética, a Lei de Regulamentação da Profissão, os parâmetros para atuação em diversas áreas e, sobretudo, dos direitos garantidos por lei aos usuários possibilitam ao assistente social uma atuação com qualidade, priorizando as diretrizes do Projeto Ético-Político da profissão e evitando a requisição destes profissionais para atribuições que não são suas a exemplo: da marcação de consultas e exames, solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; pesagem e medição de crianças e gestantes; convocação do responsável para informar sobre alta e óbito; comunicação de óbitos, entre outras ações de caráter técnico e administrativo que muitas vezes demandam uma formação técnica específica que não faz parte da formação profissional dos assistentes sociais.

Contudo, das atividades descritas como de competência dos assistentes sociais todas são passíveis de serem desenvolvidas junto aos serviços que atuam no diagnóstico e tratamento das pessoas que vivem com HIV/Aids, nos quais estão inseridos os profissionais assistentes sociais, atuando, como já vimos, diretamente com o usuário e a família na perspectiva da amenização

das sequelas da questão social, restando-nos analisar se de fato este espaço tem sido aproveitado, por estes profissionais, como mobilizador da participação popular na luta por direitos e na garantia dos já prescritos em lei. Ressaltamos, que os parâmetros para a atuação do assistente social na saúde é considerado um avanço, porém, não pode ser tomado como uma “camisa de força” para a atuação profissional, considerando que a riqueza que envolve a correlação de forças presente no campo de trabalho e na prática profissional é maior do que páginas possam expressar.

É preciso ter clareza do contexto histórico de surgimento da Aids e dos caminhos percorridos por atores sociais na luta em busca de tratamento gratuito para os acometidos pela doença, bem como, das modificações gestadas na saúde ao longo dos anos resultantes do Movimento de Reforma Sanitária, para que possamos compreender a atuação do assistente social nos serviços de atendimento e diagnóstico do HIV/Aids, sobre esse tema discorreremos no capítulo que se segue.

CAPÍTULO III- UM PANORAMA DA AIDS NO MUNDO, NO BRASIL E NA PARAÍBA: AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO EM FOCO

“Redefinir a AIDS na sua prioridade é condição para que ela possa ser assumida como compromisso sério por todos os níveis da sociedade. Dar à AIDS a importância que ela tem, de direito, é permitir-nos uma oportunidade de encontrar, no redescobrir da vida, uma chave para a mudança e o crescimento.” (PINEL E INGLES)

No capítulo que se inicia procedemos a análise da política de saúde na década de 1980 e a construção do SUS, enfocando os caminhos para a consolidação de uma política de enfrentamento ao HIV/Aids. Ressaltamos também o surgimento da Aids no mundo, no Brasil e na Paraíba, apresentando seu histórico, sua epidemiologia e suas tendências, além dos serviços de atendimento e prevenção em HIV/Aids no Brasil e na Paraíba.

3.1 A política de saúde na década de 1980 e a construção do SUS: Os caminhos para a consolidação de uma política de enfrentamento ao HIV/Aids

Antes de discorrermos sobre a epidemia da Aids no mundo, no Brasil e na Paraíba e seus impactos na saúde da população, bem como sobre as estratégias criadas ao longo dos anos para o enfrentamento da doença e da transmissão do vírus HIV e de fazermos alusão aos serviços que prestam atendimento e também diagnóstico á portadores de HIV/Aids, faz-se necessário traçarmos o percurso histórico da saúde pública na década de 1980, período no qual a população brasileira assiste ao surgimento de uma nova doença, até então considerada como mortal, ao mesmo tempo em que vivencia modificações no âmbito político, com o fim do Regime Militar e o início do processo de redemocratização, que propiciaram mudanças na saúde pública na tentativa de torná-la mais equânime e universal. Estas modificações delinearam os caminhos para a consolidação de uma política de enfrentamento

ao HIV/Aids no país. Para tanto, se faz necessário fazermos menção a década de 1970 em que surge o Movimento de Reforma Sanitária.

Diante da situação gritante em que se encontrava a saúde pública brasileira na década de 1970, profissionais de saúde comprometidos com o ideal de uma reforma sanitária no país começam a articular-se com os movimentos populares para exigir que a saúde se torne um direito de todos, originando o que ficou conhecido como “Movimento de Reforma Sanitária”. Este surge com o apoio de instituições de forte respaldo teórico, a exemplo das universidades, que divulgavam estudos sobre as condições sociais da população e a forma como a política de saúde vinha sendo conduzida pelo Estado.

Faz-se necessário destacar que a resistência à ditadura militar e a luta pela redemocratização do país compunham a bandeira de luta do Movimento Sanitário, que acreditava ser a saúde um direito inerente à cidadania e que a última só existiria em um ambiente democrático (FERNANDES; MAIA, 2004, p.28).

O objetivo desse movimento era reverter à lógica de atenção à saúde através de quatro conjecturas: a garantia da saúde como um direito do cidadão independente de contribuição; a integralidade das ações de saúde em um único sistema garantindo o acesso ao nível preventivo ou curativo; a descentralização da gestão da saúde para estados e municípios; a promoção da participação e do controle social nas ações de saúde (BAPTISTA, 2005).

Neste período o cenário ainda era de forte exclusão de boa parte da população do direito a saúde. A assistência médica oferecida pelo INPS e as ações de saúde propostas pelo Ministério da Saúde não absorviam a demanda de atenção gerada pela população, também não havia sido consolidada no Brasil uma política de Estado Cidadã. Conforme denota Scorel; Nascimento; Edler (2005, p. 68)

Nesses primeiros anos do movimento sanitário, a ocupação dos espaços institucionais caracterizou-se pela busca do exercício e da operacionalização de diretrizes transformadoras do sistema de saúde. Dessa forma, profissionais que pensavam criticamente esse sistema travavam estes espaços como uma arena onde era possível travar uma luta surda, mas acirrada, para pôr em prática projetos que, de resto, iam

completamente na contra-mão dos interesses do regime autoritário.

Apesar dos limites, a luta pela reforma da atenção à saúde possibilitou mudanças significativas ainda nesta década, que se efetivaram resguardando o interesse do Estado, entre as quais se destacam: a criação, em 1974, do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que financiou recursos para programas sociais; do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), o qual determinou ações a serem implementadas em diversos ministérios da área social; e, ainda, a instituição do Plano de Pronta Ação (PPA) para viabilizar a expansão da cobertura em saúde, denotando uma tendência a universalização da mesma. Em 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), modelo político pioneiro em desenvolver ações de saúde englobando os três níveis do governo; em 1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass) que promoveu a extensão de serviços de atenção básica à saúde para a região Nordeste; e, em 1977, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social (BAPTISTA, 2005).

Essas mudanças ocasionaram a criação de políticas mais universalistas na área de saúde e a extensão de ofertas de serviços básicos. Por outro lado, o setor privado passou a favorecer-se dos investimentos na área social, de forma que, na década de 1970 o FAS investiu boa parte de seus recursos na expansão do setor hospitalar, dos quais 79,5% foram para o setor privado e 20,5% para o público. Cresceram também os convênios com a rede privada e a medicina de grupo como opção de atendimento à população. Tal situação vai ser duramente criticada pelo Movimento de Reforma Sanitária, que passa a exigir a universalização do direito a saúde, a unificação dos serviços prestados pelo INAMPS e MS e a integralidade das ações deste âmbito (BAPTISTA, 2005).

Assim, a política de saúde brasileira caminha, até a década de 1980, evidenciando um constante movimento de disputa entre dois projetos distintos, um de universalização e outro de privatização da saúde. Esse embate fortaleceu as ações do Movimento de Reforma Sanitária e da participação

popular nos espaços de lutas e discussões acerca da reforma da saúde, dando origem a um sistema único em um contexto de reabertura política e democrática.

De acordo com Bettiol (2006), a década de 1980 redesenhou a saúde mundial. No Brasil, impera um clima de redemocratização e ao mesmo tempo instaura-se um período de crise política, social e institucional, sendo a previdência a parte mais afetada. A saúde vivencia um momento de abandono e ainda é marcada pelo surgimento de novas doenças, a exemplo da Aids.

As condições de vida da maior parte da sociedade deterioravam-se, com repercussão nas doenças ligadas a questão social [...] Dessa forma, agrava-se a crise do Estado, porque não foi capaz de atualizar a estrutura estatal brasileira, em confronto com países desenvolvidos e capitalistas (BETTIOL, 2006, p.49).

Os movimentos sociais renascem das cinzas e o Movimento de Reforma sanitária se fortalece ao mesmo tempo em que serviços privados criam restrições para atender o setor público. O neoliberalismo passa a ganhar impulso, sendo instaurada uma política de contenção de gastos e benefícios. Iniciam-se as críticas ao modelo assistencial vigente com base na assistência técnica-hospitalar e no reforço da medicina social.

A saúde, nessa década, contou com a participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor, contribuindo para um amplo debate que permeou a sociedade civil (BRAVO, 2006, p.95).

Neste contexto, surge como estratégia para a reformulação do setor saúde o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, (Prev-Saúde), que previa a extensão nacional do Pias, fortalecendo a inserção de uma infraestrutura básica de saúde pública nas comunidades com até 20.000 habitantes.

O Prev-Saúde visava, na mesma medida, dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecesse, em quantidade e qualidade, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, tendo como meta a cobertura de saúde para toda a população até o ano 2000 (BAPTISTA, 2005, p. 27).

Porém, boa parte destas estratégias acabou não sendo incorporadas pelo governo, em virtude da resistência intraburocrática do INAMPS, da oposição do setor médico-empresarial e de pressões oriundas do campo da medicina liberal e do setor privado contratado. Mesmo assim, considera-se que estas introduziram o reformismo nas discussões estatais sobre saúde, de forma que possibilitou o acionamento de outros mecanismos de reformulação, dos quais se destaca a formação do Conselho Consultivo e Deliberativo de Administração da Saúde Previdenciária, em 1981, criado para buscar respostas para as causas da crise na previdência. Este identificou distorções e uma série de irregularidades no setor, revelando a rede de saúde financiada pelo INAMPS como ineficiente, desintegrada e complexa.

A partir desta constatação, foram elaboradas estratégias para reestruturação do setor saúde como a criação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), posteriormente denominado Ações Integradas de Saúde (AIS), que simbolizou a universalização, a integração e a racionalização dos serviços públicos da área; da Programação e Orçamentação Integrada (POI), a fim de programar o orçamento da saúde; além do Programa de Racionalização Ambulatorial (PRA), para estabelecer hierarquia de prioridades assistenciais entre postos de assistência médica e conjunto de consultórios privados e credenciados; e do Sistema de Assistência Médico-hospitalar da Previdência Social (SAMHPS), para controle de recursos do setor privado com introdução de um instrumento gerencial e de pagamento de contas hospitalares baseadas em procedimentos médicos cirúrgicos e Autorização de Internação Hospitalar (AIH), instrumento que ainda hoje é utilizado, tendo sido congregado ao setor público em 1991.

No ano de 1985 as AIS foram retomadas promovendo junto com uma nova POI a reformulação do sistema de saúde na lógica unificada, num contexto em que integrantes da Reforma Sanitária passam a exercer cargos importantes em âmbito nacional (BAPTSTA, 2005).

Em 1986 o Ministério da Saúde convoca técnicos, gestores e usuários dos serviços de saúde para a 8ª CNS, considerada um divisor de águas, um marco na história da saúde no Brasil. Esse fato deve-se a ampla participação popular, tendo em vista que o evento contou com cerca de 5.000 pessoas representantes dos mais variados segmentos sociais. Também se destaca a

metodologia adotada que promoveu debates nas três esferas (municipal, estadual e federal), mobilizando a sociedade. Nesta Conferência se afirmou a promoção da saúde com participação social e intersetorialidade, ultrapassando a análise setorial e sugerindo não só um sistema único, mas uma reforma sanitária, propostas aprovadas por unanimidade. De acordo com Escorel; Bloch (2005, p. 97),

A 8ª CNS inaugura, sem base legal, um processo de participação da sociedade civil nas deliberações sobre a política de saúde, que será ampliado, aprimorado e regulamentado nas conferências posteriores. Embora tenha sido realizada antes da existência do SUS, o Relatório Final da 8ª CNS constituiu o pilar fundamental da proposta de Reforma Sanitária do SUS, debatido e aperfeiçoado pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que elaborou o texto que seria incorporado como o capítulo da saúde na Constituição Federal de 1988.

O relatório desta Conferência serviu tanto para pressão política como de base para a discussão na Assembleia Constituinte de 1987/88, sendo reconhecido como documento de expressão social.

Apesar disso, as propostas da Conferência não foram postas em prática de imediato. O primeiro passo foi à implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), considerado uma estratégia ponte para o Sistema Único de Saúde (SUS), com o qual conseguiu se avançar na descentralização do orçamento, permitindo a autonomia dos estados na programação de atividades para o setor, promovendo a hierarquização, regionalização e universalização da saúde, retirando do INAMPS o poder centralizado.

Ao mesmo tempo em que era implantado o SUDS, o debate acirrado da constituinte ocorria com resistência por parte dos prestadores de serviços privados do setor saúde e da medicina previdenciária, além de conflitos entre reformistas do Ministério da Saúde e reformistas da Previdência.

Em virtude da crise política social e institucional da época, o SUDS apresentou dificuldades de operacionalização das mais variadas origens como: interferências políticas nos níveis municipais, atraso no repasse de recursos do Estado para municípios, crescimento da burocracia local e entraves no

funcionamento dos Conselhos de Saúde, dependendo sempre de acordos políticos com o poder central. Porém, esses fatores não conseguiram barrar a aprovação do SUS e de seus princípios na constituinte, mas impediu a definição de algumas políticas essenciais ao seu funcionamento, como é o caso do financiamento e da regulação do setor privado, o que se buscou definir em leis específicas e portarias do Ministério da Saúde.

A Constituição Federal de 1988 inseriu a saúde no contexto da seguridade social. Criou uma estrutura de proteção abrangente, justa, equânime e democrática, rompendo, definitivamente, com o padrão político anterior, considerado excludente e com base no mérito, afirmando o compromisso com a democracia. Através da Constituição, a saúde passa a ser reconhecida como direito de todos e dever do Estado, devendo ser assegurada por políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos e de uma política setorial de saúde para garantir acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da mesma (FERNANDES; MAIA, 2004).

De acordo com Bravo (2006), o processo da constituinte e a promulgação da Constituição de 1988 juridicamente significaram a promessa de extensão dos direitos sociais em meio à crise e enormes índices de desigualdade, buscando corrigir injustiças históricas para com a sociedade. No texto da Constituição os serviços de saúde passam a ser compreendidos como de relevância pública, a necessidade da criação do SUS é reconhecida, assim como a participação complementar do setor privado e a proibição de comercialização de sangue e seus derivados.

Data-se deste período também a instituição do dia 1º de Dezembro como “Dia Internacional de Luta Contra a Aids” pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a fim de mobilizar todo o mundo para a prevenção do HIV/Aids.

Apesar de no texto constitucional estarem contidos grandes avanços com relação à saúde, uma questão mereceu destaque na imprensa no período: “o controle da qualidade de sangue e seus derivados” por envolver setores fortes da indústria e se relacionar aos debates em torno da Aids, legitimando o poder público a fechar os bancos de sangue, pois,

A crescente epidemia, que fazia suas primeiras vítimas no país, atingia em especial crueldade os hemofílicos – que dependiam de transfusões de sangue regulares. [...] foi grande o impacto causado pelos primeiros casos confirmados de contaminação pelo HIV entre os hemofílicos, causados por sangue contaminado (RADIS, 2008, p.22).

Apesar dos artigos 196 a 200 da Constituição trazerem a consolidação de pontos trabalhados pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, foram necessários dois anos para que se promulgasse a Lei nº 8.080, de setembro de 1990, originária do SUS e que visava regulamentá-lo e definir mais detalhadamente seus objetivos e atribuições, além de aprofundar a questão do financiamento, da regulação do setor privado, da descentralização, da participação popular, entre outros. O então presidente José Sarney só enviou-a para o Congresso no fim de 1989 e essa só foi votada quando Fernando Collor de Melo já estava no poder. Este tinha uma postura contrária aos princípios do SUS e, utilizando-se do veto presidencial, obstruiu a implementação desta Lei principalmente no que se refere ao financiamento e a participação popular na saúde (FERNANDES; MAIA, 2004).

O movimento popular, inconformado com o texto final da Lei nº 8.080, contribuiu para a elaboração de outra lei, a nº 8.142 de dezembro de 1990. Nesta, foram definidos papéis e demarcados espaços para a participação popular na saúde, formando estas duas leis a Lei Orgânica da Saúde (LOS).

A LOS definiu o Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios e diretrizes, espaços, papéis, responsabilidades e critérios de financiamento. Aliás, foi no espaço jurídico-legal que a ideologia da Reforma Sanitária obteve uma significativa repercussão (FERNANDES; MAIA, 2004, p. 35).

De acordo com a Lei nº 8.080/90, o SUS apresenta como princípios: a universalidade, compreendida como o acesso de todos independente de contribuição e de nível financeiro aos serviços de saúde, consistindo no grande diferencial e ao mesmo tempo no grande desafio em virtude das desigualdades existentes na população do país; a integralidade, adotando uma visão do indivíduo como um todo, assistido nas suas necessidades individuais e coletivas; a equidade, que compreende a prestação de serviços de saúde para

todos, observando as desigualdades existentes; correspondendo ao princípio da flexibilidade, do controle público e da transparência no processo de tomadas de decisões, tendo como meta a redistribuição do poder que ocorre quando órgãos centrais do Estado possuem o mínimo de poder para desenvolver suas próprias atividades; e a participação popular, estratégia capaz de assegurar o direcionamento de práticas políticas para o interesse do povo na gestão pública do SUS.

Além dos princípios elencados, o SUS apresenta duas diretrizes de importância fundamental: a regionalização e a hierarquização dos serviços de saúde. Estas consistem em reconhecer a existência de diversos graus de complexidade nos conjuntos de problemas de saúde do país e, assim, determinar estratégias para utilização de recursos, observando as proporcionalidades necessárias a cada nível de atenção, organizando o território e a relação existente entre frequência e complexidade da demanda.

Porém, a descentralização, apesar do caráter inclusivo, provocou uma universalização excludente por causa da pressão pelo aumento da demanda sem aumento de recursos financeiros, uma estratégia de governo para desorganizar e desgastar a imagem do SUS. A integralidade não tem ocorrido de fato, por pressupor uma rede organizada de serviços que permita a oferta de atenção necessária e um sistema de referência e contra-referência e a equidade tem sido um dos princípios mais feridos por prescindir de um conjunto de estratégias para redução ou minimização das desigualdades sociais e regionais da população (BAPTISTA, 2005; BETTIOL, 2006; FERNANDES; MAIA, 2004).

Com relação à descentralização, concordamos que a mesma tem se configurado como contra-reforma e, apesar de ser favorável a ambientes democráticos, não lhe é exclusivo, estando associada à privatização em uma leitura neoliberal e a construção da cidadania numa leitura social democrata (BETTIOL, 2006). Para a descentralização se efetivar como tal deve compreender: atenção às demandas de grupos minoritários; educação para a cidadania; participação dos cidadãos no controle e gestão do governo e na tomada de decisões, o que não vem ocorrendo em nosso país, de forma que a descentralização tem se configurado mais como delegação, desconcentração e devolução de atividades, desresponsabilizando o Governo Federal, tendo em

vista que esta prescinde da participação popular, através da formação dos conselhos sem os quais este processo não é legítimo (FERNANDES; MAIA, 2004).

Podemos assim perceber que não é simples colocar em prática uma política tão abrangente como o SUS, considerado a principal proposta de cidadania do Brasil. Cabe aqui registrar que o SUS é fruto de um processo político complexo e que envolveu a sociedade civil, as instituições de ensino e pesquisa e o próprio Estado, necessitando também da articulação destes para ser posto em prática. Concordamos com Baptista (2005, p. 37) quando afirma que,

Em uma análise ampliada da política e de todas as estratégias adotadas visando à operacionalização do SUS é possível identificar alguns desafios que se apresentam de forma constante, desafios que revelam as heranças deixadas pelos anos de autoritarismo, centralização decisória e prática clientelista no Brasil e reproduzidas na burocracia institucional da saúde e nas práticas dos serviços da saúde, quiçá no imaginário social.

Além das Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, no âmbito da legislação, destacam-se as Normas Operacionais Básicas (NOBs), elaboradas para orientar e disciplinar a implantação da descentralização da saúde, das quais merecem destaque as NOBs de 1993 e 1996.

