

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIENCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS.**

**ANNE GABRIELA VEIGA ROCHA**

**O SERVIÇO SOCIAL E O ENFRENTAMENTO DA AIDS NO  
MARANHÃO: um estudo sobre a prática dos assistentes sociais  
nos programas de DST/AIDS em São Luis.**

**São Luís.  
2007**

**ANNE GABRIELA VEIGA ROCHA**

**O SERVIÇO SOCIAL E O ENFRENTAMENTO DA AIDS NO  
MARANHÃO: um estudo sobre a prática dos assistentes sociais  
nos programas de DST/AIDS em São Luís.**

Dissertação apresentada ao programa de  
Pós-Graduação em Políticas Públicas da  
Universidade Federal do Maranhão como  
requisito para obtenção do título de  
Mestra em Políticas Públicas.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. dra<sup>a</sup>. Marina Maciel  
Abreu

**São Luís.  
2007**

**ANNE GABRIELA VEIGA ROCHA**

**O SERVIÇO SOCIAL E O ENFRENTAMENTO DA AIDS NO  
MARANHÃO: um estudo sobre a prática dos assistentes sociais  
nos programas de DST/AIDS em São Luís.**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do título de Mestra em Políticas Públicas.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Marina Maciel Abreu (Orientadora).  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Franci Gomes Cardoso  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>a</sup>.Dr<sup>a</sup>.Salviana de Maria Pastor dos Santos Sousa.  
Universidade Federal do Maranhão

*A meus pais, Maria José (In memoriam) e José Raimundo (In Memoriam), pelo exemplo de vida, educadores, amigos, que não compartilharam comigo este sonho, por tudo que vivemos e por cada lembrança do dia-a-dia.*

## AGRADECIMENTOS

Existe uma luz, que me faz acreditar na vida: a ti, Jesus, pela oportunidade de concretizar mais um sonho e pela certeza que tuas mãos sempre me guiaram.

Aos meus filhos, Daniela e Gabriel, pedaços de mim, pelas faltas, cansaços e estresses, que eles nunca entenderam, por me tirarem do computador várias vezes, pedindo um pouco mais de atenção, amo vocês muito, e perdoem minhas ausências.

Às minhas irmãs, Anne Kelly e Adriana, por me escutarem durante essa jornada e incentivando em vários momentos para nunca desistir, amo vocês demais.

Aos homens que fazem parte da minha vida, Fernandinho meu sobrinho, e Rodrigo meu cunhado, pela paciência e por me socorrer várias vezes, quando perdia as versões deste trabalho no micro.

A minha orientadora, Marina Maciel Abreu, com quem aprendi várias lições principalmente, que uma pesquisa se constrói muitas vezes de forma difícil, retalhada, confusa, mas sempre acreditando no meu potencial, uma doutora exemplo, fortaleza de mulher, admirável, a quem, em muitos momentos, chamo de mãe, obrigado por tudo Marina.

As professoras Franci Cardoso e Salviana Souza, pela oportunidade de compartilhar comigo deste momento, e admirá-las pela paixão ao Serviço Social.

As professoras do Curso de Serviço Social, pelo aprendizado, pela oportunidade de amadurecimento e formação em uma profissão complexa e inigualável.

As minhas amigas Marli Alcântara e Cristiana Lima, que viveram comigo diferentes momentos durante todo o mestrado, pelas noites mal dormidas e tardes infinitas estudando afinco.

A minha irmã espiritual Selma Brandão, por viver comigo pedaços de uma história cheia de obstáculos e alegrias, e a certeza que em nossas vidas existem laços que nunca desmancharão.

A todas as alunas (os) de Serviço Social, pela oportunidade única da expansão do conhecimento.

A Célia Bastos, minha mãe, chefe, amiga, companheira de muitas horas e conselheira em muitos momentos, obrigado por tudo que você fez e faz por mim todos os dias.

A minhas companheiras (os) de trabalho no SAE, Rosangela, Ilma, Gilzélia, Conceição Pedroso, Zilma, Eloísa, Lenar, Karla, Patrícia, Alex, D. Didi, equipe multiprofissional, que trabalha com paixão acreditando em um milagre, chamado cura.

A todos os funcionários do Centro de Saúde de Fátima, por respeitarem as diferenças e trabalharem afincado pela melhoria da qualidade de saúde desta comunidade.

A Coordenação Municipal de DST/AIDS do Município de São Luís e ao Departamento de Atenção as DST/AIDS do Estado do Maranhão, muito obrigado.

As Assistentes Sociais que compõem a rede de serviços do município de São Luís, todas as companheiras, que atendem ou não os portadores de HIV/AIDS, na rotina de seu trabalho.

Aos portadores de HIV e doentes de AIDS, por muitas histórias que fomos protagonistas, por doces lembranças, e muitas dores; obrigada por respeitarem o meu trabalho e a certeza que enquanto profissional posso fazer algo por vocês, VIVA A VIDA!

À CAPES, pela bolsa de estudo concedida durante o mestrado, sem a qual teria enfrentado muitas dificuldades.

Por cada dia, a todos, que passaram por mim durante esta trajetória, agradeço por tudo!

*“[...] um dos grandes conflitos enfrentados pelos assistentes sociais é trabalhar demandas, pleitos, exigências imediatas – a dor, o sofrimento, a falta de tudo, a iminência da morte, da perda do outro, enfim, a falta de condições de trabalho, as condições de vida e o estilo – sem perder a perspectiva de médio e longo prazo. Ou seja, enfrentar os problemas cotidianos, sem perder de vista que, nesta realidade social, ainda que seja necessário enfrentar e dar respostas às questões imediatas, elas não se resolverão nesta organização social assentada na exploração do homem pelo homem. Sem consciência e instrumental teórico e técnicos necessários para apreender a lógica da organização social capitalista, não se trabalha na direção dos interesses e necessidades históricos da classe trabalhadora!”*

*Ana Maria de Vasconcelos*

## **RESUMO**

Trata-se de um estudo sobre a prática do Assistente Social, nos Programas de DST/HIV/AIDS no município de São Luís, tendo como referência uma análise da epidemia da AIDS como problema de âmbito mundial, as particularidades da epidemia no Brasil, bem como a construção da política nacional e seus desdobramentos no Maranhão, particularmente em São Luís. Destacamos o perfil epidemiológico da doença no país, suas demandas atuais em relação à contaminação e a inserção do Serviço Social. Contextualiza e configura a prática profissional no universo das unidades de Saúde do município, que atuam diretamente com o Programa DST/HIV/AIDS dando ênfase à ação diária do profissional, tendo como base de intervenção, a técnica do aconselhamento, instrumental operativo, primordial para o desenvolvimento das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento no programa em todo o país.

Palavras-Chave: AIDS. Política de Combate a Aids. Prática do Assistente Social. SUS. Aconselhamento.

## SUMMARY

This is a study on the practical of Social Assistant, in Programs of STD/HIV/AIDS in the city of São Luis/MA, having as reference an analysis of the epidemic of AIDS as problem of world-wide scope, the peculiarities of the epidemic in Brazil, and as well as the construction of the national policies and its unfoldings in the Maranhão, privately in São Luis. We detach the profile epidemiological of the illness in the country, its demands in relation to the contamination and the insertion of the Social Service. Contextalive and configures the practical professional in the universe of the Units of Health of the city, that directly act with Program DST/HIV/AIDS giving emphasis to the daily action of the professional, having as intervention support, the technique of the advisement, instrumental operating essential for the development of the prevention actions, diagnosis and treatment in the Program in all country.

Keywords: AIDS. Polícy Against Aids. Practical of Social Assistant. SUS. Advisement.

## LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

ADT – Atendimento Domiciliar Terapêutico.

BIRD – Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento.

CAIS – Comissão Interinstitucional de Prevenção e Controle das DST/AIDS.

CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento.

COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico.

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis.

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana.

LAV – Vírus associado à Linfadenopatia.

MS – Ministério da Saúde.

ONG – Organização não Governamental.

PSF – Programa de Saúde da Família.

SAE – Serviço de Atendimento Especializado.

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SEMUS - Secretaria Municipal de São Luís.

SINAN – Sistema de Nacional de Agravos de Notificação.

SUS – Sistema Único de Saúde.

UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas para a AIDS.

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e Cultura.

.

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                                  |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                                                         | <b>11</b> |
| <b>2 A QUESTÃO DA AIDS E A POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO NO BRASIL:<br/>particularidades no Maranhão e a inserção do Serviço social.....</b>         | <b>21</b> |
| <b>2.1. O atual perfil epidemiológico e a política de enfrentamento da AIDS no<br/>Brasil e expressões no Maranhão.....</b>                      | <b>21</b> |
| <b>2.2 Programas DST/AIDS no Maranhão e demandas para o Serviço Social..</b>                                                                     | <b>39</b> |
| <b>3 A PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NOS PROGRAMAS DE DST/ AIDS<br/>EM SÃO LUÍS.....</b>                                                          | <b>48</b> |
| <b>3.1. Configuração da prática dos assistentes sociais.....</b>                                                                                 | <b>48</b> |
| <b>3.2. O aconselhamento como instrumental técnico-operativo no âmbito<br/>dos programas de DST/AIDS e a participação do Serviço Social.....</b> | <b>70</b> |
| <b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>                                                                                                               | <b>79</b> |
| REFERÊNCIAS.....                                                                                                                                 | 83        |
| APÊNDICE.....                                                                                                                                    | 88        |
| ANEXOS.....                                                                                                                                      | 92        |

## 1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) manifesta-se como um problema de ordem mundial que atinge de forma indiscriminada todos os segmentos da população humana. O surgimento da AIDS, no início da década de 1980, causou grande impacto mundial como uma doença vergonhosa e condenável de homossexuais, ocasionando grandes receios aos profissionais de saúde. Entretanto, atualmente, trata-se de uma doença que extrapola preconceitos e se expande por diversos segmentos populacionais.

A questão da AIDS se configura e se dissemina no contexto das transformações societárias mundiais, efetivadas a partir dos anos 1980, incorporando processos e dinâmicas sociais que se desenvolvem em torno desta doença, decorrentes do aprofundamento da imensa desigualdade social, e a incidência desse processo ocorre, principalmente, sobre grandes parcelas da população pauperizada.

Embora atinja todos os segmentos sociais, o HIV se concentra em populações que vivenciam as conseqüências das grandes diferenças sociais e econômicas presentes nas sociedades, segundo afirmação da Unaid (1998) – Programa Conjunto das Nações Unidas para a AIDS, órgão responsável pelo acompanhamento da situação da AIDS no mundo. Tal fato agrega a AIDS, enquanto doença física, a um elevado grau de complexidade em relação a seus enfrentamentos.

Desse modo, o perfil epidemiológico mundial da AIDS permite visualizar a sua dimensão e complexidade, considerando como agravantes a concentração e a tendência de disseminação em países periféricos marcados pela pobreza.

Três milhões de pessoas morreram de AIDS no mundo em 2002, 5 milhões contraíram o HIV ao longo de um ano, elevando para 42 milhões o número de pessoas que estão com o vírus; desse total, 24 milhões vivem na África onde, atualmente, cresce de forma intensa o processo de contaminação dos indivíduos, principalmente pelo aprofundamento das desigualdades sociais nesse continente. (UNAIDS, 2005).