A NOB-SUS 1993 teve caráter inovador, por desenhar um novo foro de negociação e deliberação pactuando governo federal, estadual e municipal a partir da institucionalização das Comissões Intergestores Bipartites e Tripartites e que promove no ano de 1994 o incentivo a expansão do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), criado desde o fim da década de 1980, e a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), estratégias do Ministério da Saúde para a modificação do modelo atual de atenção à saúde (FERNANDES; MAIA, 2004).

Posteriormente, foi elaborada a NOB-SUS 1996 que promoveu um avanço no processo de busca de autonomia para estados e municípios, definindo novas modalidades de gestão e também redefinindo competências e

responsabilidades para gestores de cada esfera e formas de repasse financeiro (BETTIOL, 2006).

É também através dessa norma que surge o Piso da Atenção Básica (PAB), direcionado ao fortalecimento da atenção básica no país, o que promoveu mudanças na saúde pública brasileira, abrindo espaços para a ênfase na prevenção, ressaltando a necessidade de vigilância constante à saúde (BETTIOL, 2006).

Apesar das leis e normas elaboradas convergirem para a efetivação dos princípios do SUS, na década de 1990 as estratégias elaboradas para a sua efetivação aparecem permeadas pela ideologia neoliberal, baseadas na focalização, precarização e privatização dos serviços, visando à contenção de gastos por parte do Estado. Conforme ressalta Bravo(2006, p. 100), neste período,

[...] o Estado desviou-se das suas funções básicas ao ampliar sua presença no setor produtivo, colocando em cheque o modelo econômico vigente [...] O Estado deve deixar de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social para se tornar o promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas.

Com a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2002, o país vê a possibilidade de resgatar o SUS pensado pelos sanitaristas na década de 1980, porém o que se percebe após aproximadamente sete anos de governo é a permanência da política macroeconômica da década de 1990 e a subordinação da política de saúde à lógica do mercado, proporcionando a segmentação desta, das políticas que compõem a Seguridade Social, apesar de no plano do atual governo a saúde ser compreendida no contexto dos direitos sociais.

O atual governo, entretanto, apesar de explicitar como desafio a incorporação da agenda ético-política da reforma sanitária, pelas suas ações, tem mantido a polarização entre os dois projetos. Em algumas proposições, procura fortalecer o primeiro projeto e, em outras, mantém o segundo projeto, quando as ações enfatizam a focalização e o desfinanciamento (BRAVO, 2006, p. 102).

O governo Lula apresenta traços inovadores e de continuidade em relação à política instaurada na década de 1990. Entre os traços inovadores estão: o retorno da concepção de Reforma Sanitária abandonado na década de 1990; a escolha de profissionais comprometidos com a saúde para ocupar o segundo escalão do Ministério e a modificação da sua estrutura criando quatro secretarias e extinguindo três; a participação do ministro da saúde nas reuniões do Conselho Nacional de Saúde; a escolha de um representante da Central Única dos Trabalhadores (CUT) para assumir a secretaria executiva do Conselho Nacional de Saúde e a convocação da 12ª CNS, que foi realizada em 2003 (BRAVO, 2004).

Em relação aos traços de continuidade destacam-se: a ênfase na focalização, através da Estratégia Saúde da Família (ESF), com a implantação de Unidades Básicas de Saúde (UBSFs) nas comunidades mais carentes; a precarização e terceirização dos recursos humanos e o desfinanciamento com a proposta de desvinculação da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) da receita do setor saúde e a utilização de recursos da Seguridade Social para garantir o *superávit* primário das contas públicas.

O que se percebe no atual governo é que há uma perpetuação dos princípios fundamentais que nortearam a economia brasileira na última década. Os elementos de continuidade podem ser visualizados pela política cambial volátil, contratação de investimentos produtivos e altas taxas de juros com objetivo de favorecer o capital financeiro (BRAVO, 2004, p. 36).

Apesar da eleição recente da presidente Dilma Rousseff não nos permitir uma análise concisa dos rumos da saúde pública brasileira nos próximos anos, podemos afirmar que esta vem dando continuidade a política de saúde desenvolvida no governo Lula, em um contexto de grande crise no referido setor, ocasionando o descumprimento inclusive de acordos internacionais a exemplo da redução da mortalidade materna e infantil.

Assim, podemos constatar, no século XXI, o desmonte dos direitos garantidos por lei, sobretudo do direito a saúde, o que denota um retorno às estruturas de saúde presentes no século passado em um contexto em que a Reforma Sanitária perde a disputa para o projeto vinculado ao mercado e os

valores solidários que pautaram a formulação da Constituição de 1988 são substituídos por valores individualistas que remetem o SUS aos pobres. Confirmando essa constatação, Bravo (2006, p. 101), ressalta que

A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender as populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da vinculação da fonte com relação ao financiamento.

Desta forma, podemos concluir que, apesar do avanço que o SUS representa, as tentativas de ajuste e estabilização da nossa economia, iniciadas na década de 1990, perduram até o momento atual e sacrificaram as classes sociais menos favorecidas, deixando sintomas que fragilizaram este sistema de saúde, de forma que, apesar das estratégias traçadas, não se consegue de fato efetivar a proposta do SUS como consta na lei.

Uma questão interessante e que não pode ser desconsiderada, refere-se à possibilidade que este novo modelo de atenção à saúde, trouxe de estruturar novas concepções e práticas de trabalho privilegiando a educação em saúde, trabalhando junto a grupos prioritário dos quais podemos destacar: o de idosos, planejamento familiar, saúde mental, hipertensos e diabéticos, gestantes entre outros, através de suas inúmeras estratégias, pois como podemos observar

A lógica do sistema de saúde brasileiro sempre pôs no seu comando o superespecialista e o hospital ultra especializado. O novo farol deve ser a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde das famílias, para que elas possam ter autonomia e coresponsabilidade no cuidar de sua própria saúde (SOBRINHO; CHIESA; SOUSA, 2002, p.39).

Dentro desta dimensão de trabalho destacam-se algumas estratégias de enfrentamento das DST/Aids, a exemplo do aconselhamento, que foi descentralizado dos Serviços de Atenção Especializada (SAEs) e Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) para a Atenção Básica de forma a atingir toda população, inclusive as gestantes, com objetivo de prestar apoio

educativo, emocional e orientar acerca da adoção de práticas sexuais seguras, buscando, com ênfase na autonomia do sujeito, diminuir a incidência da contaminação pelo vírus HIV e transmissão vertical, além de proporcionar melhor qualidade de vida aos portadores da Aids.

Porém, é necessário destacar que, no caso da Aids, os serviços especializados e de tratamento clínico são de suma importância para a garantia da qualidade de vida e sobrevida dos pacientes, possibilitando a estes um atendimento de qualidade.

Contudo, as tentativas de desmonte dos direitos garantidos em lei atingem a política de enfrentamento a Aids, principalmente no que se refere à fragilização destes serviços e a gratuidade e universalidade da terapia medicamentosa de combate a doença, tais tentativas são justificadas, sobretudo, pelos gastos que o tratamento das pessoas que vivem com HIV/Aids proporcionam aos cofres públicos.

Sobre a epidemia da Aids e seus impactos na saúde da população brasileira, bem como sobre as estratégias criadas ao longo dos anos para o enfrentamento da doença e da transmissão do vírus HIV discorreremos no item que se segue.

3.2 O surgimento da Aids no mundo, no Brasil e na Paraíba: histórico, epidemiologia e tendências

A Aids, que se constitui em um conjunto de sintomas caracterizados pela destruição do sistema imunológico humano, transmitida pelo HIV, surgiu nos Estados Unidos no final da década de 1970. A doença foi interpretada como um banho de água fria na revolução comportamental que se desenrolava no mundo e impulsionou transformações na vida das pessoas tanto no âmbito familiar, afetivo e sexual, como também nos âmbitos social, econômico e político (PINEL; INGLES, 1996).

Sua identificação ocorreu quando começou a surgir em homens jovens, anteriormente saudáveis e com práticas homossexuais, doenças muito raras que até então se manifestavam em pessoas idosas e imunodeprimidas, como um câncer dos vasos sanguíneos, o *sarcoma de Kaposi*, e uma pneumonia

causada por um microorganismo chamado *Pneumocystis carinii*. Ao desviar-se deste padrão e atingir outras camadas da sociedade, a Aids se constituiu em um dos maiores desafios científicos, individuais e sociais enfrentados pela humanidade.

O aparecimento da Aids no Brasil coincidiu com o fim de vinte anos de ditadura militar e o início da reabertura democrática, sendo um período marcado por grande protagonismo de movimentos sociais e da luta pela efetivação dos direitos sociais. No país, o primeiro caso foi identificado em 1980, sendo notificado apenas no ano de 1982, ano em que também ocorreu o primeiro registro da doença dado pela imprensa.

Boa parte das primeiras matérias da mídia local em relação à epidemia, tinham ligação direta com fontes norte-americanas o que influenciou sua forma de abordagem e consequentemente o imaginário social que relacionava a Aids a noção da homossexualidade, comportamento sexual e grupos de risco.

Assim, a doença surgiu em meio a uma onda de preconceitos que se espalhou pelo mundo em decorrência do desconhecimento da mesma, sendo constante o uso, pela imprensa, de termos como “câncer gay” ou “síndrome da ira de Deus”. A doença é inicialmente vista como um castigo divino sobre as pessoas que possuíam comportamento sexual considerado “desviante”, como se esta pudesse ter uma preferência sexual.

As reações imediatas da sociedade e do governo brasileiro, com relação ao HIV/Aids, foram condicionadas por circunstâncias culturais, socioeconômicas e políticas da época. A primeira reação frente à nova doença foi de descaso e preconceito em relação aos acometidos pela mesma. Segundo Bastos (2006, p. 46):

A crise da Aids, na sua estreita associação com temas tabus para qualquer agenda conservadora, como o homossexualismo ou o consumo de drogas, confrontou os governos conservadores com dilemas complexos, enfrentados por eles, o mais das vezes, por meio da negação.

Além dos danos físicos causados pela doença, os portadores do HIV/Aids foram vítimas do fenômeno que ficou conhecido como “morte civil”. Muitas pessoas, no início da epidemia, foram dispensadas de seus empregos e

sofreram com a estigmatização, o desrespeito a seus direitos fundamentais, além de constrangimentos diversos.

Porém, o que parecia ser uma caminhada de retorno ao conservadorismo transformou-se em uma histórica luta contra o preconceito, apontando caminhos para a solidariedade e trazendo à tona problemáticas como: a relação de poder entre homens e mulheres e comportamentos normais e desviantes, substituindo culpa e vergonha por conscientização e desmistificação, fazendo surgir concepções como a de “sexo seguro” como alternativa de prática sexual sem risco de contaminação, indo de encontro à cultura ocidental, passando o sexo a ser visto no contexto da responsabilidade compartilhada, na qual avaliações de riscos e proteção passaram a se fazer presentes.

Para que estas modificações ocorressem, foi de extrema importância à mobilização da sociedade civil e o surgimento, na década de 1980, das ONGs/Aids, que exigiam do governo, através de inúmeras mobilizações, tratamento digno, respeito aos direitos dos portadores do HIV e o combate à epidemia da Aids (LOPES, 2005).

De acordo com Galvão (2000) as organizações da sociedade civil com atividade em HIV/Aids, fazem parte de um conjunto de iniciativas da sociedade civil brasileira no combate a esta epidemia. Diferente do contexto que cercou a formação de outras ONGs brasileiras que surgiram no período militar, com base na clandestinidade, as ONGs/Aids surgiram no período de redemocratização do país e buscavam visibilidade total de seus atos.

O impulso da sociedade civil fez com que as forças governamentais assumissem sua responsabilidade com relação a Aids. Surge assim o Programa de Aids do estado de São Paulo, o primeiro do país, este impulsionou a criação, já no ano de 1986, do Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids), hoje referência internacional, que prevê a distribuição de forma gratuita do coquetel anti-retroviral com base na lei nº 9.313, do deputado José Sarney.

Cabe destacar que o Brasil adotou iniciativas relevantes em relação a países em desenvolvimento no que se refere à construção de uma política nacional de prevenção e assistência aos acometidos pela Aids, promovendo discussões acerca da produção de medicamentos antiretrovirais em âmbito

nacional, criando serviços específicos como: Hospitais-dias (HD), Serviços de Assistência Especializada (SAEs), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs), Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADTs) e atendimentos alternativos em nível ambulatorial e hospitalar. Conforme afirma Galvão (2000, p.180),

A AIDS possibilitou a ampliação do diálogo sobre as abordagens médico- terapêuticas no tocante a uma doença, demonstrando que aquilo que cada cultura classifica como crença, tabu, sexualidade, poder, saúde, estigma e religiosidade pode marcar e determinar os caminhos da história natural de uma epidemia, além de, como no caso da epidemia de HIV/AIDS, ser também responsável pelo desenvolvimento de uma diversidade de iniciativas tida como sem precedentes no enfrentamento da doença.

Essas conquistas só foram possíveis por este movimento ter se originado no bojo da Nova República e da Reforma Sanitária, em consonância com a formação do SUS, tendo à frente do PN-DST/Aids, a microbiologista Lair Guerra, além da contribuição de intelectuais, que adquiriram o vírus da Aids, como o sociólogo Herbet de Souza, o Betinho e Herbert Daniel que buscaram colocar a prevenção e a assistência aos doentes numa visão democrática em um período que compreendia o fim da ditadura política e a luta pela democracia ampliada (LOPES, 2005).

...as proposições, ideias e análises que, embora não fossem homogêneas, assemelhavam-se pela dissociação que faziam entre Aids e punição, pela defesa das liberdades dos indivíduos e grupos mais afetados, pela crítica às ações discriminatórias e mistificadoras e pela defesa da necessidade de maciço investimento estatal e comunitário na superação da epidemia (GÓIS, p. 171, 2000).

Para melhor ilustrar a trajetória da Aids no Brasil de forma resumida, Parker (1997) divide o legado da epidemia em quatro períodos nos quais se inter cruzam aspectos, políticos, sociais e econômicos.

O primeiro período, data-se do ano de 1982 com o surgimento dos primeiros casos de Aids e a emersão do programa inicial de mobilização na cidade de São Paulo, indo até o ano de 1985, quando surgem as ONGs/Aids,

que pressionaram junto com programas estaduais e municipais de Aids por uma resposta do governo federal, resultando no PN-DST/Aids. Este pode ser compreendido dentro do período de abertura política, com eleição de uma oposição aberta ao diálogo e a responder às preocupações da sociedade civil em nível estadual, enquanto em nível federal ainda imperava a ditadura.

Já o segundo período, compreende os anos de 1986 a 1990, sendo marcado pela abordagem pragmática e técnica da epidemia e pelas várias ações da sociedade civil, a fim de superar a negação que havia caracterizado o período anterior, bem como das ONGs e de diversas ordens religiosas na luta contra a Aids. Este período relaciona-se ao espírito de Sarney e a gradual redemocratização do Brasil, apresentando uma lenta transformação da máquina estatal, para superar a herança do período autoritário sem perder poder e hegemonia.

O terceiro período refere-se aos anos de 1990 e 1992. As eleições para presidente depois de mais de 20 anos de ditadura, revelaram a fragilidade das conquistas da década de 1980. Quase todos os elementos-chave do PN-DST/Aids foram suspensos no período Fernando Collor, sendo a marca registrada deste, o sentimento de “pesadelo” vivendo “um tempo fora de tempo”, o que é superado com saída de Collor do poder.

O quarto e último período vai de 1992 aos dias atuais, sendo constituído pela reorganização do PN-DST/Aids no Ministério da Saúde e pelo esforço concentrado em todas as partes para trabalhar em conjunto com as ONGs e Universidades, a fim de construir uma resposta nacional à doença. Seu marco foi a afirmação de um contrato com o Banco Mundial que promoveu melhorias na política de DST/Aids do país, mas, não resolveu problemas sérios como a inconsistência na distribuição de medicamentos e a incapacidade de responder aos riscos enfrentados por uma variedade de populações vulneráveis. Contudo, tal fase será marcada por um sentimento de crescente maturidade na busca de soluções para os problemas sociais e econômicos com que a nação se defronta.

Ao mesmo tempo em que a luta por um tratamento digno aos doentes de Aids ganhava impulso no país, no mundo inteiro descobertas científicas contribuíam para o conhecimento da doença e descoberta de medicamentos para combater sua sintomatologia.

A denominação “Aids” surgiu em 1981, sendo adotada pelo Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos que a chamou de síndrome, por se tratar de um conjunto de sinais e sintomas, imunodeficiência, por debilitar o sistema imunológico, e, adquirida pelo fato de ser causado por um agente externo. Já em 1983 no Instituto Pasteur na França, foi descoberto o vírus transmissor da doença, porém, foi o pesquisador Robert Gallo, do Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos, quem primeiro publicou a descoberta. A co-autoria foi admitida e o vírus causador da Aids ficou conhecido como HIV (PINEL; INGLES, 1996).

Uma das grandes evoluções científicas relacionada à Aids refere-se ao surgimento do teste ELISA, que foi celebrado em todo mundo pela possibilidade de reconhecer a presença do HIV no organismo humano mesmo sem a aparição de sintomas e que chega ao Brasil em 1987. Porém, este teste não se mostrou tão eficaz, podendo reagir em pessoas não infectadas e não reagir em pessoas infectadas, gerando falsos positivos ou falsos negativos. Por isso, o surgimento de testes mais específicos foi essencial para um diagnóstico preciso.

A primeira droga destinada a quebrar a cadeia do vírus HIV, o AZT, surge no final da década de 1980, porém o que conhecemos como coquetel anti-retroviral (ARV) só vai surgir no ano de 1996 na II Conferência Internacional sobre Aids realizada em Vancouver (Canadá). Formado pela combinação de três drogas destinadas a conter a reprodução do vírus o coquetel anti-Aids é, ainda hoje, a primeira opção para o tratamento dos portadores do vírus transmissor da doença, apesar de causar diversos efeitos colaterais.

Apesar dos avanços científicos, com o passar dos anos mudanças epidemiológicas vão se evidenciando. A doença passa e se apresentar de forma mais significativa nas camadas sociais menos favorecidas e entre as mulheres, gerando os fenômenos de pauperização e feminização da Aids, rompendo com o pensamento de que a Aids era uma doença de drogados, prostitutas e homossexuais.

A Aids alcançou dimensão nacional e não se restringe mais aos grandes centros urbanos. Atinge mais da metade dos

quase 5.000 municípios brasileiros, com disseminação nos anos mais recentes em municípios pequenos, que são mais pobres e apresentam menores rendas *per capita*. Tornando-se então difícil nestes municípios de pequeno porte, a implementação de ações no nível dos serviços de saúde, pois requer um investimento do setor público municipal, que muitas vezes não está sensível ao problema (ARAÚJO, 2005, p. 22).

De acordo com Patriota (2003), a epidemia apresentou três fases distintas: a primeira é caracterizada pela infecção em homossexuais masculinos com alto grau de escolaridade; a segunda é caracterizada pelo aumento de casos em usuários de drogas injetáveis, diminuição da faixa-etária e aumento dos casos em heterossexuais; e a terceira e atual fase caracteriza-se pela maior contaminação em heterossexuais, especialmente do sexo feminino.

Essas mudanças com relação ao público afetado pela doença são justificadas pela desigualdade de gênero existente no país, o pouco acesso à educação formal e pela fragilidade dos serviços de saúde que deixam a população cada vez mais vulnerável, sendo esta vulnerabilidade compreendida como a falta de autonomia do indivíduo, sendo o comportamento individual o determinante final da vulnerabilidade com relação à infecção pelo HIV. Referindo-se a este aspecto Paulilo, (1999, p. 13) acrescenta que,

[...] insuficiência de serviços básicos de saúde, da inadequação de habitações, da desnutrição, do desemprego, dos baixos salários, do aumento da prostituição feminina e masculina como fonte de sobrevivência, do comércio do sangue, por igual razão. São problemas que tornam a população brasileira particularmente vulnerável à doença.

Com relação às mulheres, sua maior vulnerabilidade deve-se a fatores sociais e pessoais, tais como menor acesso à assistência, baixa percepção de risco e menor capacidade de prevenção, baixa auto-estima e elevada emotividade. Porém, essa vulnerabilidade não é reconhecida como tal pela população feminina: A maioria das mulheres não se percebe em risco para o HIV, por isso o diagnóstico nas mesmas costuma ser tardio, o que também retarda seu tratamento. A ideia de que a Aids era doença de um grupo

específico fez com o que a maioria das mulheres heterossexuais, casadas e com parceiros fixos, se sentissem protegidas.

Alguns dados são reveladores dessa realidade: em 1985 estimava-se a infecção de 40 homens para 1 mulher; em 1993 essa estimativa caiu para 5 homens infectados para 1 mulher; chegando, hoje, em algumas regiões, a porcentagem de 1 homem para 1 mulher. Dentre as mulheres brasileiras, a contaminação heterossexual contabiliza 95% dos casos. Conforme Guimarães (2001, p. 21),

O deslocamento da incidência da epidemia nos últimos 15 anos para as camadas socialmente desprivilegiadas, em particular para as mulheres e crianças neonatas, em vez de denunciar um viés antidemocrático ou misógino no vírus na sociedade brasileira, evidencia o caráter estruturalmente diferenciado, desigual e discriminatório das populações atingidas pelo HIV/Aids, bem como a marcante assimetria social e sexual das relações inter e intragênero.

No que se refere à transmissão do HIV a via mais direta para contaminação é o sangue. Em algumas regiões do Brasil estima-se que a transmissão do HIV por compartilhamento de agulhas e seringas, está se equiparando a de países europeus como a França e a Holanda onde mais de 50% das transmissões ocorreram por esta via. O HIV também pode ser transmitido sexualmente, sendo esta forma de transmissão responsável por 63,6% da contaminação em homens e por 91,2% dos casos de Aids em mulheres (BRASIL, 2010).

Considerando o nível de escolaridade como fator socioeconômico, verificam-se também mudanças no perfil da epidemia que apresenta um empobrecimento crescente refletido na diminuição do grau de instrução em ambos os sexos. Apesar de no ultimo Boletim Epidemiológico observarmos uma tendência de aumento da escolaridade entre os indivíduos notificados com Aids no país, especificamente a partir do ano de 1999, as mulheres ainda possuem o menor grau de escolaridade enquanto o número de casos neste segmento cresce a cada ano. (RADIS, 2006; BRASIL, 2010).

Referindo-se a este aspecto da epidemia da Aids Galvão (2000, p. 216) ressalta que,

Conforme vários autores destacam, ela se alimenta das desigualdades, como as de gênero e econômica, afetando, de forma desigual, as populações que vivem situações de vulnerabilidade causada pelos mais diversos fatores, que levam e condicionam a opressão social.

No contexto de evidente feminização da Aids, assume grande relevância a transmissão vertical, que compreende a transmissão do HIV da mulher para seu filho. Esta é responsável por 80% das contaminações de Aids no Brasil em menores de 13 anos. Desde a identificação do primeiro caso de Aids no país, em 1983, foram registrados 12.456 casos de transmissão vertical, com 40% de óbitos. Esse fato pode estar ligado à insuficiência da rede de serviços de saúde local (BRASIL, 1999a; BRASIL, 2010). Compreende-se que a transmissão vertical, a heterossexualização e a feminização da Aids, trazem consequências drásticas a sociedade, como: a desagregação familiar e a orfandade.

De acordo com os últimos dados epidemiológicos da Aids, foram notificados no Brasil, entre 2000 e 2009, 54.218 casos de infecção pelo HIV em gestantes, dos quais 40.999 se concentram nas Regiões Sul e Sudeste, sendo o Sul o destaque aglomerando cerca de, 4,4 casos de HIV em gestantes para cada 1.000 nascidos vivos. Entre os estados brasileiros com maior número de casos em 2009 estão: Rio Grande do Sul (8,5), Santa Catarina (5,5), Paraná (2,9), São Paulo (2,4) e Amazonas (2,4). Sendo a maior parte dos casos concentrados na faixa etária de 20 a 29 anos.

Das crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV, 15 a 30%, adquirem o vírus na gestação, durante o parto ou no trabalho de parto e na amamentação. A rota para transmissão do vírus verticalmente é: intra-útero, trans-placentária pela circulação materna, intraparto pela ingestão do sangue ou outros líquidos infectados ou pós-parto via amamentação (NEVES, 2005). A redução da transmissão vertical depende de intervenções direcionadas a todas as mulheres e crianças e de uma assistência de qualidade desde o pré-natal. Conforme documentos oficiais (BRASIL, 2003, p. 23)

A possibilidade de reduzir significativamente a transmissão vertical do HIV com o uso da zidovudina, demonstrada pelo protocolo 076 do *Aids ClinicalTrialGroup*, foi um dos mais relevantes avanços no conhecimento sobre Aids desde a

notificação dos primeiros casos da doença no início da década de 80.

O teste para detecção da contaminação pelo vírus HIV no pré-natal é feito pelo método ELISA, que não permite resultados imediatos, o que inviabiliza o seu uso em parturientes que chegam ao parto sem conhecer sua condição sorológica. Por isso, foram desenvolvidos os “testes rápidos” (“Determine” TM), que permitem a identificação da sorologia em 15 minutos, agilizando a implementação de medidas para a redução da transmissão vertical, mostrando-se específicos, acessíveis, de baixo custo e fácil execução tendo sido distribuídos, a partir 1999, pelo Ministério da Saúde (NEVES, 2005).

Tratando-se da epidemia da Aids, outra grande preocupação, das autoridades de saúde em nível mundial e local e da sociedade civil, consistem o crescimento do número de infecções pelo HIV entre jovens de 13 a 24 anos, que sinaliza o surgimento de um novo fenômeno a juvenilização da Aids.

Conforme o último Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2010) no ano de 2009 foram identificados 3.398 casos de Aids em jovens nessa faixa etária, sendo a taxa de detecção de 8,3 casos por 100.000 habitantes. Dos casos notificados 1.875 são do sexo masculino e 1.523 do feminino. A razão de sexos, que era de 37 homens para cada 10 mulheres em 1990, caiu para 11 homens para cada 10 mulheres em 1998, culminando com a inversão dessa razão no ano 2000, de 09 homens para cada 10 mulheres. No entanto, percebe-se que entre 2007 e 2009, os jovens do sexo masculino voltam a ter maior participação nestes casos de Aids.

Apesar das estratégias adotadas para o enfrentamento da Aids no Brasil, das quais se destacam o oferecimento do exame sorológico, a distribuição gratuita de antiretrovirais e a prática do aconselhamento, existem dificuldades para identificar pessoas soropositivas, tal fato deve-se principalmente as deficiências do sistema de saúde, ao preconceito existente em torno da contaminação pelo HIV e às próprias características do vírus, que pode permanecer de forma silenciosa no organismo do indivíduo sem apresentar sintomas, por muitos anos .

Estima-se que cerca de 33,3 milhões de pessoas, em todo o planeta, estejam infectadas pelo vírus HIV, sendo a maioria dos casos identificados na

África Subsaariana. No quadro baixo podemos identificar a distribuição de casos de Aids no mundo conforme os continentes.

Quadro 1: Total de pessoas infectadas pelo HIV/Aids no Mundo: Distribuição de casos por Continentes

<i>CONTINENTES</i>	<i>TOTAL DE CASOS</i>
Oceania	57 000
Caribe	240 000
Norte da África/Oriente Médio	460 000
Leste Asiático	770 000
Europa Ocidental	820 000
América Latina	1 400 000
Leste Europeu Ásia Central	1 400 000
América do Norte	1 500 000
Sul e Sudeste Asiático	4 100 000
África Subsaariana	22 500 000
TOTAL DE CASOS NO MUNDO	33 300 000

Fonte: Relatório UNAIDS/2010 sobre a epidemia do HIV/Aids.

Assumindo a liderança no tratamento da Aids o Banco Mundial estabeleceu uma nova classificação para a epidemia nos países em desenvolvimento dividindo-a em quatro estágios, sendo estes: **Nascente**, quando menos de 5% do grupos de maior risco estão infectados, conforme ocorre no Chile e em Cuba; **Concentrada**, quando mais de 5% dos grupos de maior risco estão infectados e menos de 5% das mulheres da área urbana que fazem pré-natal estão infectadas, à exemplo do Brasil, Argentina, entre outros; **Generalizada**, quando mais de 5% das mulheres da área urbana que fazem pré-natal estão infectadas, como é o caso da África do Sul e Congo; e **Desconhecida**, caracterizada por locais onde o estágio da doença é desconhecido, como no Afeganistão e Iraque por exemplo.

No Brasil, desde o surgimento da doença até o ano de 2010, foram notificados 492.581 mil casos de Aids, ocasionando cerca de 190 mil mortes.

Atualmente, na distribuição de casos de HIV/Aids por região, o Nordeste ocupa o terceiro lugar no total de notificações, sendo ainda o maior percentual para a região Sudeste. A análise por regiões nos mostra que, entre 1980 e 2010 foram identificados 344.150 casos de Aids na Região Sudeste (58,0% dos casos no Brasil), 115.598 casos no Sul (19,5%), 74.364 casos no Nordeste (12,5%), 34.057 casos no Centro-Oeste (5,7%) e 24.745 casos na Região Norte (4,2%).

A Aids não tem cura, mas o surgimento dos antiretrovirais aumentou em quase doze vezes a média de vida dos portadores de HIV, além de trazer a possibilidade de se evitar que crianças sejam contaminadas desde a gestação, o problema é que das pessoas que possuem o vírus, apenas cerca de um milhão têm acesso ao tratamento, sendo a maioria destes, de países ricos. A principal dificuldade para o acesso a estes medicamentos esta na questão do preço e da patente que se encontra nas mãos de alguns laboratórios.

Porém, para que ocorra a prevenção é preciso ir além da garantia da terapia medicamentosa e do acesso ao exame sorológico de forma gratuita, os quais por si não possibilitam o efeito esperado. Desta forma, o Ministério da Saúde preconiza que uma vez realizado o teste e detectado ou não o HIV, é importante um acompanhamento que permita a pessoa discutir com os médicos e/ou outros profissionais envolvidos no enfrentamento da epidemia os resultados e avaliar seus próprios riscos: é o que chamamos de aconselhamento pré e pós-teste, essencial na prevenção do HIV/Aids.

O aconselhamento por ser uma prática que oferece as condições necessárias para a interação entre as subjetividades, isto é, a disponibilidade mútua de trocar conhecimentos e sentimentos, permite a superação da situação do conflito (BRASIL, 1999b, p.7).

A definição de aconselhamento dada pelo Ministério da Saúde denota a complexidade da incorporação de sua prática pelos serviços de saúde pública, pois, de acordo com documentos oficiais, o aconselhamento configura-se,

[...] como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no cliente, pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao

resgate dos recursos internos do cliente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como ator de sua própria saúde e transformação (BRASIL, 1999b, p.11).

O mesmo é entendido como uma prática preventiva ampla, que vai além da testagem, permeando as ações educativas em saúde, podendo ser desenvolvido em vários momentos da atenção ao usuário, pelas diversas áreas de atuação em saúde inclusive o serviço social, que alindo esta prática aos suas diretrizes éticas e profissionais, pode fornecer ao usuário um espaço para este seja protagonista nas decisões que envolvem os cuidados com a sua própria saúde.

Este apresenta-se centrado em três componentes: apoio emocional, apoio educativo e avaliação de riscos e tem como objetivo reduzir o stress, proporcionar reflexões sobre riscos e adoção de práticas sexuais seguras, além da adesão ao tratamento por parte dos parceiros sexuais e de uso de drogas dos usuários do serviço, destinando-se às pessoas que desejam fazer o teste, que buscam ajuda por situações de risco, bem como, a pessoas com DST's e seus parceiros sexuais.

O destaque dado a esta prática preventiva, deve-se ao fato desta ser utilizada em todos os serviços que prestam atendimento e diagnóstico a pessoas que vivem com HIV/Aids, conforme determinam documentos oficiais do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999a; BRASIL1999b).

Porém, cabe afirmar que as estratégias foram postas em xeque com os entraves trazidos pela política neoliberal a partir da década de 1990, mais precisamente no governo Collor, marcada por uma onda de privatizações e enxugamento dos gastos, atingindo o setor de assistência social de um modo geral, e conseqüentemente, os programas de saúde, passando o PN-DST/Aids por um retrocesso, seguindo o mesmo rumo da política econômica proposta.

Atualmente pouco se houve falar sobre a Aids, isso não se deve ao fato de já haver se conhecido o suficiente sobre o assunto e sim ao fato da epidemia ter se deslocado à população pobre. Hoje, o PN-DST/Aids mantém a distribuição de folhetos informativos através das ONGs e também ações continuadas de educação e prevenção junto a grupos vulneráveis. Essas campanhas que até 1990, adotavam discurso intimidatório e reforçava a discriminação, aos poucos assumem configuração de prevenção e luta contra

discriminação. Entretanto, os gastos apresentados pelo Ministério da Saúde com o PN-DST/Aids estão próximos de 1 bilhão de reais, advindos sobretudo de acordos com organizações internacionais a exemplo do Banco Mundial.

Este fato, ameaça à sustentabilidade do programa brasileiro, pois apesar do Brasil produzir 08 anti-retrovirais genéricos desde 1997 e de procurar negociar a patente dos outros 07, o gasto por paciente tratado com estes medicamentos ainda é muito alto, mesmo assim, o Programa Nacional de DST/Aids, consolida-se no novo século como um exemplo internacional por interligar prevenção e assistência.

O Estado da Paraíba, situado na região Nordeste do Brasil, teve o primeiro caso de Aids identificado no ano de 1985 e segundo dados mais recentes disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde o número de pessoas infectadas vem aumentando a cada ano, tendo sido notificados, desde 1985 até hoje, cerca de 4.762 casos de Aids, chegando o número de óbitos decorrente desta doença a 1.376 até o ano de 2009.

Contra-pondo-se a ideia de grupos de risco, verifica-se nos dados epidemiológicos do supracitado estado uma prevalência de contaminação em heterossexuais, chegando a 2.379 casos, o que demonstra que a expansão da epidemia nas últimas décadas não apresenta preferencia social, econômica ou sexual, estando a população de modo geral sujeita a contaminação pelo HIV.

Das pessoas contaminadas pela doença, 3.180 são homens e 1.582 mulheres, apresentando maior incidência dos casos na população entre 30 e 39 anos, que se encontra em situação econômica e sexual ativa, já no que se refere à população infantil afetada, 78 são do sexo masculino e 76 do sexo feminino, havendo atualmente no estado 524 casos de Aids entre jovens de 13 a 24 anos.

As cidades paraibanas com maior incidência de contaminação do ano de 2007 a 2011 são: João Pessoa com 624 casos, Campina Grande com 121, Santa Rita com 95, Bayeux com 91 pessoas contaminadas, Cabedelo com 45 casos, Patos com 44, Mamanguape com 37 contaminações, Sapé também com 31, Guarabira com 27 e Cajazeiras com 26 contaminações. Verifica-se, mediante os dados apresentados o fortalecimento das tendências de interiorização e pauperização da Aids, estendendo-se dos grandes polos para cidades interioranas e pobres.

Contudo, é de suma importância observar que a Aids também está se disseminando com rapidez em cidades mais desenvolvidas e com maior número de habitantes, apesar de nestas estarem concentrados um número considerável de serviços específicos para atendimentos aos portadores da doença e de serem realizadas anualmente campanhas de sensibilização para a prevenção e diagnóstico da Aids. Como podemos observar, a maior concentração de casos encontra-se em João Pessoa e Campina Grande, sendo o primeiro município a capital do estado, com 674.762 habitantes, e o segundo um dos municípios mais populosos e desenvolvidos do estado, tendo 371.060 habitantes.

De acordo com o último Boletim Epidemiológico da Aids (BRASIL, 2010), João Pessoa está entre as 100 cidades do Brasil com mais de 50 mil habitantes em que a incidência de Aids é crescente. A cada 100 mil moradores da capital da Paraíba 38,9 são portadores do HIV, tal fato pode estar ligado ao aumento do oferecimento gratuito do teste para detecção do vírus transmissor da doença a cada ano, o que propicia à população local a possibilidade de conhecer sua sorologia precocemente.

No município de Campina Grande os primeiros casos de Aids foram notificados em 1985 e desde o ano de 2003 os casos de HIV/Aids vem crescendo consideravelmente, existindo hoje no município 669 casos da doença, a maioria das contaminações, assemelhando-se à tendência apresentada no estado da Paraíba, foram ocasionados pela categoria de exposição sexual, sendo a maioria dos infectados de orientação heterossexual.

Compreendendo o Brasil como um país em desenvolvimento com graves problemas sanitários e gritantes contradições sociais, culturais, e econômicas e, portanto, passível à disseminação de doenças infecciosas como é caso do HIV/Aids e a Paraíba como um dos estados menos desenvolvidos economicamente e socialmente e com graves problemas de saúde pública e, conseqüentemente, apresentando um crescimento do número de pessoas infectadas pelo vírus da doença aqui problematizada, podemos concluir que a Aids Brasileira está vivenciando o ápice do seu processo de pauperização e interiorização.

Os dados epidemiológicos aqui apresentados demandam estudos que busquem decifrar os enigmas que permeiam a contaminação pelo HIV nos

municípios de médio e pequeno porte, considerando, sobretudo, a qualidade dos serviços prestados a população, compreendendo que estes são de suma importância para garantia da prevenção e do tratamento da epidemia.

Feitas estas considerações sobre o histórico, a epidemiologia e as tendências do HIV/Aids no mundo, no Brasil e na Paraíba passaremos a discorrer sobre os serviços de atendimento a pessoas com HIV/Aids, sua forma de funcionamento, bem como sobre os seus impactos na melhoria da saúde da população afetada pela epidemia.

3.3 Os serviços de atendimento e prevenção em HIV/Aids no Brasil e na Paraíba

As políticas públicas compreendem o conjunto de diretrizes e referenciais ético-legais adotados pelo Estado frente a um problema social, configurando-se em uma resposta dada por este, na qual aparecem: a importância que é dada ao problema, seu caráter, os instrumentos para seu enfrentamento, a divisão das responsabilidades para execução de atividades e a adoção de planos de trabalho e/ou programas. Tratando-se da Aids, podemos afirmar que no Brasil, esta caracterizou-se como um problema exclusivo do setor saúde, sendo a elaboração e execução de políticas públicas e a criação de serviços para seu enfrentamento, emanadas majoritariamente deste setor (TEIXEIRA, 1997).

Quando nos referimos aos serviços, sobretudo de saúde, sabemos que estes sofrem as tensões existentes nas próprias políticas públicas brasileiras, incitadas pelos projetos específicos em disputa, a saber, entre o movimento de reforma sanitária e as conquistas constitucionais e o reajuste neoliberal de cunho econômico que promoveu o enxugamento dos gastos com as políticas sociais, gerando precarização nos serviços, sobretudo na década de 1990, passando a optar pela focalização, precarização e privatização das ações para atender a população vulnerável (BRAVO, 2002).

A Situação é ainda mais gritante tratando-se de pessoas cometidas pela Aids, pois, submetendo-se a atendimentos precários, falta de leito na rede SUS, falta de medicamentos, além de superlotação, estas acabam ficando

ainda mais debilitadas dada a extrema gravidade da enfermidade, que reclama conhecimentos que extrapolem o médico ambulatorial, tendo em vista que, a epidemia da Aids envolve problemas de ordem psicológica e sociais, além de diversas expressões da questão social que compõem o processo do adoecer não podendo ser tratada apenas com a terapia medicamentosa.

Deste modo, a disseminação do HIV/Aids no Brasil passa a ser compreendida como diretamente relacionado a questão social, sendo esta entendida como “[...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura [...]” (IAMAMOTO 2007, p. 27).

As políticas adotadas para o enfrentamento da Aids no Brasil, apresentam caráter progressista, porém apoiados em mecanismos frágeis, que podem ser rompidos com facilidade, como ocorreu no período Collor.

De igual modo, percebe-se uma desconexão entre o discurso e a efetivação de atividades para combate da doença. No Programa de Aids de São Paulo, por exemplo, que, pelo pioneirismo e intensa divulgação pública que recebeu tornou-se referência para profissionais de saúde e cidadãos de todo o país por adotar medidas progressistas tanto no discurso como nos referenciais ético, legais e políticos, o que era falado não correspondeu, na maioria das vezes, às ações concretas e proporcionais a dimensão do problema, havendo lentidão na tomada de decisões e implementação de ações, o que era incompatível com a urgência de situações decorrentes da epidemia. Apesar disso, podemos dizer que o marco deste programa foi à luta contra o preconceito e discriminação, conforme afirma Teixeira (1997).

Além da assertiva supracitada, devemos considerar que o caráter progressista observado nas ações da área de saúde, tem estado muito distante da prática nos serviços oferecidos por outros setores, o que dificulta o tratamento da Aids em suas múltiplas faces social, legal, cultural, entre outros.