Além disso, tem aumentado a contaminação entre os segmentos sociais mais vulnerabilizados pelo agravamento da pobreza no mundo, ao mesmo tempo em que

são muito reduzidas às condições de tratamento e de controle. Atualmente, dos 17 milhões de pessoas que vivem com HIV/AIDS no mundo, 13 milhões são crianças e adolescentes. Desse total, seis milhões precisam tomar os remédios anti-retroviral (coquetel), mas apenas 300 mil pessoas, no mundo, têm acesso ao tratamento, sendo que, paradoxalmente, 133 mil pacientes encontram-se no Brasil (UNAIDS, 2005), um país situado na periferia do sistema.

No Brasil, as tendências de distribuição dos casos de AIDS levam em consideração as diferenças regionais e a estrutura social. Até 2004, foram notificados, oficialmente, 362.364 casos de AIDS no país, sendo estimados 22,6% de casos por 100mil/hab, em homens e 14,0% de casos por 100mil/hab, nas mulheres. Outro fator importante ocorre com o crescimento de casos nas regiões Sul/ Centro-Oeste e Norte onde 60% dos casos masculinos de AIDS foram em indivíduos de cor branca e somente 25% de casos em cor parda (SINAN, 2004).

Estima-se que, no Brasil, até 2004, foram infectadas 597 mil pessoas na faixa etária de 15 a 49 anos, que ainda não se encontram registradas nos sistemas oficiais do governo, indivíduos potencialmente ativos que deveriam estar no mercado de trabalho: 3.702 municípios no Brasil já notificaram algum caso de AIDS, isso equivale a 66% dos municípios do país.

A AIDS se configura como a segunda causa de óbitos entre homens e a quarta causa de óbitos entre mulheres, ou seja, 10.000 óbitos ao ano. Embora este número demonstre a grande disseminação da doença, há indicação de sua diminuição, principalmente no que se refere à introdução do tratamento clínico medicamentoso e a própria política de enfrentamento da AIDS cuja diretriz, no que tange a assistência ao tratamento, garante de forma gratuita o coquetel para todos os pacientes. O Brasil é o único país no mundo que distribui universalmente este medicamento a seus pacientes, independente de condições sociais e/ou financeiras,

Entretanto, a assistência ao portador do vírus HIV ou doente de Aids, no que tange ao acesso a serviços, sofre com as tensões que ocorrem no universo de sistematização da política de saúde no país, marcada pelas contradições entre as conquistas constitucionais - com base nas propostas do movimento da reforma sanitária - e a estratégia privatistas das políticas sociais sob a orientação neoliberal, que se aprofundam nos anos 1990.

A Constituição Federal de 1988 e as Leis 8.080/90 e 8.142/90 garantem um avanço significativo para o modelo de saúde vigente no país, prevendo um amplo

processo de democratização do setor por intermédio das estratégias de descentralização, municipalização e do controle social, via Conselhos de Saúde<sup>1</sup>. O Sistema Único de Saúde efetiva uma proposta onde o Estado, através da Política de Saúde, garante o acesso a ações e serviços como um direito universal, apontando, nesse processo, avanços na democratização da política na descentralização da gestão, na melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial sistematizado pela integralidade e equidade das ações.

Entretanto, paralelo a todos estes avanços, surge no cenário nacional, sob a orientação neoliberal, os imperativos de ajustes econômicos que provocam modificações no papel do Estado e, evidentemente, impõem cortes nos gastos sociais. No espaço da Saúde Pública no Brasil, a política neoliberal imprimiu um reordenamento do setor, segmentando os atendimentos e penalizando a clientela.

Esse cenário imprimiu, na prática, para a Política de Saúde no país, um contra-ponto: na medida em que o processo de estruturação do SUS é afirmado com base no princípio da universalização de direitos via assistência à saúde, na prática, esse princípio se torna cada vez mais distante.

Os ajustes econômicos e políticos garantem a reatualização do modelo médico assistencial privatista que objetiva a contenção de gastos com a racionalidade da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização. Esses fatores, no cotidiano do atendimento à população, favorecem o que Bravo (2002, p.200) destaca como sendo a proposta apresentada no setor de saúde para implantação dos serviços:

[...] caráter focalizado para atender as populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços em nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento.

Para a autora, a universalização do direito, um dos fundamentos centrais do SUS contido no projeto de Reforma Sanitária, tem provocado uma significativa tensão e resistência dos formuladores do projeto saúde voltado para o mercado (BRAVO, 2002).

---

<sup>1</sup> As transformações sociais e as crises econômicas que o Brasil enfrentou nesse período permitiram a consolidação de um projeto contra - hegemônico que lutasse pela garantia de direitos sociais já que vivíamos uma democracia restrita, na saúde, o projeto da reforma sanitária consolidou o SUS – Sistema Único de Saúde como um estratégia proveniente de lutas e mobilizações das classes trabalhadoras, dos profissionais da saúde, articulado ao movimento popular (MENDES, 1995).

Na prática, os usuários de saúde, inclusive os portadores de DST/ HIV/AIDS, sofrem com as dificuldades de acesso e tratamento de suas enfermidades.

Na década de 1990, com a implantação do SUS, várias mudanças de ordem tecnológicas, organizacionais e política passaram a exigir outras formas de sistematização dos serviços de saúde, entretanto, mantém-se a precariedade dos atendimentos. Nesta perspectiva, afirma Costa (2000, p.41),

[...] na realidade, a atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos à universalização, a descentralização e a incorporação de alguns mecanismos de “participação” da comunidade, não superam as contradições existentes, dentre as quais constam à exclusão, a precariedade dos recursos, a qualidade e a quantidade quanto ao atendimento, à burocratização e a ênfase na assistência médica curativa.

Essa realidade é ainda mais agravante para os doentes de AIDS, considerando as suas debilitações: os mesmos sofrem com a superlotação nos ambulatórios, falta de leitos em hospitais de referência ou na própria rede do SUS, submetendo-se a serviços precários, falta de medicamentos, além da baixa qualidade no atendimento. Diante disso, os desafios postos no espaço da Saúde Pública, levando em consideração as grandes epidemias, e no caso específico da AIDS, na contra-corrente da precarização dessa política, vêm solicitando a intervenção de profissionais com conhecimentos técnicos – científicos que extrapolem o âmbito médico.

A AIDS não é uma doença onde somente a medicação resolve o problema do paciente. Envolve, também, várias questões de ordem psicológica e, principalmente, social, com destaque para àquelas relacionadas ao convívio familiar, a aceitação, ao preconceito e às diversas manifestações de questões sociais que envolvem o processo do adoecer. Nessa perspectiva, como se dá a inserção dos assistentes sociais no contexto específico da epidemia da Aids no Brasil?

A atuação do Assistente Social na Saúde Pública, bem como no contexto específico da epidemia da AIDS no Brasil, insere-se nas formas específicas de sistematização de cada programa ou instituição na relação do processo saúde/doença da população, que se manifesta, historicamente, nas múltiplas formas de expressão da questão social. Esta realidade é entendida em um movimento não linear, mas tendo como referência uma relação dialética, de continuidade e rupturas entre elementos do passado e aspectos do presente.

Neste contexto, como se refere Bravo (1996), a inserção do Assistente Social, ocorre justamente no universo contraditório de democratização e de ajustamento econômico como um tipo de ação especializada. A referida autora ainda sinaliza o fato do Serviço Social na área da política de saúde receber influências da chamada modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, primordialmente na assistência médica previdenciária, setor este transformado sob tal orientação, no maior espaço de inserção dos profissionais do Serviço Social no mercado de trabalho:

O sentido da prática profissional foi apreendido mitificadamente, sendo enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais, a concessão de benefícios concebidos como doação e não como direitos. Adotou-se uma terminologia mais sofisticada à estratégia de crescimento econômico própria do modelo autoritário - burocrático que servia para encobrir as reais implicações da prática (BRAVO 1996 93).

A prática do assistente social desenvolve-se dentro deste quadro sócio-histórico, mediado por processos político-econômicos e ideoculturais, constitutivos das relações sociais capitalistas, “[...] que são relações portadoras de interesses antagônicos, incompatíveis e inconciliáveis” (GUERRA, 2000, p17).

Nesse quadro contraditório, e ao longo da trajetória do Serviço Social na área da Saúde Pública, as demandas profissionais para o Assistente Social, como nas demais áreas, encontram-se configuradas e reconfiguradas, conforme as determinações sociais, econômicas políticas e culturais que se traduzem na vida cotidiana dos sujeitos envolvidos na prática profissional, nas respostas construídas nas relações entre as classes sociais e o Estado. Tais processos põem e repõem necessidades sociais e requisições para o profissional do Serviço Social, que são mobilizadoras de redimensionamentos das estratégias profissionais.

No campo específico da Saúde Pública, as demandas profissionais estão diretamente vinculadas às diferentes maneiras de adoecimento da população condicionadas pelo jogo de interesses econômicos e políticos que atravessam o Sistema Único de Saúde – SUS.

A intervenção do Assistente Social ocorre na realidade dos atendimentos aos soropositivos e doentes de AIDS que estão presentes nos diferentes espaços sócio-ocupacionais, principalmente na área hospitalar e ambulatorial onde este profissional se defronta com as defasagens no próprio Sistema de Saúde. Portanto, a atuação do Assistente Social no enfrentamento da AIDS é mediatizada por uma política de

saúde fragmentada e de baixa efetividade, com suas ações restritas, descontinuas e focalizadas.

Sem dúvida o Assistente Social enfrenta dilemas e desafios no campo da saúde e, principalmente, em relação à epidemia do HIV/AIDS, decorrentes da própria doença e dos aspectos sociais negativos que foram sendo construídos historicamente, que impõem a esse profissional a leitura de uma realidade complexa, cheia de mistificação, preconceitos e medos.

É importante salientar que se evidenciam problemáticas e temas muito particulares que fazem parte desse contexto, como sexo, sexualidade, vulnerabilidade, práticas sexuais, gênero, valores, medos e preconceitos variados. Tais temáticas, embora correlacionadas com o HIV/ AIDS, sobre as diferentes perspectivas valorativas e visões de mundo têm demandado estudos específicos e incidido sobre a prática dos profissionais que atuam nesse programa imprimindo a necessidade de constante aprimoramento técnico-científico.

Perante estas demandas, o Assistente Social é um profissional requisitado para o trabalho multidisciplinar, implementado em todo território nacional no enfrentamento dessa enfermidade. Como parte de uma estratégia nacional, a inserção do Assistente Social nos programas DST/AIDS, no Maranhão, ocorreu na década de 1990, quando este programa se expandiu pelo país, diante da evolução dos casos de HIV/AIDS em todas as Unidades da Federação. As atividades de prevenção e assistência as DST/HIV/AIDS foram implantadas no Maranhão, através da Secretaria de Saúde do Estado – SES, que posteriormente ampliou suas ações para os demais municípios do Estado.

O Município de São Luis/MA, através da Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS, passou a oferecer os serviços de prevenção e tratamento para os usuários do SUS, na área da AIDS, em 1995, quando foi implantado o primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico - COAS, coordenado por uma Assistente Social.

Atualmente, São Luís possui 57 unidades de saúde, envolvendo: Centros de Saúde, Unidades Mistas, Unidades de Saúde da Família - PSF e Núcleos de Referência para DST/ AIDS – CTAs e SAE e ADT, que desenvolvem serviços diferenciados de prevenção ou tratamento em DST/AIDS.