Importante se faz destacar o papel preponderante das ONGs desde a década de 1980 até os dias atuais no enfrentamento da epidemia da Aids no Brasil, iniciando uma nova tradição ao configurar-se como uma oposição a ausência de respostas governamentais à doença (GALVÃO, 1997), atuando principalmente nos setores preventivo, jurídico e psicológico.

Entre as principais ONGs de destaque no contexto da Aids estão: O GAPA/SP, que inaugura o ativismo em Aids no Brasil; a ABIA/RJ criada em

1986 que buscou desde seu surgimento articulação com políticas de Aids internacionais e o Pela VIDDARJ que foi criado em 1989 e lutava pela valorização integração e dignidade do portador de HIV/Aids.

Verifica-se que no contexto da Aids uma mudança de filosofia ocorre nestas organizações, que deixam de atuar como bombeiros apagando incêndios para trabalhar na área de prestação de serviços e elaboração de projetos específicos de intervenção (GALVÃO, 1997).

Na Paraíba, atualmente, várias ONGs atuam no enfrentamento do HIV/Aids. Três ONGs/Aids vêm desenvolvendo trabalhos de diferentes natureza no município de Campina Grande-PB, são elas: o Grupo de Apoio à Vida, o Centro Informativo de Prevenção e Aconselhamento aos Profissionais do Sexo de Campina Grande (CIPMAC) e a Rede Nacional de Pessoas Vivendo e Convivendo com HIV/Aids de Campina Grande. Estas organizações surgiram com objetivo de promover uma intervenção mais direta na questão, frente ao descaso do governo local quando surgiram os primeiros casos da doença.

A principal finalidade dessas entidades é de envolver a sociedade na luta pelos direitos do cidadão portador de HIV/Aids, combatendo práticas discriminatórias, o preconceito, bem como, informar profissionais do sexo da cidade sobre Aids, além de criar um espaço de socialização de vivências para estas pessoas, visando ajuda mútua.

A intervenção é realizada através de atividades como: grupos de autoajuda, oficinas educativas, assessoria jurídica e psicológica, apoio aos portadores hospitalizados, distribuição de preservativos aos profissionais do sexo da cidade e oferta de cursos profissionalizante, casa de apoio com hospedagem para portadores de outros municípios, ações de geração de renda, assessoria jurídica e psicológica e acompanhamento hospitalar e visitas domiciliares aos portadores de HIV/Aids da cidade (PATRIOTA, 2007). Consideramos que pela extrema relevância do trabalho exercido por estas no combate da epidemia em todo o país, tais instituições sejam parte integrante da política de enfrentamento a Aids.

A coordenação de DST/HIV/Aids, implanta em 1986, que tem como principal objetivo alertar a sociedade para a gravidade do problema, vem aperfeiçoando, a cada ano, estratégias relativas a assistência e prevenção da

Aids. Seguindo o modelo implantado pelo SUS e compreendendo a complexidade da epidemia, entende-se que esta deve ser tratada com base em ações descentralizadas e interligadas. Deste modo, nos anos 1990 as ações em DST/HIV e Aids, passam a ser desenvolvidas em vários níveis da saúde, uma mudança que gerou demandas significativas para gestores estaduais e municipais com relação a Aids.

Em várias publicações oficiais o Ministério da Saúde apresenta diretrizes para a implementação de ações, colocando responsabilidades para as três esferas de governo, bem como, para a sociedade civil, deste modo às ações e serviços destinados ao enfrentamento da doença oferecidos pela rede SUS se organizam de acordo com os níveis primário, secundário e terciário.

O Nível Primário compreende as Unidades Básicas de Saúde porta de entrada do SUS, que prestam orientação aos usuários e encaminhamento para outros níveis de complexidade, promovendo a organização das demandas. Faz parte deste nível de atenção à saúde a ESF, que desenvolve ações preventivas e educativas em saúde.

O envolvimento da atenção básica em saúde no enfrentamento da Aids, tem sido assumida como estratégia para detecção precoce e redução de casos de Aids. A descentralização do teste de HIV/Aids para este segmento é uma proposta do SUS para a reorganização da assistência à saúde, que pressupõe a universalidade e a integralidade.

Na atenção básica, o deslocamento dos profissionais para o domicílio favorece a aproximação com o usuário, fortalecendo as relações afetivas e sociais entre ambos, essencial para desvendar as questões envolvidas com a transmissão do HIV. Podemos assim afirmar que, na ESF, por exemplo, podem-se intensificar ações de promoção à saúde e prevenção do HIV, ao mesmo tempo em que se podem reforçar, junto às pessoas afetadas, seus direitos humanos e civis. De acordo com Abdalla (2007, p. 19)

[...] o *vínculo e a responsabilidade* (vínculo entre equipe do PSF e família), a *resolutividade* (resolver necessidades de saúde dos usuários e famílias) e o *acolhimento* (a capacidade da equipe de solidarizar-se com as necessidades das famílias) são três noções importantes nos serviços de saúde. O acolhimento e o vínculo são como diretrizes operacionais para

a materialização do SUS e são avanços importantes na reorganização dos serviços.

A ESF é um espaço oportuno para realização de ações educativas em DST/HIV e Aids, podendo se configurar como acolhedor, estratégico e privilegiado para realização do aconselhamento, sendo o atendimento um momento adequado para a realização deste, bem como o pré-natal, que no Brasil esta a cargo das Unidades Básicas de Saúde onde estão situadas as equipes da Saúde da Família, por ser o primeiro contato da mulher grávida com a atenção básica, estabelecendo vínculo entre gestantes e profissionais.

No nível secundário estão contidos os serviços específicos ou especializados em DST/HIV e Aids, além dos Centros de Testagem e Aconselhamento e das policlínicas. O nível terciário corresponde a serviços de internação hospitalar e também aos serviços alternativos relativos ao tratamento das patologias decorrentes da Aids. Entre os principais serviços estão os Hospitais Dia (HD) e a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT).

O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), de início intitulado Centro de Apoio e Orientação Sorológica (COAS), foi inaugurado no dia 1º de dezembro do ano de 1995, fazendo articulação com o “Dia Mundial de Luta Contra a Aids”. A mudança de nomenclatura ocorreu em 2001, entrando em consonância com as estratégias e atividades desempenhadas pelo serviço. O objetivo inicial do PN- DST/Aids, era inserir um CTA em todos os serviços que atendem pessoas com DST, HIV e Aids, visando à prevenção primária do HIV, a adesão do paciente ao tratamento, o tratamento de parceiros sexuais e a adoção de práticas preventivas, reconhecendo a importância do aconselhamento, pela necessidade do indivíduo ter um suporte emocional para lidar com sua nova condição, sendo ator ativo de seu processo de tratamento, (BRASIL, 1999b).

Os CTAs são serviços de saúde que realizam ações de prevenção e prestam diagnósticos de DSTs/HIV e Aids gratuitamente. As ações desenvolvidas neste serviço devem primar pela garantia do sigilo das informações referentes aos usuários. Após a realização do teste, seja seu resultado positivo ou negativo, o sujeito deverá ser acompanhado por uma equipe de profissionais de saúde que a orientará sobre resultado final. Quando

os resultados são positivos, os CTA são responsáveis por encaminhar as pessoas para tratamento nos serviços de referência.

No momento em que usuário procura este serviço este deve passar, por uma sessão de aconselhamento individual ou coletivo, a fim de oferecê-lo apoio emocional e esclarecer informações e dúvidas sobre DST e HIV/Aids e, principalmente, ajudá-lo a avaliar os riscos que corre e as melhores maneiras que dispõe para prevenir-se.

As ações neste segmento, entretanto, não se resumem ao aconselhamento e a testagem, outras ações de prevenção devem ser foco deste serviço em articulação com unidades de saúde, trabalhando desta forma intra e extramuros. Este serviço também dispõe de insumos para prevenção, como camisinhas masculinas e femininas, gel lubrificante para profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens e kits de redução de danos para pessoas que fazem uso de drogas a ser distribuído com a população de modo geral.

O primeiro Serviço de Assistência Especializada em DST/HIV e Aids (SAE) surgiu no Brasil no ano de 1994, como estratégia de fortalecimento da rede de tratamento e prevenção da Aids no país. A experiência inicial ocorreu na região sudeste que aglomera o maior número de casos da doença e foi aos poucos se expandindo para outras regiões brasileiras, apresentando, porém a região nordeste o menor número destes serviços (BRASIL, 2008).

O SAE está incluído nos serviços ambulatoriais, os quais realizam ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV/Aids. Tais serviços possuem diferentes configurações institucionais, sendo desde ambulatórios gerais ou de especialidades, ambulatórios de hospitais e unidades básicas de saúde, até postos de saúde e policlínicas. A administração desses serviços também ocorre de diferentes formas, estando vinculados à municípios, estados, União, universidades, organizações filantrópicas e Organizações Não Governamentais conveniados ao SUS.

O SAE tem como principal objetivo prestar um atendimento integral e de qualidade aos usuários, através de uma equipe multidisciplinar de profissionais de saúde composta por médicos, psicólogos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores, entre outros, estes devem trabalhar de forma interdisciplinar, sendo as principais atividades desenvolvidas

neste serviço: cuidados de enfermagem; orientação e apoio psicológico; atendimentos em infectologia, ginecológico, pediátrico e odontológico; controle e distribuição de antirretrovirais; orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção, atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de DST e Aids, além de encaminhamentos para serviços de atendimento hospitalar à exemplo do Hospital Dia (HD).

É também de responsabilidade do SAE a realização de atividades de formação e treinamento nas UBSFs e nos demais serviços de saúde de sua localidade para atuar na prevenção das DST/HIV e Aids, bem como, prestar o Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT) aos usuários do serviço, o que compreende o atendimento deste em seu domicílio, trabalhando desta forma com o paciente e sua família numa perspectiva humanizada e integral, diminuindo assim, o fluxo de internação hospitalar.

Neste sentido, o Ministério da Saúde através da coordenação nacional de DST/HIV e Aids, ressalta que a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde é a principal estratégia para a redução da mortalidade e morbidade relacionadas à Aids, ao lado do diagnóstico precoce. Por isso, cada paciente deve ser assistido com base em sua necessidade e as ações devem ser integradas e equânimes, garantindo a afirmação dos princípios do SUS (BRASIL, 2008).

Como podemos perceber, as medidas adotadas para combater a epidemia da Aids no Brasil só se mostraram eficazes quando adotadas em decorrência de mobilizações amplas ou quando contaram com a opinião pública. No contexto atualem que a epidemia em nosso país passa por um processo, ainda mais agudo, de pauperização sendo constituída, por maior incidência de casos em pessoas que tem na prática restringidos seus direitos, é importante questionarmos como serão formuladas e implementadas as políticas públicas para seu enfrentamentonos próximos anos.

Ressaltamos que de acordo com Teixeira (1997) a resposta para a pergunta acima referida será dada pela dinâmica das forças políticas e sociais em jogo, o que depende de como para além da epidemia as necessidades vividas e manifestadas por amplos setores da população, que hoje se

encontram excluídos e marginalizados socialmente, serão respondidas e trabalhadas pelo estado.

A cidade de Campina Grande situada no estado da Paraíba, conta com quatro serviços específicos para atender pessoas portadoras da doença, situados nos níveis secundário e terciário de atenção à saúde, sendo dois serviços que prestam assistência a pessoas que vivem com HIV/Aids, os quais funcionam no SAE municipal, um serviço que realiza diagnósticos CTA/COAS, e outro que é referência para internação e funciona na ala de infectologia do hospital Universitário Alcides Carneiro. Todos contando com a atuação de uma equipe multidisciplinar na qual esta inserido(a) o(a) assistente social, conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

Entendemos ser de extrema importância a ação de um profissional como o assistente social, que atua com e nas expressões da questão social, nos serviços de atenção a saúde, sobretudo aqueles específicos para o tratamento e diagnóstico de HIV/Aids, tendo em vista que,

A categoria profissional desenvolve uma ação de cunho sócio-educativo na prestação de serviços sociais, viabilizando o acesso aos direitos e aos meios de exercê-los, contribuindo para que necessidades e interesses dos sujeitos de direitos adquiram visibilidades na cena pública e possam, de fato, serem reconhecidos. Esses profissionais afirmaram o compromisso com os direitos e interesses dos usuários, na defesa da qualidade dos serviços prestados, em contraposição à herança conservadora do passado (IAMAMOTO, 2008, p.166).

Sabemos que toda proposta no âmbito da saúde requer esforço e tempo de trabalho para sua operacionalização e efetivação, o próprio SUS é ilustrativo desta realidade, estando, após cerca de vinte anos ainda em processo de efetivação. No caso da política de enfrentamento ao HIV/Aids não é diferente, muitos esforços ainda precisam ser empreendidos, pelo fato das ações direcionadas ao combate da epidemia compreenderem, além de aspectos técnicos, aspectos subjetivos, o que tem exigido dos profissionais maior capacitação, o que geralmente não lhes é proporcionado, dificultando a operacionalização das mesmas.

A realização do anti-HIV, por exemplo, é carregada de tensão e sentimentos negativos como medo, ansiedade e falta de informação, sendo preciso ir além de informar, passando o profissional a acolher as necessidades e as demandas do usuário e a ouvir suas preocupações. Porém, os profissionais, em sua maioria, se restringem a reforçar a importância da realização do teste sem se preocupar em estar atento a ouvir as dificuldades dos indivíduos, se esquecendo de que estas são em sua maioria de ordem emocional, principalmente quando nos referimos ao período gestacional, no qual a mulher já se encontra emocionalmente fragilizada (ARAÚJO, 2005).

Por isso, faz-se necessário analisar como a prática do assistente social vem sendo desenvolvida nos serviços que prestam assistência e diagnóstico a pessoas que vivem com HIV/Aids em todo o Brasil, principalmente nas cidades da região Nordeste, nas quais os serviços de saúde oferecidos são geralmente precários. Propomo-nos a esta análise no município de Campina Grande/PB, buscando desvelar no contexto atual, com base na visão das equipes multidisciplinares destes serviços, os obstáculos que se opõem a realização de uma prática condizente com o que preconiza os documentos oficiais e os parâmetros colocados para a atuação dos profissionais de serviço social na saúde, sendo também de nosso interesse verificar qual é, na percepção da equipe, a importância da prática do assistente social para o enfrentamento da Aids no município e conseqüentemente no estado da Paraíba.

CAPÍTULO IV- A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO E DIAGNÓSTICO DO HIV/AIDS EM CAMPINA GRANDE-PB

"O começo da sabedoria é encontrado na dúvida; duvidando começamos a questionar, e procurando podemos achar a verdade." (PIERRE ABELARD)

Este capítulo trata dos resultados obtidos através das entrevistas realizadas, apresentando: o perfil das instituições pesquisadas, o perfil dos sujeitos da pesquisa, como estes percebem a atuação do assistente social nos serviços, como se dá a atuação multidisciplinar, o papel do assistente social e, por fim, a importância da atuação dos assistentes sociais para os serviços pesquisados.

4.1 Conhecendo as instituições pesquisadas

Os dados coletados nas instituições pesquisadas possibilitaram importantes análises acerca da atuação do assistente social nos serviços de diagnóstico e atendimento do HIV/Aids em Campina Grande-PB, esclarecendo questões relacionadas às demandas postas para estes profissionais, a importância destes no enfrentamento da epidemia supracitada, além do conhecimento do perfil dos profissionais entrevistados, revelando as dificuldades e as possibilidades para a operacionalização da prática do serviço social. Iniciaremos nossa análise apresentando o perfil das instituições nas quais atuam os profissionais entrevistados.

Os dois serviços pesquisados foram: o CTA e o SAE, ambos sob coordenação da gerência municipal de DST/HIV e Aids da Secretaria Municipal de Saúde.

O CTA fica situado à Rua Siqueira Campos, nº 605, no bairro Centro, funcionando no prédio que compreende o Serviço Municipal de Saúde, tendo sido fundado no ano de 1997. O trabalho realizado pelos profissionais inclui a realização de testagem e aconselhamento pré e pós-teste para o HIV/Aids e para sífilis. No serviço o atendimento oferecido abrange não só Campina

Grande, mas várias cidades da Paraíba, chegando o CTA a realizar uma média de 40 testes de HIV e 40 testes de sífilis por dia totalizando uma média de 1.280 testes por mês, todos antecedidos e sucedidos de aconselhamento, os pacientes demoram em média 15 dias a receber o resultado do exame. Considerando que este serviço entrega cerca de 30 exames diariamente podemos afirmar que o CTA realiza em média 1.760 atendimentos mensais.

A demanda de testagem para estes profissionais ocorre por encaminhamento de médicos particulares, por outros serviços públicos de saúde, sobretudo a Estratégia Saúde da Família, como também de forma espontânea, sendo os pacientes com testagem positiva para o HIV/Aids encaminhados para serviços especializados. O funcionamento do CTA ocorre de segunda a quinta-feira, nos períodos manhã e tarde.

A equipe profissional é composta por um coordenador do serviço, um psicólogo, um enfermeiro, um assistente social e três bioquímicos, fazendo parte também desta, alguns profissionais de apoio aos serviços prestados, a exemplo do técnico de enfermagem, de duas recepcionistas e de duas auxiliares de serviços gerais.

Já o SAE foi fundado no ano de 2003, estando funcionando atualmente a Rua Siqueira Campos, nº 605, no bairro Centro, também no prédio do Serviço Municipal de Saúde. O atendimento desenvolvido é de acompanhamento das pessoas diagnosticadas soropositivas e envolve um público-alvo variado residente tanto em Campina Grande como em cidades circunvizinhas, o serviço atende cerca de 240 pacientes por mês, chegando a realizar no ano de 2011 cerca de 2.880 atendimentos médicos.

A origem da demanda ocorre também por encaminhamento de médicos particulares, por outros serviços públicos de saúde, sobretudo a Estratégia Saúde da Família, e por serviços de testagem para o HIV/Aids, como também de forma espontânea.

No âmbito do SAE funciona também o ADT, um programa que assiste o portador de HIV/Aids em seu domicílio, promovendo a humanização do atendimento, prestando assistência médica, psicológica e social, serviços de enfermagem, além de medicação e exames, tendo sido realizado em 2011 pelo ADT 47 atendimentos médicos, 60 do assistente social e 119 do técnico de enfermagem.

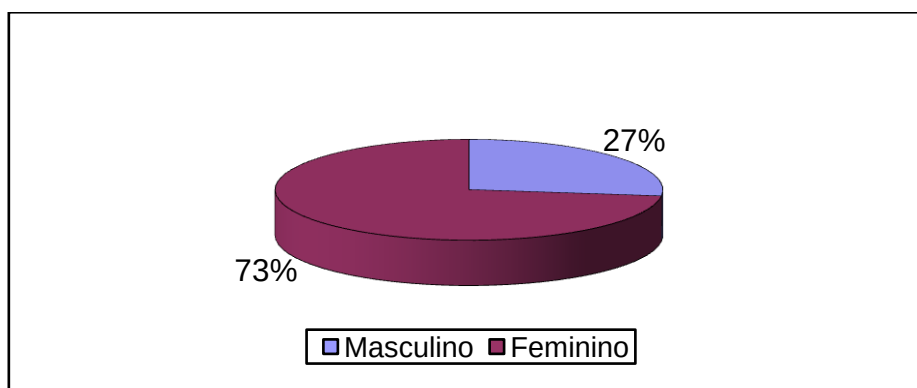
Os profissionais que hoje compõem a equipe do SAE são: um coordenador, seis médicos infectologistas, um ginecologista, um dentista, um farmacêutico, dois assistentes sociais, uma enfermeira e uma psicóloga, ressaltamos que no momento da coleta de dados não havia a presença dos dois últimos profissionais na equipe. Além dos profissionais supracitados há uma equipe de apoio composta por: dois técnicos de enfermagem, um auxiliar de saúde bucal, um atendente de farmácia, duas auxiliares de serviços gerais, três recepcionistas, além de um motorista.

O número de pacientes em tratamento Antirretroviral (AR) é de 467, sendo o número de crianças acompanhadas em torno de 38, chegando o número de usuários cadastrados a 581, estes realizam diagnóstico através da carga viral em média a cada seis meses, sendo a instituição responsável pela realização dos exames CD4 e CD8 o LACEN localizado em João Pessoa, esperando o paciente em média de 15 a 20 dias para receber o resultado. No ano de 2011 foram realizados 624 exames CD4 e CD8 e 595 da Carga viral.