Nesse contexto é que se insere o Assistente Social, atuando frente às novas demandas na área de saúde, colocadas pelo portador do HIV e doentes de AIDS, distribuídos na rede de Serviços de Saúde, do Município de São Luís. Do total de 98

Assistentes Sociais, somente 11 trabalham de forma direta com clientela tão específica, seja na prevenção ou assistência clínica referenciada pelo programa.

Esse grupo de Assistentes Sociais se encontra atuando em Unidades de Saúde do município de São Luís, desenvolvendo ações de diagnóstico e tratamento em DST/HIV/AIDS, divididos por grau de complexidade diferenciado, que envolvem as 04 Unidades Mistas de Saúde: Coroadinho, Bequimão, Itaqui-Bacanga, São Bernardo. Nessas Unidades de Saúde, desenvolvem-se todas as ações características de Centros de Saúde, acoplando-se leitos para internação nas áreas de pediatria, obstetrícia, clínica médica, cirurgia e emergências, com um grau maior de complexidade tecnológica.

Além dessas Unidades, existem os Centros de Testagem e Aconselhamento - CTAs, localizados um no bairro do Anil e no bairro do Lira. Nestes serviços de referência, a população recebe atendimento individual e coletivo com base no aconselhamento, informações variadas sobre o HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis, bem como a testagem do HIV de forma gratuita e sigilosa.

Temos, ainda, o Serviço de Atendimento Especializado – SAE, localizado no bairro de Fátima, onde se realiza atendimento integral ao portador de HIV e doente de AIDS; com equipe multiprofissional, avaliação clínica e tratamento a base de medicação.

Nessas Unidades de Saúde, o Assistente Social atua de forma direta junto aos usuários que procuram os serviços de saúde; desenvolvem ações de prevenção com base na técnica do aconselhamento; acompanham o tratamento dos usuários de DST/HIV/AIDS; distribuem preservativos e desenvolvem orientação social e ajuda psicossocial. A ação educativa é desenvolvida juntamente com os outros membros da equipe multiprofissional, composta por Psicólogos, Médicos, Enfermeiros, Terapeutas, Fisioterapeutas e Farmacêuticos.

Diante da prática profissional do Assistente Social desenvolvida no programa DST/AIDS em São Luís, destacamos como ponto de partida desse estudo, um paradoxo entre o discurso profissional do Assistente Social sobre as fragilidades ou indefinições de sua prática profissional e as requisições do trabalho educativo vinculado aos serviços de saúde, especificamente a AIDS, que envolve não só a assistência médico-hospitalar, como, também, a prevenção. Tal paradoxo se expressa, fundamentalmente no reconhecimento, por parte do Assistente Social, da limitação profissional em relação ao conhecimento específico sobre a temática da

AIDS e a constatação de que nas Unidades de Saúde, após o médico, o Assistente Social é o profissional mais solicitado para responder às demandas do cotidiano do atendimento. Além disso, esta demanda traduz também a necessidade de respostas profissionais qualificadas, inscritas na implementação do programa através do trabalho inter e multiprofissional do qual o Assistente Social participa, e a necessidade de resposta às requisições derivadas dos desdobramentos das defasagens do Sistema Único de Saúde<sup>2</sup>.

É neste espaço contraditório que o Assistente Social desenvolve sua prática diária, tendo como principal instrumento a técnica do aconselhamento, que possibilita a atuação desse profissional junto às demandas posta pela AIDS. Embora seja utilizada por todos os profissionais, para o Assistente Social em particular, representa uma reapropriação desse instrumental na perspectiva de uma maior aproximação à realidade vivenciada pelo paciente e como possibilidade para a identificação das variadas vulnerabilidades e encaminhamento da orientação conforme a necessidade de cada sujeito social.

É no âmbito do aconselhamento que o Assistente Social vivencia mais diretamente os dilemas e desafios da implementação das ações educativas demandadas pelo programa e pelos usuários. Defronta-se com as mais diferentes e complexas situações derivadas das múltiplas formas de manifestação e de enfrentamento da doença, pelos pacientes e suas famílias no contexto sócio-institucional em que o programa DST/AIDS é implementado em São Luís. Neste espaço há um confronto com a auto-percepção do Assistente Social quanto às fragilidades e limites profissionais, sobretudo em relação à capacitação específica sobre as questões trabalhadas e as reais condições e respostas institucionais a essas questões que condicionam a prática profissional.

As questões e desafios profissionais, que são colocadas a partir dessas contradições, apontam para a necessidade de aprofundamento teórico e operativo da prática profissional, além do que são as razões mobilizadoras deste estudo, o qual visa analisar a prática profissional inscrita no programa de DST/AIDS em São Luís/MA, destacando-se os seguintes eixos:

---

<sup>2</sup> Cabe destacar que este paradoxo tem como base as reflexões pioneiras de Maria Dalva Horácio sobre a Política de Saúde no Brasil e a inserção dos assistentes sociais nestes espaços.

1- A questão da AIDS e a Política de enfrentamento, considerando as contradições entre a complexidade da epidemia e as respostas a defasagens do Sistema de Saúde no Brasil.

2- A inserção da prática do Assistente Social no Programa de DST/ AIDS em São Luis/MA, privilegiando as requisições do trabalho desse profissional e a auto-percepção frente às condições de trabalho e respostas profissionais, além da relação entre as ações educativas desempenhadas, em especial, o aconselhamento, e as demandas postas pelo programa e usuários.

O desenvolvimento deste estudo se sustentou em uma investigação, abrangendo pesquisa bibliográfica, documental e de campo. A pesquisa bibliográfica e documental envolveu estudos e análise de obras a respeito da temática, sob a forma de livros, monografias, dissertações de mestrados e teses de doutorados; levantamento e sistematização de dados estatísticos e históricos sobre a AIDS no Brasil; estudos a partir de consultas a conteúdos divulgados na Internet, com destaque para os seguintes Sites: *Unaid*s, *saúde.gov*, *AIDS.gov*, *Sielo.com*, *DATASUS*, além de Boletins Epidemiológicos, Portarias e Decretos que compõem a implantação e estruturação da política, assim como Manuais de Avaliação e Procedimentos Técnicos (ver Anexo A).

A Pesquisa de Campo foi realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2006, nas Unidades de Saúde, junto aos Assistentes Sociais envolvidos nos programas DST/AIDS, em São Luis/MA. O instrumento de coleta de dados se compõe de *Questionário* com o objetivo de identificar os profissionais e obter informações sobre a prática profissional nesse programa, a fim de aprofundar o conhecimento e o debate sobre as questões e desafios da profissão.

Os profissionais envolvidos na pesquisa são em torno de onze Assistentes Sociais na faixa etária média de 30 a 50 anos e com mais de 10 anos de experiência profissional na área da saúde, e uma média de 6 a 10 anos de inserção nos programas de DST/AIDS. Esses profissionais, em sua maioria, vinculam-se funcionalmente a SEMUS de forma precarizada, tendo apenas um Assistente Social nomeado através de concurso público. Fato este que aponta para uma situação de empregabilidade instável, agravada com a baixa remuneração e as condições insalubres de trabalho.

Quanto aos resultados do estudo, estes estão estruturados em dois capítulos, além desta introdução e das considerações finais: no primeiro capítulo intitulado “A

questão da AIDS e a política de enfrentamento no Brasil: particularidades no Maranhão e a inserção do Serviço Social”, discorre-se sobre a AIDS e seu atual perfil epidemiológico, levando em consideração sua evolução no Brasil e expressões no Maranhão; destaca-se a realidade do Programa de DST/AIDS, em São Luís/MA, e a inserção do Serviço Social no contexto da Saúde Pública e na política de enfrentamento da AIDS apontando as demandas postas ao Serviço Social.

No segundo capítulo, “A prática do Assistente Social nos programas de DST/AIDS em São Luís/MA”, inicialmente, faz-se uma configuração da prática profissional nesses programas e do aconselhamento como técnica na efetivação da intervenção diária, privilegiando requisições do trabalho profissional e sua auto-percepção, considerando as condições de trabalho e respostas profissionais.

Desenvolvemos, também, uma análise do aconselhamento como instrumento técnico-operativo no âmbito dos Programas DST/AIDS e a participação das assistentes sociais nesse contexto, mediante reapropriação desse instrumental no trabalho que essas profissionais realizam na prevenção e assistência aos portadores de DST/AIDS e seus familiares.

## **2 A QUESTÃO DA AIDS E A POLÍTICA DE ENFRENTAMENTO NO BRASIL: particularidades no Maranhão e a inserção do Serviço Social.**

### **2.1 O Perfil epidemiológico e a Política de Enfrentamento da AIDS no Brasil e expressões no Maranhão.**

O surgimento da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), no final do século XX, anulou a idéia de que a Era das doenças infecto-contagiosas havia terminado, passando a ser objeto de estudo apenas nas regiões em que predominasse a pobreza. Esse pensamento surgiu após a erradicação da varíola e em decorrência do controle das principais doenças contagiosas, sobretudo, em países desenvolvidos.

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) foi reconhecida em meados da década de 1980, nos Estados Unidos, a partir da identificação de um número elevado de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais e moradores de Nova York, que apresentavam quadros de doenças respiratórias de instalação súbita, sendo diagnosticada pneumonia por *Pneumocystis Carinii*, infecção por Citomegalovírus e Candidíase oral e comprometimento do sistema imune, levou à conclusão de que se tratava de uma doença, ainda não identificada com características infecciosa e transmissível.

A descoberta do vírus foi feita por um francês chamado Luc Montaigne em 1983, ele isolou um vírus que denominou primeiramente de LAV-Vírus Associado à Linfadenopatia – recebendo posteriormente o nome de HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana.

Marques (2003) após longos estudos, em fevereiro de 1999, chegou a conclusão que o HIV foi transmitido ao homem por intermédio de um chimpanzé, primata africano que possui um vírus com as mesmas propriedades do HIV.

Apesar dos primeiros casos de AIDS terem sido notificados em meados de 1981, existem indícios científicos que revelam o fato do HIV já existir em populações africanas isoladas, todavia não afetando o homem de forma patogênica. Por razões múltiplas o *vírus símio* teria chegado a populações mais sensíveis tornando-se patogênico. Entre as várias possibilidades temos as mudanças políticas ocorridas em

alguns países africanos<sup>3</sup>. Outro fator importante é o fato deste Continente a partir da década de 60, ter recebido grande contingente de estrangeiros principalmente, haitianos, cubanos e norte-americanos (GMERK, 1990).

Podemos destacar em comum à existência da AIDS com outras doenças, o fato de terem também nas viagens um fator significativo para disseminação, (MARQUES 2003 Apud BUCHALLA 1995). Nesse aspecto, não foram mais as longas viagens marítimas dos mercadores e colonizadores, que há séculos ajudaram a disseminar a sífilis, o cólera, a febre amarela e outras doenças infecciosas, mas as viagens aéreas, que tornaram pequenas todas as distâncias.

A nova doença aponta inicialmente para uma quase exclusiva incidência entre os homossexuais masculinos, Parker (1994), procurando uma ligação que justificasse a relação AIDS e homossexualismo afirma que essa relação aparece somente na epidemiologia, na clínica, na opinião pública, no julgamento moral na pesquisa. Já que, posteriormente, observamos o aparecimento do HIV em hemofílicos e usuários de drogas injetáveis, comprovam a transmissão sanguínea, e posteriormente observamos casos em crianças confirmando a transmissão vertical, da mãe para o bebê, via práticas heterossexuais.