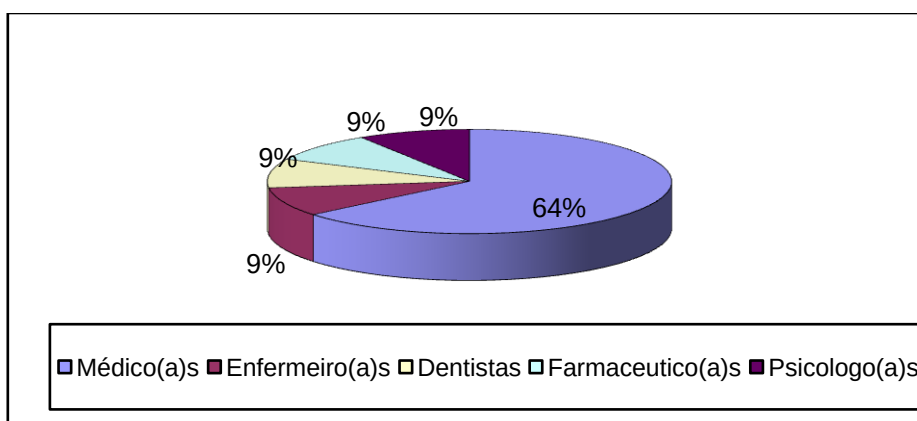
Como se percebe, pelos dados apresentados, os serviços estudados são de suma importância no combate a epidemia da Aids na Paraíba e, sobretudo, na cidade de Campina Grande-PB na qual os mesmos estão situados. Passaremos agora a análise do perfil dos profissionais de nível superior dos SAE e CTA municipais.

4.2 Conhecendo os sujeitos da pesquisa

Do total de 11 profissionais entrevistados, 73% são do sexo feminino e 27% do sexo masculino, destes 64% são médico(a)s, 9% enfermeiro(a)s, 9% farmacêutico(a)s, 9% dentistas e 9% psicólogo(a)s, o maior percentual para o sexo feminino justifica-se pelo fato de na área de saúde ainda existir a ideia do cuidar, papel historicamente atribuído a mulher, com predominância, sobretudo, em profissões majoritariamente femininas, como é o caso da enfermagem e da psicologia, conforme mostram os gráficos 1 e 2.

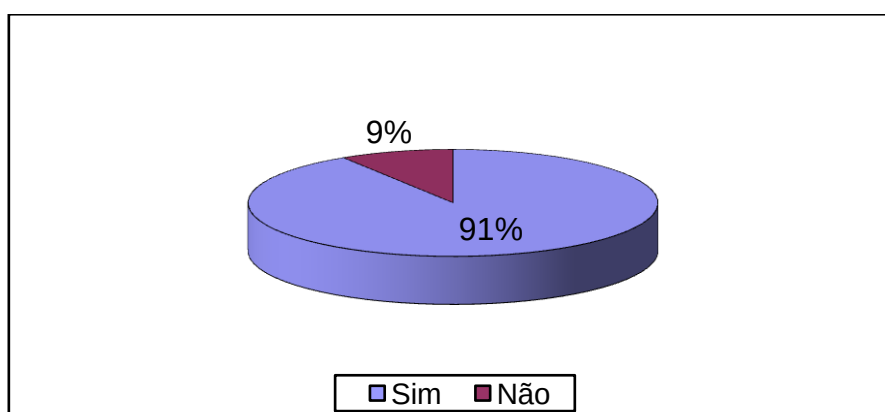
Gráfico 1: Sexo dos Entrevistados

Fonte: Pesquisa de campo junto a profissionais do SAE e CTA municipais. Ano: 2011

Gráfico 2: Formação Profissional dos Entrevistados

Fonte: Pesquisa de campo junto a profissionais do SAE e CTA municipais. Ano: 2011

Destes, 91% possuem pelo menos uma pós-graduação e apenas 9% não são pós-graduados. Dos pós-graduados 20% têm mais de um tipo de pós-graduação, tendo 03 profissionais, Residência em Saúde, 01 Clínica Médica, 07 especialização e 01mestrado, conforme nos revelam os gráficos 03 e o quadro02 apresentados abaixo.

Gráfico 3: Profissionais que possuem pós-graduação

Fonte: Pesquisa de campo junto a profissionais do SAE e CTA municipais. Ano: 2011

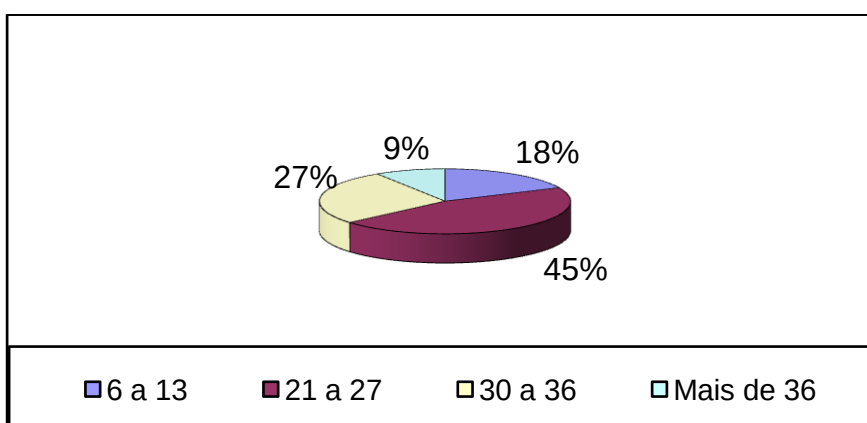
Quadro 02: Nível de Pós-Graduação dos Entrevistados

Nível da Pós-Graduação	Total
Residência	03
Clinica Médica	01
Especialização	07
Mestrado	01

Fonte: Pesquisa de campo junto a profissionais do SAE e CTA municipais. Ano: 2011

Os resultados apresentados acima confirmam um dado identificado por Souza (2009), em sua análise sobre o trabalho em saúde, no qual a autora ressalta que este setor apresenta os melhores perfis de qualificação dentre as ocupações, respondendo aos mecanismos de proteção legal do exercício das profissões e exigências técnicas requeridas pelos conselhos profissionais. Consideramos que pelos investimentos que são feitos para combate do HIV/Aids através de acordos com organismos internacionais e pela complexidade da epidemia a preocupação dos profissionais empregados nestes serviços com a sua qualificação profissional seja mais intensa, buscando os mesmos se pós-graduar, seja em sua área de atuação e/ou em áreas afins, de forma a melhor desempenhar suas funções.

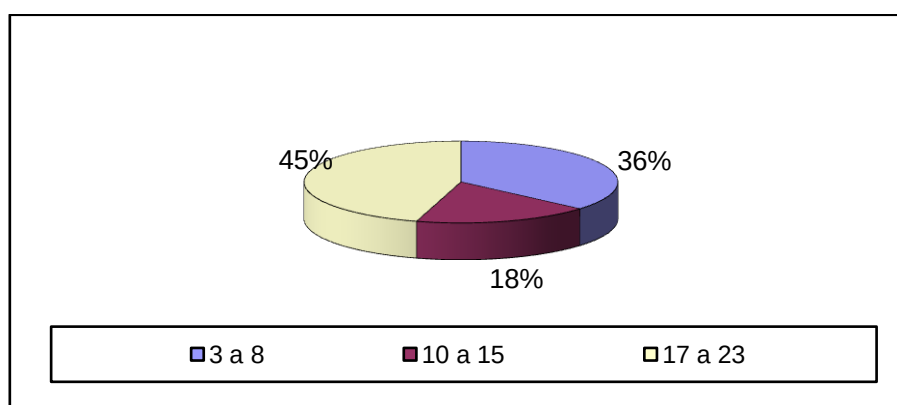
O tempo de formação acadêmica dos profissionais entrevistados é bastante variado, tendo a maioria, 45%, entre 21 a 27 anos de formação profissional, 27% entre 30 e 36 anos, 18% entre 6 a 13 anos e 9% mais de 36 anos, como explicita o Gráfico 4.

Gráfico 4: Tempo de Formação Profissional

Pesquisa de campo junto a profissionais do SAE e CTA municipais. Ano: 2011

Considerando que quase metade destes profissionais (45%), têm mais de 20 anos de formação acadêmica, pressupõem-se que os serviços de enfrentamento ao HIV/Aids em Campina Grande-PB, contam com profissionais detentores de uma significativa trajetória profissional na saúde pública.

O tempo de atuação em HIV/Aids também é variado, 45% dos entrevistados estão há cerca de 17 a 23 anos trabalhando no enfrentamento da doença, 36% de 3 a 8 anos e 18% de 10 a 15 anos, conforme o Gráficos 5.

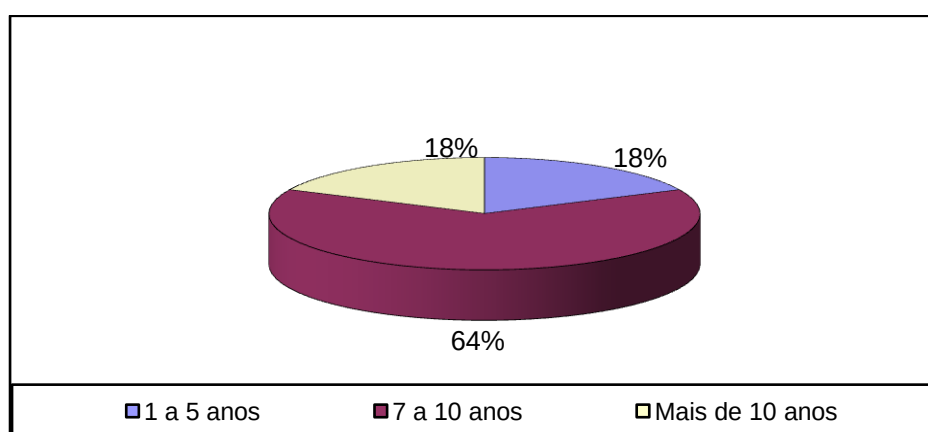
Gráfico 5: Tempo de Atuação em HIV/Aids

Fonte: Pesquisa de campo junto a profissionais do SAE e CTA municipais. Ano: 2011

Quanto ao tempo de trabalho nos serviços pesquisados, a maioria (64%), respondeu que está ali acerca de 7 a 10 anos, 18% de 1 a 5 anos e 18% a mais de 10 anos. O maior percentual atribuído ao intervalo de 7 a

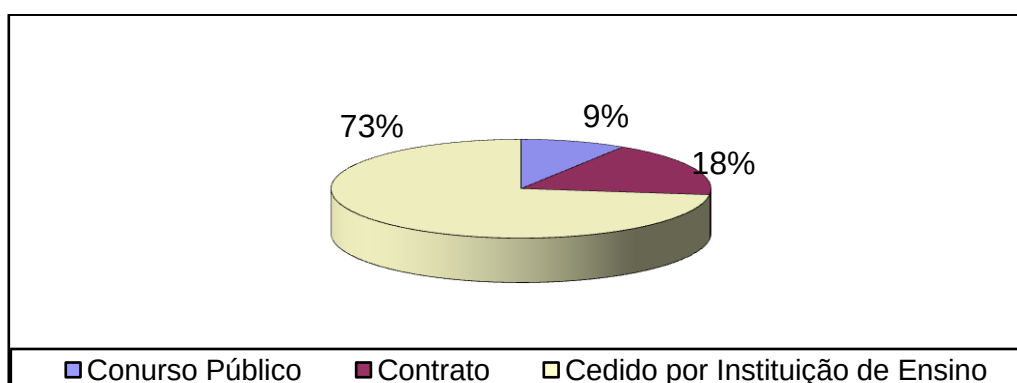
10anos, demonstra que neste setor não ocorre, como em outros da saúde pública, transitoriedade de profissionais, pensamos que este fato ocorre pela questão da formação exigida, pois são poucos os médicos no contexto atual que querem enveredar para a área da infectologia, essa assertiva é ao mesmo tempo um ganho para as pessoas que vivem com HIV/Aids, pela possibilidade do estabelecimento de vínculo entre usuários e profissionais, já que esses pacientes jamais deixarão de frequentar esses serviços, garantindo um atendimento contínuo e humanizado. Tais dados são apresentados no Gráfico 6.

Gráfico 6: Tempo de Atuação no Serviço Pesquisado

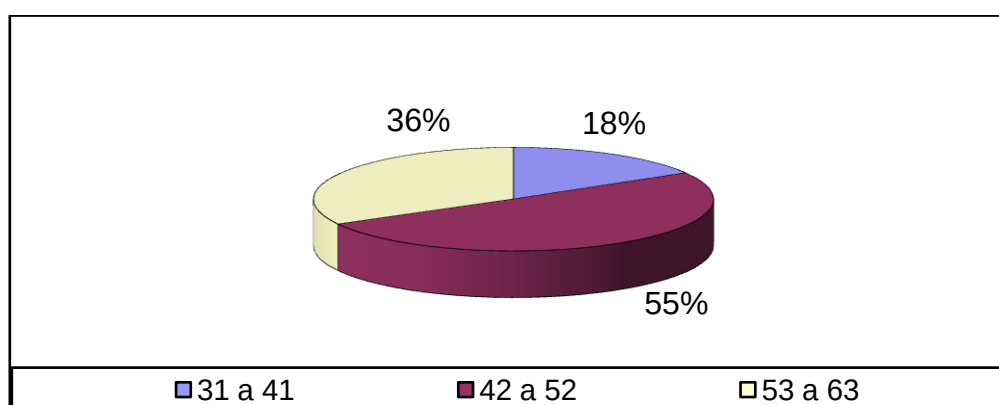


Fonte: Pesquisa de campo junto a profissionais do SAE e CTA municipais. Ano: 2011

Outra questão importante que queremos ressaltar é o tipo de vínculo empregatício estabelecido entre estes profissionais e as instituições estudadas, pois 73% dos profissionais afirmam serem cedidos por instituições de ensino, a exemplo da UFCG e da FACISA, que fazem parceria com o município, 18% afirmaram serem contratados pela prefeitura municipal de Campina Grande-PB e apenas 9% foram admitidos por concurso público. O que traz à tona a necessidade da realização de um concurso público para esta área de atuação, tendo em vista que, se tratando da idade dos profissionais muitos se encontram em uma faixa-etária próxima do processo de aposentadoria (36%) tendo entre 53 e 63 anos, enquanto 55% têm entre 42 a 52 e apenas 18% têm entre 31 a 41 anos, como pode ser visualizado nos gráficos 7 e 8 que se seguem.

Gráfico 7: Tipo de Vínculo dos Entrevistados

Fonte: Pesquisa de campo junto a profissionais do SAE e CTA municipais. Ano: 2011

Gráfico 8: Idade dos Entrevistados

Fonte: Pesquisa de campo junto a profissionais do SAE e CTA municipais. Ano: 2011

Deste modo, considerando o perfil dos profissionais entrevistados podemos afirmar que as pessoas que procuram os serviços direcionados especificamente ao enfrentamento do HIV/Aids em Campina Grande-PB, contam com o apoio de profissionais capacitados e com uma larga experiência em saúde pública direcionada a área de infectologia e, sobretudo, com tempo considerável de atuação nos serviços pesquisados, possibilitando um atendimento humanizado e de qualidade. Entendemos que os anos de experiência em trabalho multidisciplinar nas equipes pesquisadas, nas quais estão inseridos os assistentes sociais, possibilitaram que os profissionais entrevistados fizessem considerações significativas sobre a atuação do assistente social no enfrentamento do HIV/Aids.

4.3 A atuação do Assistente Social nos serviços

No que se refere à atuação do assistente social nos serviços pesquisados, perguntamos aos demais profissionais de nível superior, quais das atribuições preconizadas pelo Ministério da Saúde eram realizadas pelo serviço social na instituição. O destaque foi dado para as práticas de acolhimento e aconselhamento, ambas apontadas pelos 11 profissionais, seguidas do encaminhamento de usuário para outras políticas de saúde e/ou assistência social, com 10 apontamentos, da elaboração de estratégias para articulação entre a família do usuário e o serviço, da articulação com unidades de saúde e da adesão ao tratamento, com 09 apontamentos e, por fim da organização de atividades educativas, da transmissão de informações com relação a serviços públicos e comunitários disponíveis ao paciente, bem como de benefícios, distribuição de insumos de prevenção e visita domiciliar, todas com 08 apontamentos, conforme o quadro 3.

Quadro 3: Atribuições preconizadas pelo Ministério da Saúde exercidas pelo assistente social no serviço

Atribuições Preconizadas	Total
Acolhimento	11
Aconselhamento	11
Organização de atividades educativas	08
Elaboração de estratégias para articulação entre a família do usuário e o serviço	09
Encaminhamento de usuário para outras políticas de saúde e/ou assistência social	10
Transmitir informações com relação a serviços públicos e comunitários disponíveis ao paciente, bem como de benefícios	08
Articulação com unidades de saúde	09
Distribuição de insumos de prevenção	08
Adesão ao tratamento	09
Visita domiciliar	08

Fonte: Pesquisa de campo junto a profissionais do SAE e CTA municipais. Ano: 2011

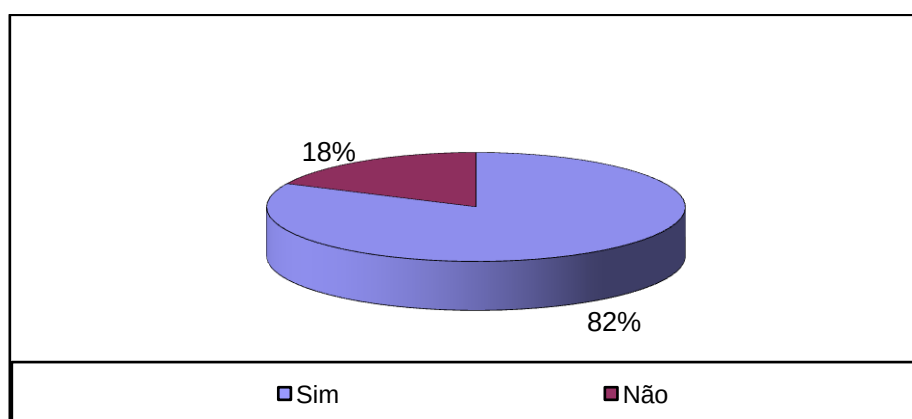
Verifica-se o direcionamento da prática para a tendência, já apresentada por Soares (2010), do atendimento direto ao usuário, desprivilegiando ações de cunho educativo, que envolvem o processo de educação em saúde, principalmente na média e na alta complexidade, onde está empregada a maioria dos assistentes sociais da saúde.

O maior percentual direcionado as práticas de acolhimento e aconselhamento confirmam um dado já ressaltado por Bravo (2007), quando afirma que o modelo privatista apresenta como requisições para o serviço social seleção sócio-econômica de usuários, atuação psicossocial através dos atendimentos (aconselhamento/acolhimento); assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais.

Deste modo, a relação entre os dados analisados e a literatura posta, vem mostrando que hoje o sistema de saúde pública vem reiterando velhas práticas na saúde e na profissão também na cidade de Campina Grande-PB, mais especificamente nos SAE e CTA serviços considerados de média complexidade.

Perguntados sobre se o assistente social vem respondendo as atribuições postas à maioria dos profissionais 82% afirmaram que sim e apenas 18% responderam que não, como revela o gráfico 9.

Gráfico 9: O Assistente Social vem respondendo as atribuições postas



Fonte: Pesquisa de campo junto a profissionais do SAE e CTA municipais. Ano: 2011

Os que responderam sim enfatizaram questões referentes à competência individual dos assistentes sociais que atuam no serviço, considerando-os profissionais capacitados e habilitados para desenvolver a função que lhe compete, como afirmam os entrevistados abaixo:

Sim, pois o assistente social é um profissional que se atualiza e se dedica ao trabalho ela participou no treinamento que houve para a implantação do serviço, entendeu? [...] o trabalho extra-muros o Serviço Social faz como muita dedicação, ela gosta do trabalho na comunidade, do trabalho nas empresas, escolas né? Então eu acredito que sim (Entrevistado 1).

Sim, pois o assistente social é um profissional competente, que tem uma formação voltada para um trabalho com comunidade, [...] ele vem desenvolvendo um bom trabalho, respondendo as demandas sim (Entrevistado 3).

Porém, desse percentual (82%) alguns fizeram ressalvas, afirmando que existem limites à prática exercida pelo assistente social, que são resultantes tanto de questões de ordem pessoal e estrutural, como também de consequência da alteração do quadro profissional e do déficit de profissionais, afirmando a necessidade do aumento do número de assistentes sociais no quadro de profissionais conforme relatam os entrevistados 5, 7 e 10.