A AIDS possui características clínicas bem definidas, uma virose que inicialmente confundia os médicos e estudiosos devido às particularidades específicas das viroses, sua gravidade advém do fato de que o agente infeccioso que a causa é um retrovírus que afeta as células do sistema imunitário. Doença crônica, cuja evolução é lenta, passa na maioria dos casos dez anos entre a contaminação e o momento em que o paciente apresente sinais clínicos e desenvolva a doença (MONTAGNEIR, 1995).

Ela se revela pelo aparecimento de uma ou várias infecções oportunista, Pneumocistose, Toxoplasmose, Tuberculose, Herpes-zoster, Candidíase bucal, Leucoplasia da língua, Impetigo, entre outras. Uma infecção oportunista não se

---

<sup>3</sup> A África Subsaariana durante a década de 1980/1990, passou por inúmeras mudanças de ordem político econômico, principalmente com o fim do apartheid, (...) Entre os 38 milhões de infectados pelo HIV no mundo, 25 milhões vivem na África Subsaariana. Ao contrário do que parece, as causas da pandemia não se encontram na pobreza, mas na política. Na África do Sul, com PIB per capita de US\$ 10,7 mil, quase 22% da população adulta é portadora do HIV. Em Uganda, com PIB per capita de US\$ 1,8 mil, a prevalência do HIV entre adultos reduziu-se de 12% para 4% na última década. A diferença é que Uganda distribuiu preservativos à população, forneceu coquetéis às gestantes e investiu em saneamento básico, garantindo a segurança da mistura de leite em pó e água ministrada aos bebês de mães portadoras do vírus. (UNAIDS, 2002)

desenvolve num sujeito cujas defesas imunitárias são normais (MONTAGNEIR, 1995).

No Brasil, a AIDS surgiu na década de 80, época em que o país vivia uma profunda crise estrutural que repercutia em todos os setores da Administração Pública devido à falência do regime militar. Neste período, é redefinido o processo de redemocratização do país, com um forte sentimento nacional de luta contra o imperialismo dos EUA sustentado no ressurgimento e redefinição dos movimentos sociais na luta pelos direitos de cidadania.

A construção histórica da AIDS no Brasil seguiu o padrão Norte Americano e Europeu, com a identificação dos primeiros casos do HIV em homossexuais masculinos, nas cidades e regiões mais desenvolvidas do país. Posteriormente observamos a evolução da epidemia entre as camadas mais pauperizadas da sociedade, além de mulheres e usuários de drogas. Outro fator importante é a crescente interiorização da epidemia no final da década de 1990, onde anteriormente começava pelos grandes centros urbanos, atingindo sujeitos cujo nível de instrução eram, na sua maioria, universitário, de classe social elevada, e tendo uma via de contaminação na época, principalmente homossexual, que associado ao preconceito e a discriminação permitiu um atraso da consciência social sobre a necessidade de tomar medidas públicas que evitassem a propagação da infecção para outros segmentos da população.

No início de 1983, segundo Teixeira (1997), os representantes dos homossexuais e por delegações de hemofílicos implantaram uma característica presente na política da AIDS no Brasil, mediante presença marcante das ONGs, na construção das respostas oficiais a essa epidemia.

Tais grupos pressionaram a Secretaria da Saúde de São Paulo, em face da omissão e negação das autoridades federais, reagindo à onda de pânico, medo e discriminação que se alastrava pela sociedade, cobrando posições mais efetivas diante do problema da AIDS (CRT, 1998)

[...] com as primeiras reivindicações e o espaço que a AIDS já obtinha na mídia, a Secretaria da Saúde de São Paulo determinou a criação de um grupo de trabalho a fim de estudar medidas para enfrentar o problema em âmbito estadual. Composto por médicos sanitaristas, infectologistas, especialistas na área laboratorial e social da própria instituição, o grupo passou a ser coordenado pela divisão de hanseníase e dermatologia sanitária (DHDS) do instituto de Saúde. (MARQUES, 2003, p74)

Neste momento, a epidemia da AIDS tornou-se um problema de saúde emergente necessitando ser inserida na agenda das Políticas de Saúde do Estado.

As respostas dadas à epidemia se diferencia em cada estado brasileiro, embora os fundamentos de atenção e assistência à epidemia tenham sido fortemente influenciados pelos implantados em São Paulo.

[...] embora o número de casos da doença aumentasse em todo país, a grande maioria, ocorre até hoje, concentrava-se em São Paulo. Então, colocar a AIDS na agenda da saúde nesses Estados foi duplamente difícil, considerando o pequeno número de casos específico e marginalizado, os homossexuais masculinos, que por sua vez, não estavam tão articulados, informados e organizados na sociedade brasileira como um todo. (MARQUES, 2003, p.90)

Outro fator importante para entender a inserção na agenda pública do governo foi o fato, de ocorrer pela via da pressão popular para instalação de ações concretas, não ocorrendo de forma homogênea em todos os Estados. Em São Paulo, as discussões, articulações e propostas para uma ação ocorreram no espaço dos setores baseados nos princípios do movimento da reforma sanitária e na participação de segmentos da sociedade.

[...] em documento de agosto de 1985, até aquela data havia 415 casos de AIDS no Brasil, distribuídos por 14 Estados e confirmados pelas respectivas Secretarias da Saúde. O documento indica ainda que, desses casos, 323 foram confirmados em São Paulo e 48 no Rio de Janeiro (BRASIL, 1985a).

Em 1985, quando centenas de casos de AIDS eram conhecidos no Brasil, o Ministério da Saúde finalmente veio a público reconhecer a gravidade do problema para a Saúde Pública brasileira. No dia 2 de maio de 1985, através da Portaria N.236, o Ministro da Saúde criou o Programa Nacional da AIDS e estabeleceu as primeiras diretrizes e normas para o combate à epidemia no país, assumindo a AIDS como um problema emergente de Saúde Pública. Essa Portaria <sup>4</sup> estabelece que a educação sanitária aos pacientes, dos casos de AIDS devem ser notificadas e investigadas, porém não estabelece, claramente, a notificação compulsória.

Apesar de toda argumentação do Governo Federal se pautar nas discussões epidemiológicas, parece-nos que outros aspectos estão presentes nas entrelinhas do discurso governamental, como a ausência dos princípios que nortearam e influenciaram o estabelecimento dos programas de atenção à AIDS.

[...] de fato não havia, a não ser por algumas vozes isoladas, porém estratégicas, posição nítida de defesa dos princípios de direito à saúde e de dever do Estado em promovê-la e defendê-la. Estamos nos referindo a um

---

<sup>4</sup> Portaria n 236 de 2 de maio de 1985, publicado no Diário Oficial da União, Seção I. segunda – feira, 6 de maio de 1985, p.6856, assinada pelo ministério da saúde Carlos Corrêa de Menezes Sant'Anna.

período de transição democrática no governo brasileiro, em que no setor de saúde as discussões defendiam mudanças, porém ainda não concretizadas e, políticas efetivas. (MARQUES, 2003, p. 113)

A evolução epidemiológica da AIDS, nos primeiros dez anos, já demonstrava uma tendência da epidemia, relacionada ao perfil dos grupos atingidos, seja nas características sexuais, na situação econômica, seja no grau de escolaridade, revelando a importância de discutir as questões sociais que envolvem essa problemática. Tais questões estão intimamente relacionadas às condições sociais de sobrevivência de uma população que durante anos vem adaptando-se a sucessivos ajustes, no contexto políticos e econômicos.

A epidemia da AIDS no Brasil na década de 1980/1990 imprimiu no governo uma necessidade urgente de criar alternativas viáveis para reduzir a incidência do vírus HIV no país. Entre tais estratégias e após uma década da descoberta do vírus, nasceu no Brasil uma política conhecida mundialmente como o melhor modelo de enfrentamento à AIDS no mundo. Apesar de toda propaganda positiva, quanto ao modelo de adoção de práticas preventivas e curativas no âmbito das DST/HIV/AIDS, ainda se enfrenta graves questões econômicas, políticas e culturais, que somadas às próprias mutações do vírus e a expansão da epidemia no território brasileiro impulsiona um novo perfil da doença, impondo aos profissionais da saúde novas demandas sociais de atendimento.

Neste quadro, diversificado e contraditório observamos a construção de uma proposta tímida inicialmente e que posteriormente ganhou repercussões internacionais, tendo como objetivo o enfrentamento da AIDS no Brasil, uma das principais diretrizes do processo educativo na construção de alternativas para a não disseminação do vírus HIV. Desta forma, imprime-se a necessidade de intervenção de vários profissionais e entre eles o Assistente Social.

Na atualidade a AIDS tem permitido muitas discussões quanto a seu perfil epidemiológico e histórico social. Tal fato vem despertando a atenção das entidades governamentais que têm proporcionado uma reflexão desta enfermidade enquanto uma epidemia em seus impactos sociais, conseqüentemente, como uma importante questão de saúde pública.

[...] a trajetória da AIDS/HIV até o perfil hoje apresentado, em diferentes sociedades revelou-se cruel com aqueles segmentos que historicamente são as vítimas preferenciais das desigualdades sociais e por isso "porto final" de várias epidemias, passadas e presentes (MARQUES, 2003, p.36).

Ao decorrer do processo de disseminação da AIDS no Brasil podemos distinguir claramente sua evolução entre as esferas sociais. No início da epidemia o alvo eram os grandes centros urbanos (São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte) considerando o contágio com base em duas indicações: relações sexuais homossexuais; e nível de escolaridade secundário ou universitário. Tais aspectos demonstram que o então perfil epidemiológico da AIDS, atingia indivíduos de classes sociais com nível econômico elevados.<sup>5</sup>

A AIDS que era restrita, a determinados grupos de risco, abrange ainda: usuários de drogas, prostitutas além de pessoas que necessitam de sangue e hemoderivados. “Todavia, hoje, está disseminada na população com nível fundamental ou menor escolaridade, ou seja,” hoje 60% dos casos estão presentes na população com nível primário [...]” (MARQUES, 2203, p.42).

Segundo a UnAids - Nações Unidas contra a AIDS - (1998), como mencionado anteriormente, o quadro atual da AIDS na América Latina é heterogêneo, na maioria dos países o HIV. Concentra-se em populações que vivenciam as conseqüências das grandes desigualdades sociais e econômicas presentes nesses países.

Dados do Ministério da Saúde (2000) revelam os novos sujeitos inseridos no perfil da AIDS no Brasil, destacando desta forma, a feminização, que é o aumento da infecção entre as mulheres; a heterossexualização, maior disseminação do vírus entre homens e mulheres heterossexuais; a interiorização da epidemia, que vem ultrapassando os espaços urbanos e invadindo o rural; a pauperização, caracterizada por índice elevado de pobreza, baixa renda ou sem nenhuma renda. Associado a esses aspectos ainda temos O baixo grau de escolaridade e questões trabalhistas.