Quando disponível, o profissional, eu diria que sim o problema é que se você tinha um profissional que encaminhava mais regularmente as coisas e ela sai a atividade fica prejudicada, vai passar para outras pessoas que não tem a formação devida... pois, há déficit de profissionais. Acredito que se tivesse profissionais disponíveis para cada horário seria melhor, eles poderiam desempenhar melhor essas funções (Entrevistado 5).

Vem, dentro das possibilidades de cada serviço, porque as vezes falta transporte, as vezes o número de profissionais não é suficiente para que elas façam como deve ser, a particularidade de aceitar o tratamento por parte de cada paciente dificulta também o desenvolvimento do trabalho, então é um campo um pouco difícil, depende muito dessas questões particulares do serviço e do paciente (Entrevistado 7).

Sim, porém há limitações pessoais umas trabalham mais, outras menos, mas no geral sim (Entrevistado 10).

Já os que afirmaram que o serviço social não vem respondendo as atribuições postas, enfatizaram como causa disto além do número restrito de profissionais, a falta de capacitação destes e o não reconhecimento da importância do seu trabalho pelos demais profissionais da equipe, conforme os relatos abaixo.

Não, porque como eu disse há déficit de profissionais nos setores públicos e privados e no caso do serviço social pela falta de reconhecimento no meio da sociedade de forma geral, isso faz com o que o serviço social não desenvolva suas atribuições como deveria (Entrevistado 2).

Não, porque há falta de profissionais no SAE, eu acho que também falta treinamento uma reciclagem desses profissionais, isso contribuiria muito para melhorar o trabalho (Entrevistado 8).

Como vimos no item 1.2 de fato a saúde pública vem enfrentando uma forte crise expressada, sobretudo, no funcionamento precário dos serviços, nas péssimas condições de trabalho e no atendimento massivo e de pouca resolutividade a população, passando a adotar redução de gastos com a força de trabalho, o que afeta diretamente o serviço social enquanto profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, que passa a conviver com a precarização de suas condições de trabalho, levando-o a muitas vezes ter que acumular vários empregos para garantir seu sustento. Este fato aliado à falta de capacitação e reciclagem, ocasionada muitas vezes pela precariedade do serviço, mas também por falta de interesse individual propiciam o não entendimento da totalidade social, possibilitando a realização de uma prática pouco resolutiva, o que leva usuários e profissionais a entenderem que estes profissionais não estão cumprindo com suas atribuições.

4.4 A atuação multidisciplinar

Tratando-se da relação entre o trabalho desenvolvido por estes profissionais e o trabalho desenvolvido pelos assistentes sociais nos serviços, podemos perceber na fala dos sujeitos entrevistados que esta relação não se dá de forma interdisciplinar, sendo na maioria das vezes, o profissional supracitado solicitado apenas para aparar arestas do atendimento médico e apagar os incêndios provocados pelas sequelas da questão social, tonando-se o profissional um apêndice das equipes de saúde, o que se pode perceber na fala dos entrevistados 4, 5, 8 e 9.

Bem, a relação se dá nessa questão de encaminhar só os problemas que agente não pode resolver, que na verdade nem sei se é atribuição de vocês (assistentes sociais), mas que acabamos encaminhando pra ver a resposta que tem [...] (Entrevistado 4).

Sim, como já havia falado o seu trabalho é um complemento [...] Na verdade o trabalho é integrado, ou isso é pelo menos o que se espera que seja (Entrevistado 5).

Sim, é uma relação de interdisciplinaridade, trabalhamos em equipe, quando precisamos do trabalho de outro profissional da saúde, inclusive do assistente social, solicitamos [...] então é uma relação multiprofissional (Entrevistado 8).

Sim, somos uma equipe multiprofissional e apesar da correria, da rotina de trabalho, temos que nos relacionar. A relação é da forma que eu já lhe falei, se identifico algum problema, de orientação, que o paciente precisa eu encaminho para o profissional do serviço social (Entrevistado 9).

Alguns profissionais também enfatizaram essa relação como um processo de mera troca de informação, sem perspectiva de relacionar conhecimentos para construção de um plano de ação para a saúde do usuário em parceria com a equipe e o sujeito, é o que se percebe na fala do entrevistado 1.

A relação é de troca, também agente conversa muito, o que acontece nas atividades extramuros, agente traz para discutir

aqui, ou então as próprias questões do funcionamento, então há uma interação sempre... Há uma relação de troca em algum momento quando há alguma informação, ou há algumas questões, por exemplo, que eu sei que a assistente social tem um perfil [...] A relação se dá no planejamento, na discussão dos casos, as vezes na informalidade, porque no dia a dia sempre tem questões, sempre tem um momento que agente para pra ter uma troca de informações, ou quando há uma necessidade não é? Agente tem momentos em que agente tem essa possibilidade de está fazendo a troca dentro do serviço (Entrevistado 1).

Apenas um dos sujeitos entrevistados fez em sua fala conexão com que conhecemos como interdisciplinaridade auxiliar, explicitada por Ortiz (2010) como sendo a contribuição de uma ou mais disciplinas para o domínio de uma disciplina específica que é campo receptor e coordenador das demais, ressaltando a necessidade da junção de conhecimentos para o oferecimento de um tratamento resolutivo, é o que mostra a fala do entrevistado 2.

[...]ao termino da consulta por vezes trocamos informações sobre os usuários para traçar um trabalho em equipe específico para aquele usuário (Entrevistado 2).

A interdisciplinaridade é essencial ao trabalho desenvolvido junto a pessoas que vivem com HIV/Aids, tendo em vista que a contaminação pelo vírus e a doença em si trazem a tona questões complexas que vão desde o próprio aspecto social negativo da doença, até os efeitos colaterais causados pelo coquetel anti-retroviral, sendo impossível intervir eficazmente na sua magnitude com apenas uma área do conhecimento.

Na interdisciplinaridade há reciprocidade, enriquecimento mútuo, horizontalização das relações de poder entre os campos do saber e principalmente a construção de uma plataforma de trabalho conjunto, por isso enfatizamos que esta não consiste simplesmente na adição ou mistura de conhecimentos e sim na combinação de seus elementos internos, democratizando as relações de poder entre as profissões.

Há diferenças claras entre uma prática multiprofissional e multidisciplinar e uma prática interdisciplinar, estando à primeira relacionada a várias categorias profissionais atuando na mesma área, porém de forma isolada; e a segunda a existência de várias categorias profissionais atuando nas suas especificidades

com um objetivo em comum a ser alcançado. Já a terceira consiste na vivência de vários profissionais atuando numa mesma área tendo o mesmo objetivo e mantendo uma relação de constante interação, pondo fim definitivamente a hierarquização do saber, tendo em vista um atendimento integral e resolutivo ao usuário.

Diante do exposto percebe-se que nas equipes estudadas há uma tentativa constante de se estabelecer uma troca de informações, porém tal prática não pode ser considerada como interdisciplinar. A ausência deste tipo de relação profissional pode impossibilitar que o trabalho seja realizado numa perspectiva de totalidade da vida do sujeito usuário do serviço, pois compreendendo os fatores sociais e culturais que envolvem o processo saúde/doença fica bem mais fácil propiciar um atendimento resolutivo fortalecendo o sujeito nos aspectos físico e social.

Contudo, concordando com Sobrinho; Sousa(2002), ponderamos que a interdisciplinaridade ainda precisa ser trabalhada, e enfatizamos que não é nossa pretensão culpabilizar especificamente os profissionais por esta não estar ocorrendo de fato nos serviços, levando em consideração que um trabalho interdisciplinar só será possível quando as pirâmides profissionais forem horizontalizadas, fato que é constantemente validado pelo mercado de trabalho na atualidade, enquanto isso não ocorre haverá apenas a presença de uma equipe multiprofissional nos serviços o que não significa que vai ocorrer uma interação ou um trabalho interdisciplinar.

Assim, ressaltamos que a interdisciplinaridade deve ser problematizada, tanto no processo formativo dos profissionais como no cotidiano das instituições, considerando a forma como a sociedade está organizada do ponto de vista político, ideológico, cultural e econômico, reconhecendo que o trabalho interdisciplinar deve orientar-se sempre numa perspectiva de totalidade.

4.5 O papel do Assistente Social

Para compreendermos o papel do assistente social nos serviços, na visão dos demais profissionais de nível superior, inicialmente questionamos se estes consideravam a temática do HIV/Aids um campo de atuação para o

serviço social, todos responderam que sim, enfatizando a maioria a relação entre o papel do serviço social e as mudanças ocorridas no conceito de saúde compreendendo-a como resultante das relações econômicas e sociais da população e considerando as questões sociais que envolvem o processo saúde/doença, conforme revelam os entrevistados abaixo.

Sim, pois nesse campo de atuação esse profissional pode exercer todas as atividades que envolvem a profissão em sua plenitude [...] Até certo tempo atrás ninguém falava muito na profissão com relação à saúde, mas hoje já se ouve né? porque se compreendeu a importância de fatores sociais na saúde da população e com relação a Aids principalmente, então eu acho que é um campo válido para o serviço social que lida com essas questões sociais (Entrevistado 7).

Sim, porque é uma doença que envolve a questão do preconceito por parte da sociedade, uma doença ligada à questão social que atinge todas as classes sociais e mais especificamente a classe pobre. Então o assistente social tem papel fundamental no combate a esses aspectos da doença que atinge os campos: físico, sociológico, psicológico. Não só o assistente social, mas todos os profissionais como fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos são importantes para o enfrentamento da Aids, pela repercussão social que a doença traz (Entrevistado 8).

Sim, um serviço que trabalhe com HIV/Aids, não pode funcionar sem assistente social, o trabalho desse profissional é essencial... pois, a atuação desse profissional é o diferencial no serviço, justamente por trabalhar essas questões mais sociais que envolvem a Aids, como a própria condição de carência financeira e de informações que eles geralmente tem (Entrevistado 10).

Outra parte também afirmou ser pertinente a atuação do assistente social na temática do HIV/Aids pela complexidade que envolve a epidemia, necessitando esta para seu enfrentamento de um trabalho multidisciplinar, já que o tratamento desses usuários extrapola a prática médica, conforme afirmam os entrevistados abaixo.

Claro que sim, campo de grande extensão com necessidades inter e multidisciplinares, cujo papel do assistente social, tem toda importância, assume total relevância (Entrevistado 2).

Sim, pois o atendimento do paciente com Aids exige equipe multidisciplinar, pelas influencias que ele sofre não só com relação a saúde, mas do ponto de vista social, familiar [...] (Entrevistado 4)

Sim, é muito importante ter um profissional com competência nessa área específica. Sua atuação eficiente promove junto as outras áreas, uma maior qualidade da assistência ao indivíduo que convive com HIV/Aids (Entrevistado 11).

Tais afirmações, porém, não garantem que na prática o assistente social seja de fato considerado como um profissional essencial ao atendimento desses usuários, já que houve referência a pertinência da atuação profissional do assistente social no campo do HIV/Aids, num sentido de complementariedade, apontando-o mais uma vez como um apêndice nas equipes que compõem estes serviços, o que segue como tendência, principalmente no trabalho em saúde em que o médico é considerado figura central, a fala abaixo descrita confirma a assertiva posta.

É sim, porque o profissional assistente social faz um complemento do atendimento às pessoas com HIV, ajuda a família também né? A compreender e aceitar essa condição [...] Dá suporte a família né? (Entrevistada 3).

Percebemos que a inserção do assistente social nas equipes multiprofissionais nos serviços de enfrentamento e diagnóstico do HIV/Aids de Campina Grande-PB segue a tendência do país, no qual este profissional é requisitado para apagar incêndios e manter a tranquilidade das unidades de saúde principalmente no que concerne o atendimento médico. Este fato foi constatado quando questionamos os profissionais se identificavam questões específicas do serviço social e unanimemente estes responderam que sim, apontando em sua maioria como questões específicas do assistente social aquelas ligadas os direitos sociais como questões de aposentadoria e benefícios, questões referentes à humanização do atendimento como o aconselhamento e o acolhimento e a busca de melhorar relacionamento entre profissionais e usuários e entre os próprios profissionais, o estabelecimento de pontes com outros aparelhos sociais e outros serviços, o trabalho com famílias, a adesão ao tratamento, à supressão de carências financeiras, planejamento

familiar, informações sobre a doença e o tratamento e a realização de visita domiciliar. As falas a seguir são reveladoras dos dados supracitados.

Questões ligadas a benefícios não é? A questão do auxílio doença existe aquela dúvida sobre a questão de aposentadoria, isso é uma questão que sempre é a área que tem mais informação e de uma maneira geral é [...] faz a questão do trabalho com famílias com parentes mais próximos, com aquelas pessoas que a pessoa tem afinidade, entendeu? As ONGs, os outros aparelhos sociais que a pessoa pode ter acesso então isso tudo qualquer um faz inclusive o assistente social. Entendeu? Essa ponte com os outros aparelhos sociais. Então a questão mais específica que eu vejo é a dos direitos do portador né? Existem mudanças né? [...] essas informações são passadas pelo serviço social [...] (Entrevistado 1)

Questões de previdência, questões relacionadas à família que são bem específicas mesmo, algumas questões sociais relativas à carência financeira que às vezes influencia no tratamento, também questões socioindividuais que precisam ser discutidas com o assistente social, tem pacientes que se isolam que não querem conversar com ninguém esses problemas [...] e de orientação educativa sobre a doença, chamar a família também para a orientação das questões sociais que envolvem a doença (Entrevistada 8).

Olhe, questões de visita domiciliar, acolhimento, busca de melhorar o relacionamento entre os profissionais e o usuário e entre os próprios profissionais, tudo isso pra mim é demanda do serviço social. Também encaminhar exames, fazer a ponte com outras clínicas médicas que eu precisar [...] Se o resultado do exame está demorando eu falo com o assistente social pra ver a possibilidade de agilizar, a questão da adesão ao tratamento [...] Até planejamento familiar para essas mulheres portadoras do HIV/Aids eu conto com elas nesse sentido. Outra questão importante na visita domiciliar é ver o grau de risco da família com relação ao HIV, às vezes também as mulheres não querem informar o parceiro da sua condição de portador do HIV, então eu peço o auxílio do assistente social [...], a busca ativa também, a questão de transmitir informações acerca da doença, fazendo com que o paciente aceite o tratamento [...] (Entrevistada 10).

Percebemos, mais uma vez, nas falas acima referidas que há primordialmente o encaminhamento para o assistente social, por parte dos demais profissionais, das demandas ligadas ao atendimento direto ao usuário em detrimento, reforçando a ideia da imediatividade da prática profissional

retratada por Netto (2009) na sua tese do sincretismo e da prática indiferenciada do serviço social, constante no item 1.1, e também a tendência estabelecida pelo mercado de requisitar aos profissionais da saúde um atendimento pontual, porém com resultado imediato.

Outros Profissionais foram enfáticos em seus depoimentos ao afirmar que só encaminham para o assistente social os problemas que fogem da sua alçada e impedem que o tratamento do usuário se realize por completo, que são na verdade as refrações da questão social expressas nas suas mais variadas formas é o caso dos entrevistados 4, 5 e 9.

Dificuldade financeira de acesso ao serviço, ou na questão do acompanhamento, como dificuldade de manter o vínculo com a instituição, por ter problemas em casa, muito filhos que não pode deixar só pra fazer o tratamento [...] Na verdade agente só encaminha problema né? Rsrssrs (Entrevistado 4).

Geralmente quando o paciente não vem regularmente encaminho pra ela conversar com ele, também quando não tá fazendo os exames, não tá pegando a medicação, aí encaminho o caso pra ela me ajudar nesse sentido. Também quando não tenho informação suficiente sobre o paciente posso conversar com o assistente social. Então é auxiliar meu trabalho, viabilizando transporte, questão de exames como raio-x por exemplo para pacientes essa articulação é tudo o profissional quem faz, entre outras coisas né? (Entrevistado 5).

Mais a parte de higienização dos pacientes, que antes eles chegavam ao consultório descalços, e não pode não é? Às vezes não escovavam os dentes [...] Então cabe ao assistente social, pelo menos eu conversei com elas para orientar os pacientes nesse sentido e houve essa mudança, hoje eles não chegam mais dessa forma (Entrevistado 9).

Há também a requisição do assistente social para atender a demandas que não competem exclusivamente a este profissional, o que não sabemos ao certo se corresponde ao desconhecimento do papel desse profissional e de suas reais atribuições.

Normalmente nosso assistente social cumpre suas atribuições quando de consultas detectamos alguma necessidade específica, naquele momento, tipo articulação com unidade de

saúde para internação, solicitamos sua participação (Entrevistado 11).

De acordo com os “Parâmetros Para a Atuação do Assistente Social na Saúde”, não compete a este profissional: a marcação de consultas e exames, solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes; solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta; identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar; pesagem e medição de crianças e gestantes; convocação do responsável para informar sobre alta e óbito; comunicação de óbitos (CFESS, 2010). O exercício de tais atividades contribui para a intensificação da subalternização da profissão.

Com relação ao papel desenvolvido por este profissional na instituição, alguns profissionais consideram que é lançar um olhar social sobre a situação do usuário, conforme confirmam os entrevistados 1 e 3.

Então o papel do assistente social é importante pelas habilidades que ele tem nas questões mais sociais, lançando um olhar social, diferente do olhar do psicólogo, do enfermeiro, só que não fica essa coisa fracionada né? Isso soma [...] Então isso ajuda no trabalho ajuda nas intervenções dentro do serviço, ajuda no relacionamento são, só com o usuário, mas com os outros profissionais que trabalham também aqui (Entrevistado 1).

Um papel muito importante, porque permite a integração da equipe, porque no caso tem o meu trabalho [...] e o dela e eu acho que os três é que complementam o atendimento. E os pacientes são muito carentes em tudo, os que veem fazer o exame, essas questões de carência são geralmente encaminhadas para o assistente social, já que ela é a profissional mais indicada para trabalhar essas questões. Assim como a psicóloga para trabalhar a questão psicológica (Entrevistado 3).

Outros profissionais consideram como papel do assistente social o estabelecimento de uma ponte entre o serviço e os usuários, também entre estes a família e a sociedade, promovendo o bom andamento da assistência prestada e a continuidade do tratamento é o caso dos entrevistados abaixo.

O serviço social exerce um papel fundamental, estabelecendo uma ponte entre o usuário e o serviço, cabendo ao serviço e ao médico exercer um intercâmbio com mais assiduidade com esse profissional para benefício do usuário (Entrevistado 2).

Proporcionar o elo de ligação entre os profissionais do serviço e o usuário na busca de solução para os problemas, beneficiando sempre o usuário e visando o sucesso do seu tratamento (Entrevistado 7).

Fazer essa ponte entre o paciente à sociedade e a família e também entre estes e os profissionais de saúde e promover grupos de adesão e de educação em saúde (Entrevistado 8).

Contribuir para o desenvolvimento das atividades no serviço e orientar os pacientes (Entrevistado 9).

Também, seguindo a tendência presente nas demandas encaminhadas para o assistente social, houve o relato do reconhecimento do papel do deste profissional como sendo o responsável para “resolver as dificuldades” dos pacientes, como ressalta o entrevistado 4.

Resolver das dificuldades dos pacientes crônicos, como o que nós acompanhamos aqui, no caso os pacientes com HIV/Aids (Entrevistado 4).

Considerando que, pelo relato geral dos próprios entrevistados, as dificuldades dos usuários estão relacionadas às sequelas da questão social, se valida uma assertiva colocada por Vasconcelos (2003), quando afirma que ao considerar a resolução das sequelas da questão social como exclusivamente sua o assistente social corre o risco de ser considerado incompetente, quando não consegue sana-las, sendo necessário compreender que o enfrentamento destas sequelas é de responsabilidade de toda a equipe profissional comprometida com a emancipação social.

Percebemos claramente que na realidade Campinense, precisamente nos serviços pesquisados, o trabalho do assistente social direciona-se a absorção ou ocultação dos conflitos institucionais e ao atendimento de demandas que perturbem o funcionamento das unidades de saúde, conforme

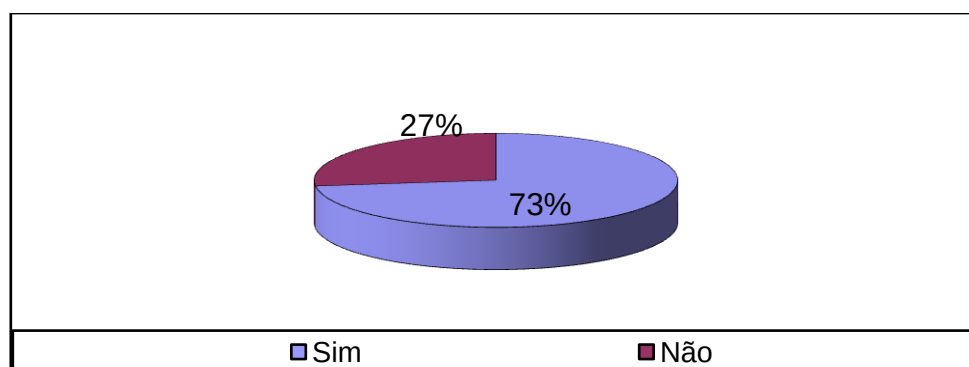
tendência apresentada por Vasconcelos (2007). Este tipo de atuação pode promover a despolitização e a adaptação do usuário ao sistema.