Segundo Bastos (2001) o dinamismo e a complexidade da epidemia enquanto uma expressão da questão social tem revelado uma infecção de múltiplas dimensões, evidenciando como determinante nesse processo o papel das desigualdades sociais, oriundas da própria lógica do mercado e dos diversos interesses políticos vigentes no contexto da sistematização do capitalismo. A AIDS

---

<sup>5</sup> No início da epidemia no Brasil, bem como os primeiros casos notificados, possuíam como principais características um poder econômico elevado, grau de escolaridade universitário, e opções sexuais homossexual, podemos perceber isso pela própria disseminação em artistas, professores, políticos, jornalistas, nessa fase pouco se sabia sobre a AIDS, “ou peste gay” e nada existia na medicina que podesse ser usado para garantir a sobrevida dos pacientes, este quadro mudou com a evolução da doença e sua posterior disseminação. (MARQUES, 2003)

vem expandindo-se em direção aos estratos sociais mais “vulneráveis” ultrapassando o âmbito biológico e individual e incorporando a dimensão social propriamente dita.

Como resultado das profundas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da AIDS vem sofrendo transformações significativas no seu perfil social, deparando-se hoje, com categorias historicamente relacionadas nas lutas de classes, produzidas pelo embate da relação capital e trabalho. Se antes eram as classes detentoras dos recursos que sofriam com a doença, hoje as classes com baixo poder aquisitivo são as potencialmente atingidas.

Como afirma Marques (2003), em todo o processo de pesquisa feita junto aos diversos boletins epidemiológicos no Brasil que configuram a situação sócio-econômica dos pacientes acometidos pelo HIV/AIDS, observa-se uma evolução crescente de contaminação em indivíduos das chamadas classes desprovidas de escolaridade, renda e não incluídas em programas oficiais do governo como o Bolsa Família.

Segundo Sposati (1996) a exclusão social pode ser visualizada através da desigualdade social econômica e política na sociedade brasileira, que evolui de tal forma, tornando-se incompatível com a democracia da sociedade. No Brasil a discriminação é econômica, cultural e política além de étnica. Este processo tem levado a uma exclusão, que se configura na impossibilidade de poder partilhar o que leva a vivência da privação, da recusa, do abandono, e da expulsão inclusive, com violência, de um conjunto significativo da população, desta forma, temos uma exclusão social e não individual.<sup>6</sup>

Neste aspecto, a AIDS vem se caracterizando por um perfil onde o processo crescente e intenso de pauperização, tem perpassado todas as outras características. Com a globalização, países “em desenvolvimento” como o Brasil, aprofundaram a política de subordinação em relação aos países centrais. Onde o ajuste neoliberal aos quais o países submeteram-se desde a década 1990, tem aumentado cada vez mais as desigualdades sociais, demandando grandes concentrações de renda, e imprimindo a implantação de políticas sociais cada vez

---

<sup>6</sup> É relevante ressaltar que a pobreza e exclusão, não podem ser entendidas como simples sinônimos de um fenômeno, mais como categorias articuladas cujas expressões perpassam todo o processo de consolidação da epidemia da AIDS no Brasil.

mais seletivas e focalizadas, como exemplo da política de saúde, na qual se inclui também de forma direta a questão da epidemia do HIV/AIDS.

O fenômeno da pauperização da AIDS vem sendo caracterizado pelo Ministério da Saúde (2000) com o aumento da proporção dos casos de AIDS em indivíduos com baixa escolaridade, em condições desiguais de acesso aos bens e serviços essenciais, baixo renda ou renda alguma, incluída em um processo informal de trabalho ou fora do mesmo.

[...] a pobreza é uma face do descarte de mão de obra barata, que faz parte da expansão capitalista. Expansão que cria uma população sobrando, gente que se tornou não empregável, parcelas crescentes dos trabalhadores que não encontram um lugar reconhecido na sociedade que transitam à margem do trabalho e das formas de troca socialmente reconhecidas (TELLES Apud YAZBEK, 2001, p.35).

Neste quadro, a violência provocada pela pobreza, eleva os impactos destrutivos das transformações provenientes do capitalismo contemporâneo tendo como conseqüências: o aviltamento do trabalho, o desemprego, os empregados de modos precários, os supérfluos, a debilidade da saúde, a moradia precária, a alimentação insuficiente, a fome, a fadiga, a ignorância, a resignação, a revolta, a tensão e o medo são aspectos que demonstram os limites da condição de vida proveniente das desigualdades sociais (YAZBEK, 2000).

Estes sujeitos são considerados vulneráveis à infecção pelo HIV, sobretudo pela falta de clareza quanto às informações educativas básicas de prevenção ou mesmo de tratamento. E mesmo tendo esclarecimento destes aspectos, sofrem com a burocratização dos serviços ou dificuldades de acesso aos mesmos.

Outro aspecto apresentado no perfil da AIDS, está intimamente relacionado com a interiorização da epidemia, processo de difusão universal onde a incidência de contaminação sofre com um impacto migratório interno, principalmente, entre os sujeitos de sexo masculino com grande mobilidade ocupacional cuja faixa etária está entre 20 a 30 anos.

As particularidades sociais e econômicas, o aumento do desemprego, são observados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000) como uma inversão no quadro do êxodo brasileiro, onde os sujeitos que encontram-se nas cidades são forçados a retornar para o campo, devido as condições sociais vivenciadas por eles, que são bem diferentes do período de 1950 a 1970, paralelamente temos um fenômeno inverso; quem está nos pequenos municípios é expulso para os grandes centros

urbanos, devido a evolução tecnológica na agricultura que introduziu novo maquinário e necessita de mão-de-obra qualificada além de outros fatores sociais.

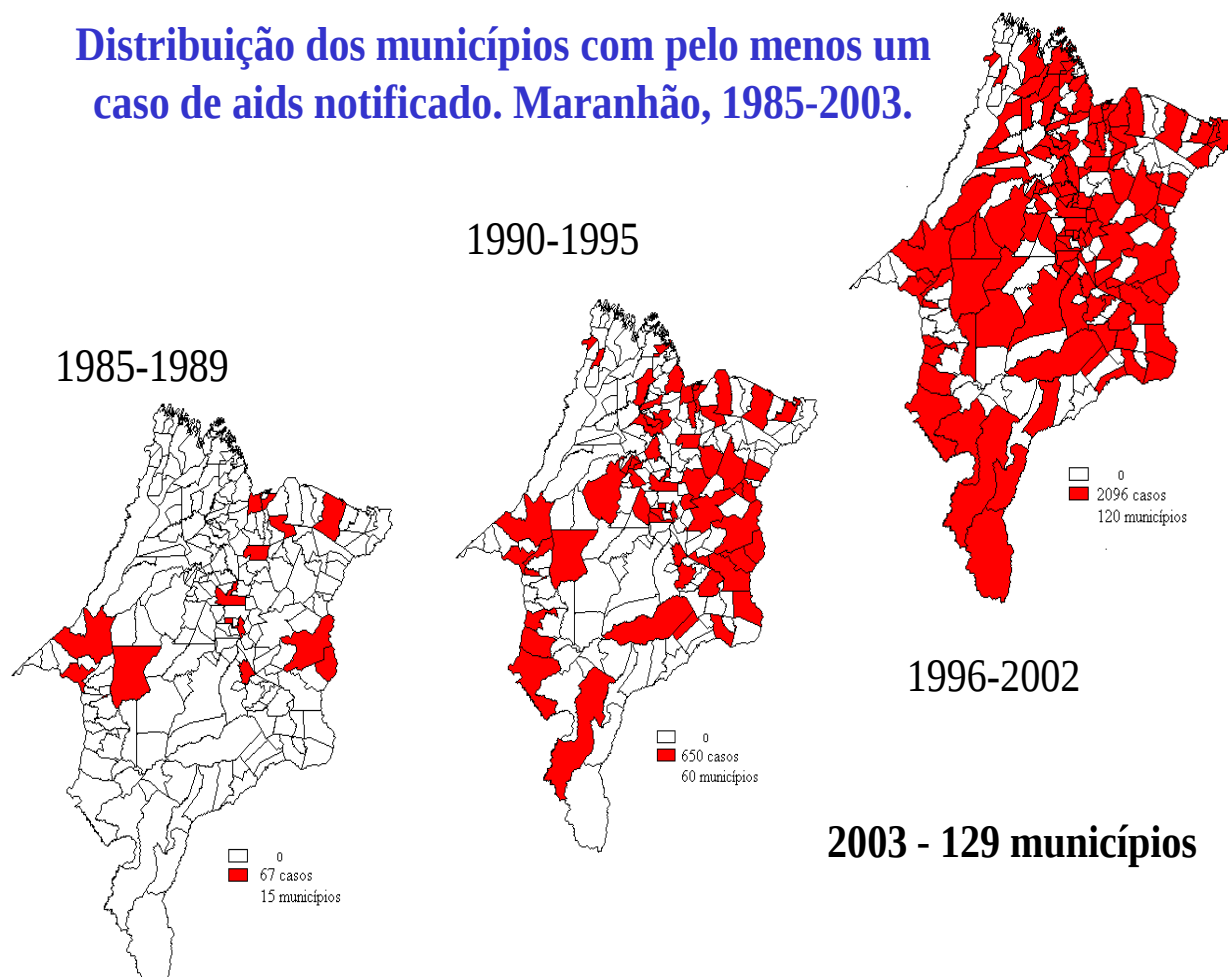
[...] algumas razões são sugeridas para explicar o fenômeno de difusão espacial da incidência da AIDS no Brasil (...) especialmente na região norte, envolvendo atividades e projetos de colonização na última década, o transporte de drogas, que geralmente segue uma rota que começa em pequenos aeroportos clandestinos nas regiões norte e Centro-oeste e chega a diferentes partes do país, via rodovias nacionais, e ainda, o movimento de migração interna, principalmente entre a população masculina (MARQUES, 2003, p.43).

Entretanto, apesar da expansão da AIDS para o interior dos municípios brasileiros, ainda nos defrontamos com uma epidemia cujas expressões são essencialmente urbanas.

Segundo dados estatísticos da SES-MA (Secretaria do Estado da Saúde no Maranhão) em 2006, dos 217 municípios que compõem o Estado, 129 municípios possuem casos notificados de HIV/AIDS. Estes podem ser observados a partir da distribuição de casos de AIDS por município no Maranhão até 2003 (Figura 01).