Outra problemática enfrentada no trabalho do assistente social no setor saúde é que historicamente a medicina exige uma hierarquia sobre as demais profissões, isso também foi confirmado nas falas dos entrevistados considerando que 64% são médicos e muitos se referiram a prática do assistente social como auxiliar. Esta atitude acaba reproduzindo essa lógica para o usuário, assim, não se sentindo investido do mesmo poder médico e não tendo segurança para disputá-lo as demais profissões passam a ser subalternizadas.

Porém, conforme ressalta Vasconcelos (2003) não é o fato de se reconhecer o serviço social como uma profissão que ocupa um lugar na divisão social e técnica do trabalho que o coloca numa posição subalterna ou inferior, também não é apenas o seu objeto de intervenção que é questão social e suas refrações, mas o que se considera suficiente para o enfrentamento deste, “desejo de ajudar e boa intenção”, pois muitos profissionais não qualificam a sua ação, não procuram reciclar-se buscando capacitações exercendo uma prática muitas vezes individualista e de pouca resolutividade, sem relação com a direção social da profissão e com o Projeto Ético-político profissional.

4.6 A importância da atuação dos Assistentes Sociais

Diante do papel acima descrito para o serviço social na visão dos profissionais que integram as equipes dos SAE e CTA municipais, passamos a questionar qual a importância do assistente social para o trabalho desenvolvido pela equipe e para o serviço. Indagamos então se eles consideram o número de assistente sociais existentes nos serviços como deficitário e 73% responderam que sim e 27 % responderam que não, conforme o gráfico 10.

Gráfico 10: Há déficit de profissionais de Serviço Social na instituição

Fonte: Pesquisa de campo junto a profissionais do SAE e CTA municipais. Ano: 2011

Lembramos, que como apresentado no item 3.1 o CTA possui apenas 1(um) assistente social e o SAE possui 2(dois) profissionais desta área, para atender a demanda da população Campinense e das cidades próximas a este município, portanto consideramos que o percentual referido a opção não corresponde a própria ideia de atuação deste profissional, que para os demais configura-se em “apoio” ou “complemento”, não havendo necessidade de expansão de quadro. Essa incompreensão, muitas vezes, faz parte do cotidiano do próprio assistente social que com pouco embasamento teórico-crítico não reconhece seu papel profissional se submetendo a realização de atividades que o subalternizam (trabalhos burocráticos, marcação de exames, altas, anúncio óbitos, entre outras) por serem consideradas como passíveis de serem realizadas por qualquer outro profissional, considerando-se desnecessária a admissão de outros assistentes sociais.

Contudo, questionados sobre a importância da atuação do assistente social, a maioria dos profissionais afirmou ser esta importante, sobretudo, para os usuários, por possibilitar maior qualidade no atendimento, como também à adesão ao mesmo.

É importante para deixar o paciente mais informado sobre o serviço e mais seguro sobre questões relacionadas à doença e aos benefícios que eles têm direito, o serviço social contribui para a garantia desses benefícios né? (Entrevistado 3).

A importância é que a prática vai mostrar ao paciente que ele deve fazer o tratamento, que ele tem que vir para as consultas,

seguir regularmente o que o médico fala, mostrar ao paciente que a vida dele é importante e que se ela é importante, ele tem que se tratar cuidar dele e para isso tem que aderir ao tratamento (Entrevistado 6).

Muito importante porque ele que recebe o paciente, faz a triagem [...] O primeiro contato do paciente geralmente é com esse profissional, e essa chegada essa acolhida é muito importante para a adesão dele ao tratamento. Então por isso considero muito importante (Entrevistado 9).

Importância total, sem esse profissional as questões relacionadas à sociabilidade do usuário ficariam sem ser resolvidas, então é uma soma de conhecimentos que levam ao atendimento completo do usuário (Entrevistado 10)

A consequente melhora na assistência oferecida ao paciente, o que repercute em melhoria de maneira integral e multidisciplinar na sua qualidade de vida (Entrevistado 11).

Outros consideram a atuação deste profissional, como importante para garantir a qualidade do serviço e o bom funcionamento da instituição, conforme as falas transcritas abaixo.

Permitir que o serviço funcione como se deve, de forma plena [...] Como ele faz parte da equipe colocada pelo Ministério da saúde, sem ele alguns problemas vão ficar sem resolver e o atendimento ao paciente incompleto (Entrevistado 4).

É importante para complementar o trabalho, complementar da aquela ideia de apêndice, mas não é isso que quero dizer, o trabalho realizado á na verdade um todo composto de varias partes, da qual o serviço social é parte muito importante que quando não funciona bem o serviço é comprometido (Entrevistado 5).

Tornar o serviço viável e funcionante, junto com os outros profissionais que compõem a equipe multiprofissional, pois sozinho ninguém faz nada não é? (Entrevistado 7).

Por fim, aparece na fala dos entrevistados à importância do serviço social na instituição/serviço relacionada à necessidade de fortalecer o vínculo

entre profissionais e usuários e de ter um profissional com conhecimento do social é o que expressa às falas subsequentes.

A importância que tem o olhar de um especialista [...] é diferente né? [...] Então eu acho importante é a visão do profissional é ter essa oportunidade de somar experiências [...] e o aproveitamento das habilidades que ela tem e que podem ser utilizadas para melhorar o serviço [...] Então eu acho que é importante por isso (Entrevistado 1).

O Assistente Social é um profissional de extrema importância, pois ele tem uma sensibilidade à causa do nosso serviço que é de HIV/Aids, o vínculo formado entre este profissional, usuários e médicos, permite um melhor andamento do trabalho (Entrevistado 2).

O assistente social dentro de uma equipe multiprofissional é um profissional muito importante para otimizar a relação entre equipe, paciente e sociedade (Entrevistado 8).

Percebemos que as falas analisadas afirmam um dado posto no contexto atual de que na saúde o assistente social é indispensável não para o usuário, mas para manter a tranquilidade nas unidades de saúde, sendo sua presença imperiosa para os médicos que precisam de tranquilidade para realizar consultas, precisam dos pacientes limpos, calmos, passíveis ao tratamento, conformados com a situação da falta de tudo, entre outras questões (VASCONCELOS, 2003).

Apesar disso, devemos reconhecer que são os assistentes sociais que pela formação crítica e generalista que recebem, têm sido articuladores de práticas interdisciplinares, reforçando e facilitando o trabalho em equipe e estabelecendo a possibilidade de se ter uma visão do indivíduo em sua totalidade, considerando aspectos comunitários, familiares, sociais, econômicos e pessoais de sua vivência.

Encerramos afirmando que embora tenha como princípio uma intenção de ruptura com a herança conservadora, o serviço social não conseguiu superar seus paradigmas de intervenção social preservando na atuação profissional características conservadoras, alimentada pelo próprio profissional ao não buscar atualizar sua formação teórica, ética e política, tratando-se da

saúde um campo de atuação por natureza conservador tal situação torna-se ainda mais agravante, conforme dito por Vasconcelos (2003) e confirmado na visão apresentada pelos profissionais entrevistados. Porém, para ser reconhecido como um profissional capacitado teoricamente e tecnicamente, cabe o dever de conhecer a direção social marxista que embasa a formação e a prática profissional na atualidade e assim adequar seus instrumentos e técnicas de trabalho ao projeto ético-político profissional visando à superação da ordem capitalista.

V- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise empreendida, podemos compreender que apesar do surgimento do serviço social enquanto profissão mostrar sua relação direta com sistema capitalista de produção, sobretudo em sua fase monopolista, sendo suas ações respaldadas pelo conservadorismo e tradicionalismo, há por parte dos profissionais dessa categoria, a partir do final da década de 1950, a tentativa de romper com o arsenal teórico positivista que até então os embasava, direcionando a profissão aos interesses da classe trabalhadora.

Neste sentido, a tentativa mais radical foi à aproximação ao marxismo, porém a forma enviesada como esta se deu não permitiu que esse fato ocorresse de imediato, necessitando de um amadurecimento intelectual dos profissionais da área, na própria compreensão da profissão, para que a tradição marxista se consolidasse enquanto teoria que orienta a formação e o exercício profissional.

Contudo, sabemos que traços inerentes à profissão como a questão do sincretismo e a prática indiferenciada, insistem em permear os espaços profissionais impedindo que haja uma relação real entre teoria e prática. Esta situação é ainda mais agravada no contexto atual, marcado pelo fetiche das mercadorias e capitalização da vida social, que impõe à prática do assistente social o imediatismo e pragmatismo, além desta ser marcada pela heterogeneidade e homogeneidade da vida cotidiana.

Além dos pontos já levantados a profissão sofre os arrevanches do novo paradigma que permeia as ciências sociais na atualidade, que nega a racionalidade moderna colocando em cheque a tradição marxista, analisando os fenômenos na sua superficialidade, atuando em nível micro e desconsiderando as múltiplas determinações que constituem um determinado fenômeno. É o (neo) conservadorismo que insiste em agarrar-se a profissão.

Por isso, é importante ressaltar os grandes desafios da atualidade para manutenção da teoria social crítica, bem como da direção social hegemônica na profissão. Apontamos para a necessidade de um aprofundamento teórico por parte dos profissionais para a construção de uma consciência crítica do espaço que ocupa, bem como, da importância da profissão no contexto atual, tendo em vista, que concretizar uma prática profissional crítica exige a clareza

da conexão entre teoria e prática, apropriando-se do instrumental necessário para posteriormente atuar, sobretudo em um campo como o da saúde que na atualidade vem enfrentando as investidas no projeto neoliberal que tenta transformar serviços sociais em espaço de mercantilização e lucratividade, trazendo de volta a lógica da racionalidade privada, criando a supercapitalização, sendo a saúde pública campo privilegiado neste sentido.

A saúde pública no Brasil vem enfrentando sérios entraves para consolidar o seu projeto de cobertura universal iniciado na década de 1980. Como sabemos as muitas leis e decretos sancionados a fim de concretizar a proposta do SUS não tiveram na prática respaldo, sobretudo por parte dos governantes, para oferecer aos cidadãos que dele mais necessitam o acesso a saúde com qualidade.

Em nome da política econômica vigente o Estado vem cada vez mais apostando na focalização, precarização e no desfinanciamento da política de saúde, voltando-se para as políticas públicas de assistência social, investindo principalmente nos programas transferência de renda, especialmente no Bolsa Família. Deste modo, as políticas que integram a seguridade social são fragmentadas e, por isso, não conseguem formar um amplo e articulado mecanismo de proteção social.

Em um país onde o abismo econômico/social que separam ricos e pobres é visivelmente superior e cruel em relação a outros países inclusive de terceiro mundo, as demandas para o setor saúde, principalmente ligadas a doenças oriundas da questão social, tem crescido de forma gritante enquanto os investimentos no setor têm sido cada vez mais tímidos.

Tal fato tem origem na forma como esta política vem sendo conduzida ao longo da história, estando intimamente ligada a concepção econômica e social que permeia a trajetória de cada governo e assim apresentando momentos de alargamento e retração em relação ao acesso por parte da população, como também dos investimentos direcionados a este setor.

Apesar das tentativas de ampliação da cidadania e das lutas empreendidas durante a década de 1980 a fim de expandir o acesso à saúde com qualidade elevando nos termos de Vianna (1998) a cidadania a uma condição de “Robin Hood”, especialmente após a promulgação da Constituição de 1988 e da implantação do SUS, vê-se na prática o desmonte do que foi

estabelecido por lei. Podemos constatar o esfacelamento do SUS, principal projeto universalista existente, fazendo com que as demandas do setor saúde se direcionem cada vez mais ao setor privado, ficando para o público o atendimento precário aos mais pobres numa perspectiva de focalização.

Toda a problemática acima descrita afeta diretamente a prática do assistente social neste setor, que inserido na divisão social e técnica do trabalho submete-se a um empregador que geralmente requisita deste profissional uma atuação contrária a direção social assumida pela profissão no contexto atual. Como a saúde passa a adotar redução de gastos com a força de trabalho pelo mecanismo do desemprego ou redução de encargos com trabalho formal a situação deste profissional fica ainda mais complicada, pois acima de tudo devemos considerar que para suprir suas necessidades básicas o ser humano precisa trabalhar e para conseguir trabalho muitas vezes tem que se submeter às piores condições, o que influencia diretamente na qualidade do serviço prestado, pois o serviço social vive de perto os rebatimentos da precarização da vida em todos os sentidos.

A situação torna-se ainda mais gritante quando nos referimos ao trabalho direcionado ao enfrentamento do HIV/Aids no Brasil, pois assistimos atualmente a um processo de diminuição das campanhas educativas e de investimento em pesquisa para conhecer os caminhos do vírus e as formas de prevenção, depois que se evidenciou o fenômeno de pauperização da Aids, ou seja, o empobrecimento da doença, passando à investimentos nas pesquisas para produção de medicamentos cada vez mais caros assumidos pela saúde pública para distribuição gratuita.

Para prestar um trabalho com qualificação o profissional precisa adquirir especialização e conhecimento de todos os segmentos sociais, pois o campo do HIV/Aids requer uma política interdisciplinar para seu enfrentamento, considerando que esta demanda representa um vasto campo de atuação para o assistente social, pois as pessoas que vivem com HIV/Aids passam por um amplo processo de exclusão social e esta vivência se torna objeto de ação deste profissional, impondo desafios a sua prática, oriundos da própria doença e da precariedade dos serviços de saúde, agravando-se pela situação de pobreza em que a população está submersa.

Por estas razões, consideramos que estudos que visem desvelar como a atuação deste profissional vem sendo desenvolvida nos serviços direcionados especificamente para o enfrentamento do HIV/Aids no Brasil, tornam-se condição primordial para avaliar a qualidade dos serviços prestados a população, sobretudo na visão das equipes, tendo em vista que o bom exercício profissional passa pelo reconhecimento destas do trabalho de outrem, foi o que nos dispomos a fazer no município de Campina Grande-PB.

Através da pesquisa realizada podemos compreender que no se refere ao perfil dos serviços pesquisados estes são de suma importância no combate a epidemia da Aids no Estado da Paraíba e, sobretudo, na cidade de Campina Grande, na qual os mesmos estão situados, dado que pôde ser confirmado nos números de atendimentos realizados por estes serviços e apresentados no item 3.1. Já no que se refere ao perfil dos sujeitos entrevistados, percebemos que as pessoas que procuram os serviços direcionados especificamente ao enfrentamento do HIV/Aids, contam com o apoio de profissionais capacitados e com uma larga experiência em saúde pública direcionada a área de infectologia e, sobretudo, com tempo considerável de atuação nos serviços pesquisados, o que vem possibilitando a construção do vínculo e proporcionando um atendimento humanizado.

Consernte a atuação do assistente social nos serviços os dados da pesquisa revelaram o direcionamento da prática para a tendência, já apresentada por Soares (2010), do atendimento direto ao usuário, desprivilegiando ações de cunho educativo, que envolvem o processo de educação em saúde, fato preponderante na média e na alta complexidade onde está empregada a maioria dos assistentes sociais, tendo em vista que houve destaque para a realização das práticas de acolhimento e aconselhamento, estas apresentadas também como requisições do modelo privatista de saúde para o serviço social.

No que se refere à prática interdisciplinar ficou claro que nas equipes estudadas há uma tentativa constante de se estabelecer uma troca de informações ou a consulta de outros saberes para auxiliar o saber médico, porém tais práticas não podem ser consideradas como interdisciplinares, havendo, na realidade, uma prática ora multiprofissional, que esta relacionada às várias categorias profissionais atuando na mesma área, porém de forma

isolada; ora multidisciplinar, que consiste em várias categorias profissionais atuando nas suas especificidades com um objetivo em comum a ser alcançado. Sendo necessário que as equipes problematizem a interdisciplinaridade relacionando-a a aspectos sociais, econômicos e políticos, pondo fim definitivamente a hierarquização do saber, tendo em vista um atendimento integral e resolutivo ao usuário.

Enfatizamos a falta da equipe de conhecimentos sobre os objetivos, atribuições e demandas de cada profissional, pois a falta deste tipo de informação pode por fim a esperança de consolidação de um trabalho interdisciplinar.

Tratando-se do entendimento da equipe do papel do assistente social, podemos identificar referência à absorção ou ocultação dos conflitos institucionais e ao atendimento de demandas que perturbem o funcionamento das unidades de saúde, conforme tendência apresentada por Vasconcelos (2007), atuação que pode promover a despolitização e a adaptação do usuário ao sistema.

Tal assertiva é confirmada quando há referência à pertinência da atuação deste profissional no campo do HIV/Aids, num sentido de complementariedade da ação de outros profissionais, sobretudo dos médicos, e a identificação de questões específicas do serviço social como sendo aquelas majoritariamente ligadas ao atendimento direto ao usuário em detrimento de ações que visem o fortalecimento político e o protagonismo do sujeito assistido o que reforça a idéia da imediatividade da prática profissional. Outros profissionais foram enfáticos em seus depoimentos ao afirmar que só encaminham para o assistente social os problemas que fogem da sua alçada e impedem que o tratamento do usuário se realize por completo, além de requisição ao assistente social para atender demandas que não competem exclusivamente a este profissional.

Por fim, ao questionarmos qual a importância do assistente social para o trabalho desenvolvido pela equipe e para o serviço percebemos que as falas analisadas afirmam um dado posto no contexto atual de que na saúde o assistente social é indispensável não para o usuário, mas para manter a tranquilidade nas unidades de saúde, sendo sua presença imperiosa para os médicos que precisam de tranquilidade para realizar consultas, precisam dos

pacientes limpos, calmos, passíveis ao tratamento, conformados com a situação da falta de tudo, entre outras questões. Fato constatado quando questionamos se o número de assistentes sociais é suficiente e a opção não obteve 27%, o que corresponde à própria ideia de atuação deste profissional, que para os demais se configura em “apoio” ou “complemento”, não havendo necessidade de expansão de quadro.

Podemos ainda confirmar que a intervenção do Serviço Social é considerada pelos sujeitos da pesquisa como basicamente assistencial, contudo, ponderamos que é o assistente social que por estar articulado a uma profissão generalista com inserção em vários campos inclusive na saúde, geralmente se compromete com a consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde, lançando mão dos seus instrumentos de trabalho como forma de mediar a relação entre sua prática e o projeto ético-político profissional, o Código de Ética, as Leis de Regulamentação da Profissão e, atualmente, com os Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Saúde, reconhecendo a articulação destes com os princípios da cidadania, da autonomia, da democracia, dos direitos humanos, do pluralismo e, sobretudo, da superação da ordem capitalista.

Encerramos, reafirmando que modificações no sistema de saúde atual é uma condição indispensável para garantir uma prática resolutiva e de qualidade, assim como, a busca dos profissionais de superar seus paradigmas de intervenção social, buscando atualizar sua formação teórica, ética e política, já que muitas das problemáticas retratadas neste estudo estão intimamente relacionadas à história sócio-política do nosso país, necessitando para sua alteração de organização da sociedade civil e de mudanças nos rumos governamentais e se isso não for possível nesta ordem, superá-la será fundamental.

Desta forma, esperamos que os resultados aqui apresentados propiciem subsídios importantes para se pensar a importância da atuação profissional do assistente social nos serviços de enfrentamento do HIV/Aids em Campina Grande-PB.

VI- REFERÊNCIAS

ABDALLA, F. T. M. **Abertura da Privacidade e o Sigilo do HI/Aids nas Equipes do Programa Saúde da Família de Uma Unidade Básica de Saúde do Município de São Paulo**. Dissertação de Mestrado. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

ARAÚJO, M. A. L. **Avaliação da implementação do aconselhamento e diagnóstico do HIV no pré-natal**. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, 2005.