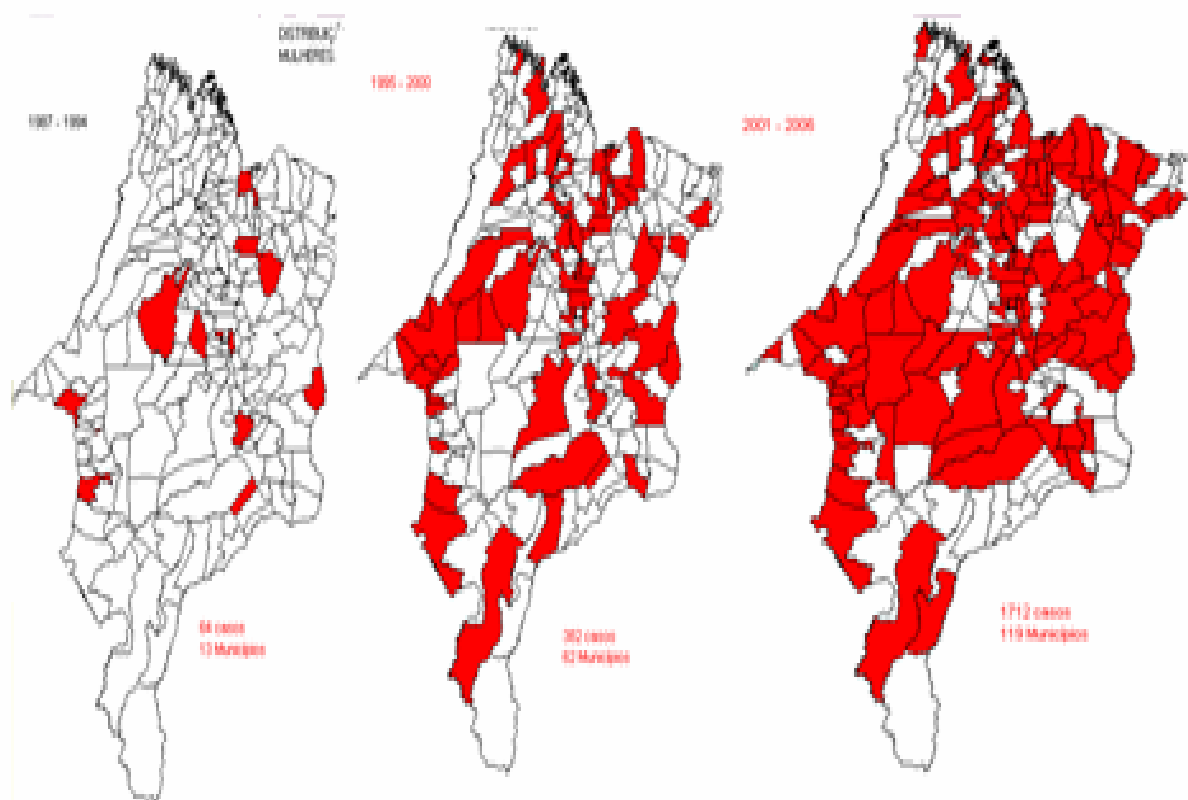
FIGURA 01 – Distribuição de casos de AIDS no Maranhão

### Distribuição dos municípios com pelo menos um caso de aids notificado. Maranhão, 1985-2003.



Em 1983, foi diagnosticado o primeiro caso em mulheres, a proporção em relação aos homens variava de 17:1, na metade da década de 80. A AIDS foi atingindo vertical e horizontalmente regiões antes pouco ou não acometidas e grupos de indivíduos cada vez mais diversos, três anos após o primeiro caso entre mulheres é diagnosticado o primeiro caso de transmissão perinatal, quanto aos usuários de drogas (UDI), o HIV atingia números considerados de sujeitos com baixa escolaridade e pouco ou nenhum poder econômico (BRASIL, 1999). No Maranhão, tal realidade não difere do restante do país como ilustramos a seguir (FIGURA 02), com o número de casos de contaminação em mulheres pelos municípios até 2006.

FIGURA 02 - Quadro geral de notificação de casos em mulheres no Maranhão até 2006(SES-MA):



A heterossexualidade e a feminização, são aspectos inovadores no perfil da AIDS, entre o final da década de 90 e o início dos anos 2000. Apontamos alguns aspectos relevantes: a questão do gênero, onde a vulnerabilidade da mulher e a forma sexual de contato heterossexual, são defendidas como improváveis incidências de contaminação.

Gênero é outro importante aspecto das mudanças ocorridas na evolução da AIDS no Brasil. O número de casos de HIV/AIDS em mulheres tem crescido significativamente desde 1987. No período de 1982 a 1986, havia 28 homens infectados para cada mulher infectada. Essa razão mudou para 9:1 em 1987 e 3:1 em 1998, o que corresponde a uma rápida transformação no perfil da epidemia. A maioria das mulheres infectadas com o vírus da AIDS tem entre 20 e 34 anos e a evolução desse número é associada a uma alteração na exposição ao HIV durante os últimos 15 anos, ou seja, o número de indivíduos infectados por contato heterossexual e drogas injetáveis vem crescendo de forma alarmante. (PARKER et al., 1999; Ministério da Saúde, Brasil, 1998b).

Os primeiros casos de AIDS em mulheres surgiram, efetivamente, na metade da década de 80. Nesse período, acentuou-se os casos entre usuários de drogas injetáveis em detrimento da redução dos casos por transfusões sanguíneas. Evidencia-se também, a expansão de casos para outras regiões, coincidindo com as principais rotas de comercialização e tráfico de drogas apontadas para a disseminação espacial da epidemia. Neste período são registrados os primeiros casos de transmissão vertical, ou seja, da mãe soro-positiva para o bebê (MARQUES, 2003).

A hegemonização inicial do conceito *grupos de risco*, levou a uma maior disseminação da doença entre homens e mulheres heterossexuais, devido erroneamente não sentirem-se inseridos em um grupo de risco específico, portanto vulneráveis. Desta forma afasta-se a possibilidade da infecção e conseqüentemente não adoção de medidas preventivas seguras o que impulsionou o aumento da infecção entre as mulheres. Segundo Marques, em nenhuma outra parte do mundo a epidemia do HIV/AIDS sofreu transformações profundas e uma feminização tão rápida, como no Brasil.

[...] a crença de que as mulheres em geral estavam imunes ao risco, disseminada até há pouco tempo, e a demora em diagnósticos de AIDS entre elas, resultados em intervenção tardia, foram fatores importantes na disseminação da AIDS entre mulheres e no aumento de risco da infecção. Somente em 1990 setores ligados ao governo e ao controle da epidemia reconheceram uma mudança no perfil da disseminação da doença, o que os dados epidemiológicos começaram a demonstrar em 1986. (MARQUES 2003, Apud BARBOSA & VILELA, 1999).

O aumento assustador Do número de casos de AIDS/ HIV entre as mulheres influenciou pesquisas importantes, que revelam os aspectos sociais e culturais da realidade feminina, pois mesmo diante de uma situação epidêmica, elas continuam em silêncio, como vítimas, principalmente, de um comportamento submisso ante uma cultura, predominantemente masculino, e diante do enfrentamento das relações entre gêneros.

Os desafios enfrentados por mulheres portadoras do vírus, que convivem com o estigma da doença em uma sociedade preconceituosa e com a ineficiência do atendimento público no Brasil, são enormes. A voz feminina em uma sociedade de valores masculinos aponta a dificuldade de essas mulheres dialogarem sobre a prevenção da AIDS, sobre o uso de preservativos e sobre práticas sexuais seguras, quando isso representa quebrar e problematizar um silêncio presente na história das mulheres em sociedades como a brasileira (MARQUES, 2003, p. 35).

E ainda, podemos destacar:

Pobreza, exclusão e subalternidade configuram-se, pois como indicadores de uma forma de inserção na vida social de uma condição de classe e de outras condições reiteradoras da desigualdade (como gênero, etnia, precedência, etc.) expressando as relações vigentes na sociedade (YAZBEK, 2001, p. 34).

Segundo Wanderley (1997), a exclusão contemporânea é diferente das formas existentes anteriormente de discriminação ou mesmo de segregação, uma vez que tende a criar indivíduos inteiramente desnecessários ao universo produtivo, desta forma, impossibilitado de inserção no meio dessa sociedade, os novos “excluídos” são seres descartáveis.

A própria lógica da expansão capitalista consolida essa perspectiva de desigualdade social, na medida em que não permite a grande parcela da população a participação na produção material, fato esse evidenciado por uma relação contraditória entre a produção, o lucro e a mais valia. Na relação clássica do capitalismo, não podemos pensar em inclusão de sujeitos onde a própria lógica do capital não os considera dentro desse processo como sujeitos de direitos, portanto, não existe inclusão para aquilo que não existe para o capital.

Essa perspectiva de exclusão e inclusão adotada para tentar entender as dificuldades da vida cotidiana desses sujeitos, segue uma lógica imposta pelas políticas sociais, como uma forma de mediar as contradições presentes nesse próprio sistema desigual, que segrega e anula seus cidadãos. Portanto, podemos constatar pobreza e exclusão no Brasil como faces de uma mesma moeda, onde as

taxas de concentração de renda e de desigualdade convivem com os efeitos perversos do fenômeno do desemprego estrutural oriundos da própria lógica do capital.

A feminização da AIDS aponta para outro problema grave, que é a infecção de crianças via gestação, parto e amamentação. Segundo o Ministério da Saúde, a maior infecção entre mulheres se encontra na fase fértil de seu crescimento que varia entre 20 a 39 anos, período este considerado também produtivo para o capital.

A restrição da mulher ao campo reprodutivo permanece praticamente inalterada na maioria das sociedades, até o advento e expansão do capitalismo, que a convoca para a produção, não com o intuito de emancipá-la, mas para extrair-lhe mais-valia. Não liberada das funções anteriores, a mulher transforma-se em dupla mercadoria: do marido, na esfera doméstica (inclusive quando o mesmo é também explorado pelo patrão) e do capitalista, no âmbito da fábrica (AMMANN, 1997, p.85).

A transmissão da mãe para o filho representa 90% dos casos pediátricos de AIDS em 1996, segundo o Ministério da Saúde. Os primeiros casos de transmissão vertical no Brasil foram notificados em 1985. O aumento de casos em crianças no país a partir deste ano, concentra-se na região Sudeste.

Todo esse processo de mudança no perfil atual da AIDS tem levado o Ministério da Saúde e demais órgãos governamentais a uma reflexão quanto às estratégias para o seu enfrentamento, consolidadas através da política de combate AIDS. A compreensão desta epidemia ganha um novo impulso a partir do momento que a mesma vem sendo analisada no âmbito clínico biológico, além de incorporar a necessidade de discussões no âmbito da questão social. Esta permeia a dimensão social que perpassa todo o contexto estrutural em que se insere a epidemia, na qual estão alguns elementos, tais como: as condições de vida, os direitos sociais e humanos, a defesa da cidadania, os quais precisam ser evidenciados

Em uma relação dialética, a AIDS configura-se hoje como uma expressão da questão social, exatamente pela lógica que seu perfil foi configurado durante a evolução social, bem como pelo fato dos sujeitos envolvidos representarem um grande contingente populacional. Estes, historicamente fazem parte da consolidação do sistema capitalista contemporâneo, onde, segundo Castel (2003), são agentes e ao mesmo tempo vítimas do processo de industrialização que tem suas principais conseqüências no processo de pauperização dos trabalhadores.

A manifestação da questão social foi intensificada no século XIX com a elevação da miséria e da pobreza provenientes da exploração das sociedades

capitalistas com o desenvolvimento da industrialização, sendo historicamente tratada através de diferentes ações em diferentes momentos.

[...] em cada época do desenvolvimento capitalista “a questão social” apresenta refrações em consonância com as determinações própria da exploração capitalista e de acordo com o modelo de produção desenvolvido nesse período (SERRA 2000, p.171).

Na atualidade, a questão social se define em um novo contorno, não que exista uma nova questão social, mas no sentido que a mesma assume novas expressões advindas dos grandes problemas inerentes à acumulação capitalista como pobreza, desemprego e exclusão. Contextualizados como residuais e conjunturais durante os “trinta anos gloriosos” nos países centrais e em alguns periféricos, hoje são percebidos como problemas que atingem um número não negligenciável de sujeitos de forma permanente (PASTORINI, 2004).

Segundo Pastorini (2004), desde o início da década de 1980, o crescimento do desemprego e o aparecimento de novas formas de pobreza parecem nos levar a tempos atrás, mas podemos perceber claramente que não se trata de um simples retorno aos problemas do passado. Os fenômenos atuais de exclusão não remetem às antigas categorias da exploração, que contextualizando com o fenômeno da AIDS originam novos sujeitos que se configuram como agentes e vítimas do conjunto dos novos problemas oriundos das modernas condições de trabalho no urbano.

Portanto, as questões sociais presentes no processo de disseminação do HIV/AIDS no Brasil podem ser claramente percebidas pela própria localização geográfica de disseminação da epidemia no país. A AIDS começou sua disseminação pelas áreas metropolitanas das regiões Sul e Sudeste, espalhando-se, logo em seguida, pela região Norte e Centro-Oeste. Enquanto uma epidemia moderna, a AIDS vem revelando, ao longo de sua história, significativas mudanças nos aspectos: sociais, epidemiológicos, econômicos, políticos e culturais. Tais elementos vêm sendo observados e avaliados para um maior reordenamento das políticas públicas de prevenção.

[...] o processo de difusão da AIDS no Brasil começou pelas áreas metropolitanas da região centro-sul, onde se concentra o maior número de casos da doença. Embora os Estados de São Paulo e Rio de Janeiro sejam ainda os responsáveis pela maior parte dos casos notificados de HIV positivo no Brasil, 68.947 e 20.552, respectivamente (número de casos notificados ao Ministério da Saúde até agosto de 1998), a infecção tem-se espalhado por outras regiões do país e também por diferentes áreas do Centro-sul (MARQUES, 2003, p.42).

O programa de DST/ AIDS, no período que compreende a década de 1980, consolidou-se em todo território nacional por meio da realização de encontros macrorregionais, visando à implantação de ações programáticas para o controle da epidemia e instalação de novos programas, permitindo desenhar as diretrizes e estratégias comuns a todas as regiões do Brasil.

Desta forma, o Programa Nacional foi consolidado (1988) dando unidade às ações referentes à AIDS nos serviços de saúde. Na Administração Públicas. Segundo Camargo Júnior (1999), as primeiras articulações em nível federal, datadas de 1985, só foram tomar corpo em 1988, quando foi implantado o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS.

Os princípios e diretrizes que vieram a institucionalizar e incorporar o discurso oficial do Programa Nacional permitiu destacar, nesse processo, uma maior possibilidade de descentralização administrativa das ações, propondo a criação de macrorregionais no território nacional como centros de referência em DST/AIDS, apoio aos programas estaduais e participação popular em trabalho conjunto com entidades religiosas, filantrópicas, particulares, governamentais e “grupos de risco”.

Após as décadas de 1980/90 ocorreu um crescente desenvolvimento de ações no que concerne a administração da política de combate a AIDS no Brasil, com a implantação de uma política cujas diretrizes começa a se definir no cenário do Sistema Único de Saúde, sobretudo em relação aos recursos financeiros obtidos através da cooperação internacional e projetos de parcerias <sup>7</sup>.

Não podemos negar que o Brasil assumiu, apesar de todas as suas limitações e dificuldades, uma posição de enfrentamento positivo diante da epidemia de HIV/AIDS, posição esta que tem por características atuais a distribuição gratuita de medicamentos na rede pública e os empréstimos empreendidos para a implantação de uma política eficiente.

No século XXI, um dos grandes desafios ao enfrentamento dessa epidemia relaciona-se ao seu perfil epidemiológico onde há alta incidência da infecção entre as mulheres, jovens e idosos além de usuários de drogas injetáveis, cuja característica social é a pauperização, além da interiorização da AIDS que agrava

---

<sup>7</sup> A criação do Programa Nacional de Prevenção e Controle das Dst/Aids, foi respaldado no acordo de cooperação firmado entre o Fundo Nacional de Saúde, o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento – BIRD e contrapartida Estadual/ Municipal ( SEMUS, 2006)

ainda mais seu quadro exigindo formas cada vez mais eficazes de administração pública da questão.

A Política de Combate a AIDS se encontra inserida em uma Política macro que regulamenta o Sistema de Saúde Pública no Brasil, portanto, sendo definida com base nos conceitos e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS – a construção da Constituição de 1988 incorporou em seu texto propostas oriundas da Reforma Sanitária, movimento que se consolidou na década de 1970 e que contribuiu para redemocratização da saúde pública no país.

A redefinição de conceitos, de direitos sociais, inserindo na saúde que compõem o tripé da Seguridade Social, amplia o contexto da institucionalização da Reforma Sanitária, que ajudou a criar a Lei Orgânica de Saúde (nº. 8.142/90 e 8.808/90). Tal Lei estabelece os princípios que orienta as formas de aplicação do SUS, proporcionando uma real abertura de canais de participação, transparência, desburocratização e democratização no direito à saúde, permitindo um reordenamento da política no Brasil.

Dentre os princípios que norteiam essa política temos:

- A Integralidade- permite compreender o sujeito a partir de uma totalidade, atendendo suas necessidades, com uma articulação de saber necessário para a resolutividade de seu problema objetivando articular a assistência preventiva e a curativa.
- A Universalidade - as ações e serviços devem ser garantidos a todas as pessoas independente de cor, raça, renda, contribuição financeira ou não, este principio amplia a concepção de cidadania.
- A Equidade - garantia à assistência à saúde, através do principio de justiça social, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie.
- A Descentralização - compreende a política de saúde de forma descentralizada, priorizando o planejamento da esfera local; objetiva, acima de tudo, redistribuir poder e responsabilidades para as três esferas de governo, aproximando os serviços dos problemas de saúde, melhorando dessa forma a qualidade e o controle da fiscalização pelos cidadãos.

- A Regionalização e Hierarquização - os serviços devem ser entendidos como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de acordo com a demanda apresentada.
- A Participação Popular - compreende a representatividade e participação da sociedade civil através dos conselhos de saúde na elaboração, fiscalização e execução da política de saúde.

Com a consolidação do SUS, alguns princípios almejados no Movimento da Reforma Sanitária proporcionaram uma abertura política de canais de participação, transparência, desburocratização e democratização no direito à saúde. É certo que muitos desafios ainda existem para a operacionalização desse Sistema de Saúde, sobretudo quando os relacionamos à construção e consolidação de diferentes políticas de atendimento a saúde neste contexto, como a própria política de combate a AIDS.

O SUS se constitui em um avanço em termos político-jurídico, mas ainda assim não proporciona, de forma prática, as questões de saúde no Brasil, isso porque boa parte dos recursos é destinado ao setor privado em detrimento do setor público.

A política da AIDS começou a ser delineada no governo do então Presidente Sarney. Nesse período foi formada a primeira equipe responsável pelo programa tendo à frente da Coordenação Nacional do Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, a Dr<sup>a</sup>. Lair Guerra de Macedo Rodrigues, juntamente com Luiz Antonio Matheus Loures e Pedro Chequer.

Período este, caracterizado por abertura de propostas e de articulação com os Estados, sendo incentivada a criação da Comissão Nacional de AIDS, a fim de assessorar e coordenar o programa na definição da política nacional de controle da síndrome (MARQUES, 2003).

A consolidação do programa e o avanço das diretrizes traçadas coincidiram com a articulação para implantação e consolidação do Programa Nacional, ocorrendo num contexto de redemocratização no setor da saúde, com grande mobilização social que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde. Embora com tantos avanços ainda não havia uma preocupação, por parte do Ministério de Saúde em exigir a obrigatoriedade dos testes anti-HIV nas transfusões sanguíneas, contribuindo de forma avassaladora para o aumento dos casos.

[...] tendo em vista que nessa época o comércio de sangue era um dos mais rendosos no setor de saúde no Brasil, e a exploração de doadores “voluntários”, quase sempre carentes e sem assistência médica, tornando o sangue um veículo de transmissão de doenças. (MARQUES, 2003).

Em 1988, o Programa Nacional finalmente foi consolidado. Nessa época, criou-se um grupo de trabalho que realizou um diagnóstico da situação da epidemia em vários Estados, cujo objetivo era estabelecer diretrizes nacionais e finalmente apontar a sua criação.

[...] o Programa Nacional foi consolidado em 1988, ressaltando a portaria 236 do Ministério da Saúde, de maio de 1985, que deu unidade às ações referentes à AIDS nos serviços de saúde [...] as primeiras articulações datadas de 1985, com edição de uma portaria ministerial com diretrizes para um programa de controle da AIDS, seguida do estabelecimento de uma comissão nacional de AIDS em 1987. Ressalta, entretanto, que o Programa Nacional de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, cuja ação foi importante no combate ao HIV/AIDS no Brasil, só foram implantados em 1988. (MARQUES, 2003, P, 124).

Entre os períodos de 1990 a 1992, o Brasil sofre os impactos do governo Collor de Melo, período caracterizado pela centralização das ações, mudando radicalmente a estrutura já consolidada. Neste período, o programa sofreu com a falta de compromisso do governo federal, onde mudanças na coordenação central e confrontos com as ONGs e programas estaduais desestruturaram a política de combate a AIDS<sup>8</sup>. Contraditoriamente, é neste mesmo período que o governo autoriza a distribuição gratuita da medicação antiretroviral ao paciente portador do vírus HIV e/ou doente de AIDS.

Já em 1993, após o impeachment do então presidente Collor de Melo, o governo brasileiro assina um acordo com o Banco Mundial visando ampliar as atividades de combate a AIDS, criando o Projeto AIDS I, vigorando de 1994 a 1998, dando novo impulso a política. As propostas apresentadas neste período tem nas atividades educativas e preventivas em DST/ AIDS a perspectiva de práticas mais seguras.

---

<sup>8</sup> Na década de 1990 e particularmente no período do Governo Collor de Mello, as diferentes questões ocasionadas pela abertura política e econômica imposta pela política internacional aos países da América Latina e em particular ao Brasil ocasionaram uma maior pressão ao governo que priorizou outras questões na sua agenda, a saúde neste momento precisava adapta-se aos moldes do ajuste neoliberal que vinha sendo implantado no país, o programa de DST/ AIDS que começava a tomar corpo sofre com essa instabilidade dentro da Política e fica totalmente esquecido neste período. (MARQUES, 2003 )

Posteriormente foram consolidados os Projetos AIDS II que vigorou até 2002 sendo responsável pelo financiamento e incentivo da criação de vários projetos de diferentes entidades em vários segmentos da sociedade.

Com a procura cada vez maior pelo teste anti - HIV na rede pública, já que inicialmente os exames sorológicos para detecção do HIV, restringiam-se aos serviços de triagem para transfusão sangüínea em hemocentros, doação de órgãos e sêmem em clinicas especializadas, e em alguns centros de referencia para tratamento dos doentes de AIDS.

O Ministério da Saúde, através da Coordenação Nacional de DST/ AIDS (CN/DST/AIDS), implantou os Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), espaços públicos que oferecem o exame de forma gratuita e com características bem definidas de atendimento, com base no anonimato e confidencialidade. A principio, os objetivos desses serviços se baseavam em desviar a demanda por testes dos bancos de sangue e, primordialmente, trabalhar com estratégias de prevenção e redução de riscos de transmissão e expansão do HIV/ AIDS. (BRASIL, 1997).

## **2.2 Programas DST/AIDS no Maranhão e demandas para o Serviço Social**

No avanço desenfreado da epidemia, diferentes regiões no Brasil, passam a apresentar casos de infecção pelo HIV no Estado do Maranhão, ainda nos meados da década de 1980 a SES – Secretaria de Estado da Saúde – registra os primeiros casos da então doença misteriosa, onde o perfil apresentado tem as mesmas características da epidemia em nível nacional, conforme aspectos já mencionados no item anterior.