BAPTISTA, T. W. F. O Direito à Saúde no Brasil: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: **Textos de Apoio em Políticas de Saúde**. Escola Politécnica de Saúde (org.). Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

BARROSO, N.P. **A Atuação do Serviço Social Nos Serviços de Assistência Especializada (SAES) Em HIV/Aids No Estado da Paraíba e a Afirmação do Direito à Saúde**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2009.

BASTOS, I. F. **Aids na Terceira Década**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

BETTIOL, L. M. **Saúde e Participação Popular em Questão: o Programa Saúde da Família**. São Paulo: UNESP, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico da Aids**. Ano XII, nº 3, Brasília, 1999a.

_____. Ministério da Saúde. CN-DST/Aids. **Aconselhamento em DST/Aids. Diretrizes e procedimentos básicos**. Brasília, 1999b.

_____. Lei M. 8.662/93, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de assistente social e das outras providências. 1 Assistente Social: Ética e Direitos- Coleção de leis e resoluções. CRESS, 7ª região. Rio de Janeiro, 2002.

_____. Ministério da Saúde. CN-DST/Aids. **Guia de tratamento: recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Qualiaids: Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS**. Brasília, nº 1, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico da Aids**. Ano XII, nº 3, Brasília, 2010.

BRAVO, M. I. S. Política da Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E; BRAVO, M. I. S; UCHÔA, R; NOGUEIRA, V. M. R; MARSIGLIA, R; GOMES, L; TEXEIRA, M. (orgs.). **Serviço Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____. A política de saúde no governo Lula. In: **Revista Inscrita**. Ano VI, nºIX, novembro. 2004.

_____. Serviço Social e Saúde: desafios atuais. In: **Revista Temporalis**. Ano VII, nº 13, Janeiro a junho de 2007.

CEFSS. **Código de Ética do Assistente Social**. Resolução CEFSS N. 273/93. Brasília, 1997.

_____. **Parâmetros Para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Série: Trabalho e projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília, 2010.

COUTINHO, C. N. **O estruturalismo e a miséria da razão; posfáciode José Paulo Netto**. São Paulo: Expressão Popular, 2010.

COHN, A.; NUNES, E.; JACOBI, P. R.; KARSCH, U. S. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 5ª Edição, 2008.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. São Paulo: Cortez, 1995.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C. (org.) **Saúde e Democracia. Histórias e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

ESCOREL, S.; BLOCH, R. A. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C. (org.) **Saúde e Democracia. Histórias e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

FALEIROS, V. P. **Estratégias Em Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2º Ed., 1999.

_____. O Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais na Conjuntura dos anos 70. In: **30 Anos do Congresso da Virada**. Conselho federal de Serviço Social (CEFSS) (organizador), Conselho Regional de Serviço Social- S. Paulo (CRESS- 9º Região), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO) (Co-organizadores). Brasília, 2009.

FÁVERO, E. T. Serviço Social, Direitos e Prática Profissional. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2009.

FERNANDES, A.; MAIA, C. L. **Dos Atores e dos Cenários: municipalização da saúde em Campina Grande**. Campina Grande: EDUEPB, 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

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 epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1997.

_____. **Aids no Brasil: A Agenda de Construção de uma Epidemia**. São Paulo: Editora 34, 2000.

GUERRA, Y. A dimensão investigativa no exercício profissional. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____; FORTI, V. “na Prática a Teoria é Outra?”. In: **Serviço Social: Temas, Textos e Contextos**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2º Ed., 2011.

GUIMARÃES, C. D. **Aids no Feminino. Por que a cada dia mais mulheres contraem Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2001.

IAMAMOTO, M. V. **Relações Sociais e Serviço Social: Esboço de uma interpretação histórico-crítico**. São Paulo: Cortez, 13º Ed, 2000.

_____. **Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 11º Ed, 2004.

_____. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social Ensaio Críticos**. São Paulo: Cortez, 7º Ed, 2004a.

_____. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 3ª Ed, 2008.

KERN, A. F. \estratégias de Fortalecimento no Contexto da Aids. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2003.

LOPES, C. R. 25 anos de Aids. A epidemia mudou e o mundo também. In: **Radis. Comunicação em Saúde**. Rio de Janeiro, 2005.

MARANHÃO, C. H. **Sincretismo tradição marxista e estratégias de ação profissional**: notas sobre a importância histórico-ontológica dos fundamentos para a ruptura com o conservadorismo no Serviço Social. Recife, 2006. Mimeo.

MARINS, J. R. P. Conhecendo a Aids. In. **Manual de Atenção Psiquiátrica em HIV/Aids**. CN-DST/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MATOS, C. M. O Debate do Serviço Social na Saúde na Década de 90. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2003.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª ed., São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1996.

MOREIRA, S. S. **O projeto ético-político e a prática profissional dos assistentes sociais**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2006.

NETTO, José Paulo. O Serviço Social e a tradição marxista. In **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 1989. Ano X – nº 30.

_____. **Ditadura e Serviço Social: Uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. São Paulo: Cortez, 2007. 11ª Ed.

_____. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2009. 7ª Ed.

_____. III CBAS: Algumas Referências Para Sua Contextualização. In: **30 Anos do Congresso da Virada**. Conselho federal de Serviço Social (CEFSS)(organizador), Conselho Regional de Serviço Social- S. Paulo (CRESS- 9ª Região), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), executiva Nacional de Estudantes de Serviço Social (ENESSO)(Co-organizadores). Brasília, 2009a.

_____. Introdução ao Método da Teoria Social. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009b.

NEVES, L. A. de S. **Prevenção da transmissão vertical do HIV/Aids: Saúde e Democracia Histórias e Perspectivas do SUS**. Ribeirão Preto, 2005.

ORTIZ, F. G. Serviço Social e Trabalho Interdisciplinar. In: MOTA, A. E. (org.) **As Ideologias da Contrarreforma e o serviço Social**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2010.

PATRIOTA, L. M; AMORIM, J. A; SCHULZE, M. B. Aids: Transformações Sociais, Políticas e Culturais Produzidas pela Epidemia. In: **Revista Oficina**. Belo Horizonte, Faculdade de Ciências Humanas, FUMEC, 2003.

_____; SOUSA, G. G. de; SOUSA, C. M. M. de; NOBREGA, M. B. da. **A história e o perfil das ONGS/Aids de Campina Grande**. XI Encontro Latino-

Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino-Americano de Pós-Graduação. Universidade do Vale do Paraíba. São José dos Campos, 2007.

PAULILO, M. A. S. **AIDS Os Sentidos do Risco**. São Paulo: Veras Editora, 1999.

PINEL, A. C.; INGLES, E. **O que é Aids?** São Paulo: Brasiliense, 1996.

PONTES, R. N. **Mediação e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2008. 5ª Ed.

RADIS. Comunicação em saúde. **Um estudo para salvar bebês da Aids**. Rio de Janeiro, 2006.

RADIS. Comunicação em saúde. **Constituição 20 anos Saúde direito de todos e dever do Estado**. Rio de Janeiro, nº 72, 2008.

SANTOS, R. M. O Serviço Social e a Exclusão/Inclusão Social dos Portadores de HIV/Aids. In: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2006b.

SANTOS, C. M. Os Instrumentos e Técnicas na Formação Profissional do Assistente Social no Brasil. In: **Revista Temporalis**. Ano VI, nº 11, Janeiro a junho de 2006.

_____. **Na Prática a Teoria é Outra?** Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2011.

SOARES, R. C. Contrarreforma na Política de Saúde e Prática Profissional do Assistente Social nos anos 2000. In: MOTA, A. E. (org.) **As Ideologias da Contrarreforma e o serviço Social**. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2010.

SOBRINHO, E. J. M. A; SOUSA, F. S. A tarefa: Apagar os sinais vermelhos do PSF. In: SOUSA, M. F. S (org.) **Os Sinais Vermelhos do PSF**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

SOBRINHO, E. J. M. A; CHIESA, A. M.; SOUSA, M. F. PSF: Um sonho possível na cidade de São Paulo. In: SOUSA, M. F. S (org.). **Os Sinais Vermelhos do PSF**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

SOUZA, M. A. S. L. Trabalho em Saúde: As (Re) Configurações do Processo de Desregulamentação do Trabalho. In: DAVI, J; MARTINIANO, C; PATRIOTA, L. M. **Seguridade Social e Saúde: Têndencias e Desafios. Campina Grande: Editora EDUEPB, 2009.**

TEIXEIRA, P. R. Políticas Públicas em Aids. In: PARKER, R. (Org.) **Políticas Instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1997.

TEIXEIRA, M. J. O. O Programa Saúde da Família, o Serviço Social e o Canto do Rouxinol. In: BRAVO, M. I. S; PEREIRA, P. A. P. (orgs.) **Política Social e Democracia.** São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde.** São Paulo: Cortez, 2003. 2º Ed.

_____. Sistema Único de saúde, Profissões de Saúde Formação In: **Revista Temporalis.** Ano VII, nº 13, Janeiro a junho de 2007.

VÁZQUEZ, A. S. **Filosofia da Práxis.** 1. Ed. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciências Sociales – CLACSO; São Paulo: Expressão Popular, 2007.

VIANNA, M. L. T. W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil: Estratégias de bem-estar e políticas públicas.** Rio de Janeiro, Revan: UCAM, IUPERJ, 1998.

YAZBEK. M. C. O Significado Sócio-Histórico da Profissão. In: **Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais.** Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

Endereços eletrônicos consultados:

www.unaids.org/en/

<http://portalsaude.saude.gov.br>

www.cfess.org.br

www.saude.pb.gov.br/sit/seded.html

ANEXOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

DA: Prof.^a Dr.^a Maria de Lourdes Soares

PARA: Comissão de Ética do Hospital Universitário Alcides Craneiro

Apresentamos a V. S^{as}, DÉBORA SUELLE MARCELINO DE MIRANDA matrícula 110100121, aluna regularmente matriculada neste Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, nível Mestrado Acadêmico, que desenvolve o Projeto de Pesquisa, sob o título: "O SERVIÇO SOCIAL E O ENFRENTAMENTO DA AIDS NA PARAIBA: um estudo sobre a prática profissional do Assistente Social a luz das equipes interdisciplinares dos serviços de atendimento a portadores de HIV/AIDS do município de Campina Grande, sob a orientação da Prof.^a Dr JALDES REIS DE MENESES.

João Pessoa, 10 de maio de 2011.

Maria de Lourdes Soares

Profa. Maria de Lourdes Soares
SIAPE: 338368 - Coordenadora
Pós-Graduação em Serviço Social



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO

Setor: Infectologia

Rua: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José.

Cep: 58107 – 670, Tel.: 2101 – 5579

DECLARAÇÃO

Eu, Socorro Gouveia, Chefe do setor de Infectologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro – HUAC/ UFCG, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“O SERVIÇO SOCIAL E O ENFRENTAMENTO DA AIDS NA PARAÍBA: um estudo sobre a prática profissional do assistente social à luz das equipes interdisciplinares dos serviços de atendimento a portadores de HIV/Aids do município de Campina Grande-PB”**, que será realizada com profissionais de nível superior das Alas Clínicas do setor de Infectologia, com abordagem quantiquantitativa, do referido Hospital no período de Agosto a Setembro de 2011, tendo como pesquisadora **Débora Suelle Marcelino de Miranda** mestranda em Serviço Social do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – PPGSS da UFPB.

Campina Grande, 05 de julho de 2011

Dr^a Socorro Gouveia

Chefe do Setor de Infectologia- HUAC/ UFCG



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE
GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
COORDENAÇÃO DE DST/AIDS**

Autorização Institucional para Pesquisa

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do Projeto de pesquisa intitulado "O SERVIÇO SOCIAL E O ENFRENTAMENTO DA AIDS NA PARAIBA: um estudo sobre a prática profissional do assistente social à luz das equipes interdisciplinares dos serviços de atendimento a portadores de HIV/Aids do município de Campina Grande-PB", sob responsabilidade da pesquisadora Débora Suelle Marcelino de Miranda, mestranda em Serviço Social do Programa de Pós -graduação em Serviço Social -PPGSS, da Universidade Federal da Paraíba- UFPB.

Campina Grande, 24 de Maio de 2011.

OLENICE ERNESTO DE ARAÚJO
Coordenadora Municipal de DST/AIDS



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que em reunião de 31/ 08/ 2011 foi aprovado o **Processo nº. 20111807 - 026** intitulado: **O SERVIÇO SOCIAL E O ENFRENTAMENTO DA AIDS NA PARAÍBA: um estudo sobre a prática profissional do assistente social à luz das equipes interdisciplinares dos serviços de atendimento a portadores de HIV/ Aids do município de Campina Grande - PB.**

Projeto a ser realizado no período de: Setembro de 2011 a Março de 2012.

Estando o pesquisador ciente de cumprir integralmente os itens da Resolução nº. 196/ 96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve seres humanos, podendo sofrer penalidades caso não cumpra com um dos itens da resolução supra citada.

Após conclusão da pesquisa deve ser encaminhado ao CEP/ HUAC, em 30 dias (trinta dias), relatório final de conclusão, antes de envio do trabalho para publicação. Haverá apresentação pública do trabalho no Centro de Estudos HUAC em data a ser acordada entre pesquisador e CEP/ HUAC.

Karynna Magalhães Barros da Nóbrega
Coordenadora CEP/ HUAC/ UFCG.

Campina Grande - PB, 02 de Setembro de 2011.



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFPG
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALCIDES CARNEIRO - HUAC



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Débora Suelle Marcelino de Miranda realizou a entrega do relatório final, bem como apresentação oral referente à pesquisa de número de Protocolo: 20111807 - 026, intitulada: O SERVIÇO SOCIAL E O ENFRENTAMENTO DA AIDS NA PARAÍBA: um estudo sobre a atuação profissional do assistente social à luz das equipes multidisciplinares dos serviços de diagnóstico e atendimento a portadores de HIV/Aids do município de Campina Grande-PB; ressaltamos ainda que a mesma se encontra apta à publicação.

Campina Grande - PB, 03 de Maio de 2013.

Prof.ª Maria Teresa Nascimento Silva
Coordenadora CEP/ HUAC/ UFPG

Rua.: Dr. Carlos Chagas, s/ n, São José, Campina Grande – PB.
Telefone.: (83) 2101 – 5545. E-mail.: cep@huac.ufcg.edu.br

APÊNDICES

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Número da entrevista:Data:

Serviço em HIV/Aids:Identificação do Serviço:

Pesquisadora:

01)- Sexo do entrevistado: () Feminino () Masculino

02)- Formação profissional do entrevistado:

03)- Tempo de formação:

04)- Pós-graduação: () sim () Não

05)- Nível da Pós-graduação:

06)- Área da Pós-graduação:

07)- Tempo de atuação em DST/Aids:

08)- Tempo de atuação na instituição pesquisada:

09)- Tipo de vínculo profissional:

10)- Idade: () 20-30 anos () 31 a 41 anos () 42 a 52 anos () 53 a 63 () 64 ou mais

11)- Em sua opinião há déficit de profissionais de Serviço Social na instituição? () sim () não

12)- Quais das atribuições preconizadas pelo Ministério da Saúde são exercidas pelo assistente social neste serviço?

() Acolhimento.

() Aconselhamento.

() Organização de atividades educativas.

() Elaboração de estratégias para articulação entre a família do usuário e o serviço.

() Encaminhamento de usuário para outras políticas de saúde e/ou assistência social.

() Transmitir informações com relação a serviços públicos e comunitários disponíveis ao paciente, bem como de benefícios.

() Articulação com unidades de saúde

() Distribuição de insumos de prevenção

() Adesão ao tratamento

() Visita domiciliar

() Outros: _____

13)- Na sua opinião o Assistente Social vem respondendo as atribuições postas? Complemente sua resposta.

14)- Na sua concepção a temática do HIV/Aids é um campo de atuação para o Assistente Social? Por quê?

**15)-Você identifica questões específicas do serviço social? () sim () não.
Que tipo de questões você encaminha para o Serviço Social?**

16)- Existe alguma relação entre o seu trabalho e o trabalho exercido pelo Assistente Social neste serviço? Como se dá esta relação?

17)-Em sua opinião qual o papel do assistente social na instituição?

18)- Qual a importância da prática exercida por este profissional para o serviço?

19)- Gostaria de acrescentar algo mais?

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu _____, cidadão(ã) brasileiro(a), em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da pesquisa **“O SERVIÇO SOCIAL E O ENFRENTAMENTO DA AIDS NA PARAÍBA: um estudo sobre a prática profissional do assistente social à luz das equipes interdisciplinares dos serviços de atendimento a portadores de HIV/Aids do município de Campina Grande-PB ”**, sob a responsabilidade da pesquisadora **Débora Suelle Marcelino de Miranda**, orientada pelo professor doutor **Jaldes Reis de Menezes**. O meu consentimento em participar da pesquisa se deu após ter sido informado(a) pela pesquisadora de que:

1. A pesquisa se justifica pela necessidade de se conhecer e analisar como vem se desenvolvendo a prática do assistente social nos serviços especializados em atendimento a portadores de DST/Aids.
2. Seu objetivo é conhecer como a prática do serviço social vem sendo desenvolvida nestas instituições, a partir da fala dos demais profissionais de nível superior que atuam nas mesmas.
3. Os dados serão coletados através da entrevista semi-estruturada. Depois de coletados os dados serão submetidos à técnica de análise de conteúdo.
4. Minha participação ocorrerá através do fornecimento de dados e é voluntária, tendo eu a liberdade de desistir a qualquer momento sem risco de qualquer penalização.
5. Será garantido o meu anonimato e guardado sigilo de dados confidenciais. Em nenhum momento ou documento meu nome será citado e as informações fornecidas por mim apenas serão acessadas pela pesquisadora responsável.

6. Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora durante e/ou após a coleta de dados, poderei fazê-lo pelo telefone **(083)-3331.9325**
7. Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados com a pesquisadora.

Campina Grande, ____ de _____ de 2011.

Participante

Pesquisadora

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA
TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Por este Termo de Compromisso, eu, abaixo-assinado, autora da pesquisa intitulada **“O SERVIÇO SOCIAL E O ENFRENTAMENTO DA AIDS NA PARAÍBA: um estudo sobre a prática profissional do assistente social à luz das equipes interdisciplinares dos serviços de atendimento a portadores de HIV/Aids do município de Campina Grande-PB”** assumo cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, outorgada pelo decreto nº. 93.833. de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na mesma, por um período de cinco anos após o término desta. Apresentaremos sempre que solicitado pelo Conselho Central de ética desta Universidade ou pelo Conselho Nacional de ética em Pesquisa, ou ainda as curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao Comitê de Ética da UFCG, qualquer eventual modificação proposta ao supracitado projeto.

Campina Grande – PB _____ de _____ de 2011.

Autora da pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

A Ilmo (a). Sr (a)

Coordenador (a) do Sistema de Informações da Secretaria de Saúde do Estado da Paraíba

Ilustríssima senhor (a) Coordenador (a) Em virtude da realização da pesquisa intitulada “O SERVIÇO SOCIAL E O ENFRENTAMENTO DA AÍDS NA PARAÍBA: um estudo sobre a prática profissional do assistente social à luz das equipes interdisciplinares dos serviços de atendimento a portadores de HIV/Aids do município de Campina Grande-PB, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social – PPGSS, da Universidade Federal da Paraíba – UFPB, venho solicitar as informações epidemiológicas abaixo referidas, relativas ao Estado da Paraíba, a saber:

- Ano de identificação do 1º caso de Aids no município;
- Total de casos notificados do ano da primeira identificação até hoje;
- Total de óbitos do ano da primeira identificação até hoje;
- Número de casos entre mulheres;
- Número de casos entre homens;
- Número de casos entre jovens de 13 a 24 anos;
- Principais categorias de exposição;
- Número de casos entre crianças (total discriminado por sexo);
- Total de casos de HIV/Aids em gestantes;
- Total de casos em idosos;
- Total de casos em UDIs;
- Total de notificações de casos de HIV/Aids por municípios paraibanos.

Ressaltamos que o fornecimento destas informações, será de suma importância para a construção do relatório desta pesquisa, esclarecendo a real situação em que a epidemia se encontra no supracitado Estado e conseqüentemente no município pesquisado.

Enfatizamos também, que a realização da pesquisa nos serviços de atendimento a portadores de HIV/Aids foi aprovada pela Coordenação Municipal de DST/Aids, bem como, pelo Comitê de Ética Em Pesquisa Com Seres Humanos – CEP do Hospital Universitário Alcides Carneiro/ Universidade Federal de Campina Grande - UFCG (processo nº. 2011807 – 026) em 02 de Setembro de 2011.

Atenciosamente,

Débora Suelle Marcelino de Miranda (83- 33319325)
(Pesquisadora responsável)