A propagação do vírus no Estado está ligada a vários fatores entre eles, e extensão territorial, a existência de grandes eixos rodo-ferroviarios (BR-010, BR-222 e Ferrovia Carajás), questões sócio-econômicos em que o baixo índice de desenvolvimento humano, e a mobilidade populacional são fatores que geram uma necessidade de ações de promoção, prevenção e proteção à saúde com ênfase para segmentos de maior vulnerabilidade às DST/HIV/AIDS. (SES-MA, 2006).

O primeiro caso de AIDS notificado no Estado ocorreu em 1985 em São Luis. Naquela época, não havia estrutura local e o atendimento dos

primeiros casos ocorreu fora do estado (centro-sul e Sudeste do país). No período de 1985 a 2000, percebe-se um aumento da distribuição geográfica (interiorização da epidemia), passando de 15 para 147 municípios até outubro de 2005. (SES, 2006, p,11).

Nesse contexto, o Estado passa a organizar os serviços de saúde, através de espaços de referência para a elaboração, fiscalização e execução das políticas na área. Foi criada a primeira CAIS \_ Comissão Interinstitucional de Prevenção e Controle das DST/ AIDS.

Infelizmente, os indicadores de saúde do Estado revelam um quadro, onde as condições de vida e as questões da AIDS em suas interfaces permitiram um aumento significativo e rápido de casos levando a uma necessidade de descentralização<sup>9</sup> das ações de combate à epidemia.

Atualmente o Maranhão através da SES vem concentrando esforços na efetivação de uma política descentralizada e municipalizando as ações de DST/ AIDS, principalmente nos municípios, onde o perfil epidemiológico da doença vem crescendo significativamente nos últimos anos, em destaque temos; São Luís, Imperatriz, Timom, Caxias, Bacabal, Codó, Itapecuru-mirim, São José de Ribamar, Coroatá, Santa Inês, Pinheiro e Pedreiras. (SES-MA, 2006).

Até Abril de 2007, segundo dados da SES-MA, foram notificados 3.457 casos de AIDS. A transmissão sexual ainda é a principal categoria de exposição ao vírus do HIV. Dentre os casos notificados, 32,9% dos pacientes infectados são mulheres e 67,1% são pacientes do sexo masculino, temos 94 casos em crianças, onde 57 meninos e 37 meninas. Neste estado, ainda existe um problema muito grave, que compreende a sub-notificação dos registros de casos de AIDS, além de óbitos mal esclarecidos. (SES, / SINAN, 2007).

As categorias de contaminação ainda compreendem a transmissão heterossexual com 81,86% dos casos, temos apenas 2,20% de transmissão sanguínea, e 2,60% de transmissão perinatal (SES-MA 2007).

Quanto à faixa etária mais acometida pela contaminação do HIV, temos 54,76% de pacientes na faixa dos 20 aos 34 anos, e 33,26% na faixa dos 35 aos 49 anos, equivale a uma idade propícia a inserção no mercado de trabalho, e vem refletindo de uma forma negativa no mercado de trabalho e na previdência, já que o

---

<sup>9</sup> A descentralização do processo da política de enfrentamento da AIDS no Maranhão, consiste em uma forma de ampliação das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento, que permita alcançar o maior número de municípios possíveis e com prioridade para aqueles, cuja a população, tem se configurado como de maior vulnerabilidade a contaminação do HIV. (SES, 2006).

aumento do número de licenças médicas, auxílios doenças e aposentadorias por invalidez, principalmente, nesta área, tem se tornado uma realidade cada vez mais concreta.

Quanto aos recursos destinados à efetivação das ações no Estado, estes são oriundos de diferentes fontes, tais como, primeiramente acordo de empréstimo do governo federal com o BIRD – Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento - ocorreu na década de 1990. Posteriormente através de Política de financiamento na forma de incentivo, vindo do Fundo Nacional de Saúde, para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e de Projetos de prevenção e assistência financiados pelo MS e organismos internacionais (UNESCO, UNDOP) e por último, recursos do Tesouro Estadual, destinados para aquisição de medicamentos para infecção oportunistas e doenças sexualmente transmissíveis, preservativos e manutenção do programa (SES-MA, 2005).

As linhas de ações do Estado seguem os princípios e diretrizes norteadoras do Programa Nacional, respeitado o grau de complexidade da instância Estatal. Na gestão estadual é que são configuradas as ampliações das ações educativas de prevenção por meio de incentivos aos municípios; além parcerias com ONGs e setores empresariais. Responsabiliza-se também pela dispensação de medicações oportunistas e anti-retrovirais, projetos de prevenção variados, capacitações de profissionais e dispensação de preservativos (SES-MA, 2006).

Na atualidade, o desafio é a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis congênita, ampliação da disponibilidade do teste anti-Hiv, capacitação continuada de recursos humanos, melhoria da qualidade assistencial especializada das unidades de referência a tratamento (SAEs, Hospital dia, DIP), buscar o atendimento das propostas da II Conferência Estadual de DST/ AIDS, discutir as diretrizes para o desenvolvimento de políticas sociais dirigidas ao atendimento dos direitos de adolescentes vivendo com HIV, discussão com os segmentos de religiões afro-brasileiras, quilombolas, indígenas, garimpeiros e outras ações de prevenção e tratamento a AIDS e outras DST (SES- MA, 2007).

O município de São Luis, nesse processo, também na década de 1990, começa a direcionar ações e atividades de cunho preventivo e tratamento as demandas acometidas pela problemática. Em 1995, cria-se em São Luís o primeiro

Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS)<sup>10</sup> , cuja responsabilidade fica a cargo da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), através da Coordenação de DST/ AIDS.

. Os primeiros casos de AIDS tratados no município de São Luís datam de 1992, nessa época o único serviço disponível era um ambulatório no Centro de Saúde de Fátima que assistia a demandas espontâneas, esta unidade é a referência municipal para tratamento, funciona o SAE - Serviço de Atendimento Especializado.

A lei nº. 3677 de 08 de Abril de 1998 regulam o Programa Municipal de Prevenção e Controle das DST/ AIDS. Esse programa foi institucionalizado no nível de Coordenação, fazendo parte da Estrutura Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís.

O município de São Luís, neste período detinha 65% dos casos de AIDS do Estado, havia uma necessidade de executar ações imediatas que permitissem diminuir a evolução da epidemia no município, a deficiência dos recursos humanos associado à estigmatização e preconceito dos pacientes e ainda à escassez de recursos financeiros, levou o Ministério da Saúde a definir uma política consistente que permitisse aos municípios através de um planejamento efetuar suas primeiras ações de prevenção, controle e tratamento das DST/ AIDS (SEMUS, 2006).

Isso ocorreu através do acordo de cooperação firmado entre o Fundo Nacional de Saúde, o Banco Internacional para reconstrução e desenvolvimento – BIRD e a contrapartida Estadual/Municipal (SEMUS, 2006).

Em 2003, a forma de financiamento da política no município redefiniu-se, neste período foi implantado a Política de Incentivo Fundo a Fundo de Conformidade com a Política do SUS, operacionalizando-se os Planos de Ações e Metas – PAM, onde os recursos financeiros são repassados do Fundo Nacional de Saúde aos municípios (1/12) através de mensalidades constituídas também por recursos de contrapartida municipal.

Durante toda sua consolidação o programa municipal teve suas ações ampliadas de forma a dar respostas mais efetivas nas suas diversas áreas temáticas, promoção, prevenção, proteção, diagnóstico tratamento e assistência; além de desenvolvimento institucional e gestão e parcerias com ONG/Osc.

---

<sup>10</sup> Em razão do surgimento de novas atividades realizadas por esses centros e da própria reformulação de determinados princípios e diretrizes da Política a nível nacional, em 1997 o a terminologia de COAS é modificada em todo país passando a se chamar CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento.

Hoje o Programa conta com uma estrutura comporta, dois CTAS – Centros de Testagem e Aconselhamento, localizados nos bairros do Lira e Anil, um Serviço de Atendimento Especializado- SAE, localizado no Centro de saúde de Fátima, um ADT- Assistência Domiciliar Terapêutica, que funciona no CTA do Anil, além de desenvolver suas ações de prevenção e assistência aos doentes de Aids em Unidades Mistas de Saúde, Centro de Saúde em diversos bairros da capital.

Quanto ao perfil epidemiológico do município de São Luís, até o ano de 2005, a população estimada é de 978.822 habitantes, sendo 457.219 homens e 521.603 mulheres, e uma população sexualmente ativa de 571.520 habitantes, representa 58,38% da população geral, neste contexto foram notificados 1.926 casos de AIDS, uma média de 96 casos novos por ano (SES-MA, 2006).

Do número notificado de casos em São Luís, temos uma representação de 70% de casos em homens e 30% de casos em mulheres, ou seja, 1.352 casos masculinos e 574 casos femininos. Quanto ao número de casos notificados por faixa etária, a maior incidência concentra-se na faixa etária, entre 20 a 49 anos, representando 90% dos casos de HIV/AIDS. A transmissão sexual ainda é a principal via de infecção pelo HIV, representa 78%, destacando o contato heterossexual com 50,5% de casos (SEMUS, 2006).

Outro fato importante refere-se à variável educacional, considerando que a maioria dos doentes de AIDS tem em média 4 a 11 anos de escolaridade, isso corresponde ao nível do ensino fundamental, e parte do ensino médio. Tais dados nos levam a refletir que apesar dos doentes de AIDS, em torno de 59%, possuírem razoável nível de escolaridade, falta uma política de educação sexual, nos diferentes níveis de ensino e tendo como referência os parâmetros curriculares da política de Educação no país.

As doenças sexualmente transmissíveis - sífilis, gonorréia, condilomas, tricomonas, candidíase, herpes, entre outras - somam 21.490 notificações somente no período de 2001 a 2005, e em destaque temos a Síndrome do Corrimento Cervical com 18.959 casos, isso equivale a 88,0% do total de atendimento em mulheres, equivale ao atendimento dos preventivos, já que as mulheres ainda são a maioria no atendimento relacionado a prevenção, seja do câncer do colo do útero, seja na busca por prevenção a AIDS.

Diante da realidade constatada, o Programa Municipal de Combate as DST/ AIDS, vem priorizando suas ações, no sentido de beneficiar as populações

periféricas mais empobrecidas, os adolescentes em situação de risco, os profissionais do sexo masculino e feminino, e as mulheres gestantes, numa atenção especial à transmissão vertical do HIV.

As ações desenvolvidas pelo programa municipal respeitam a lógica da estrutura nacional, firmando compromisso com a gestão, no nível que este pertence, desta forma, desenvolve atividades de cunho preventivo, através de campanhas educativas, oficinas, palestras, mobilizações, distribuição de preservativos, foulders, cartilhas explicativas, capacitação de recursos humanos, promoção de seminários, parcerias com ONGs, e com a instância Estatal.

No âmbito do diagnóstico e tratamento, o programa municipal prevê a realização de exames anti-hiv, de forma gratuita e com sigilo, tendo como referência uma ação educativa de orientação, a técnica do aconselhamento. No que tange ao tratamento o SAE municipal, dispensa medicação anti-retroviral, bem como, de outras doenças oportunistas, este espaço conta com uma equipe multiprofissional, com base nas diretrizes e normas definidas para efetivação das ações de enfrentamento da doença. A formação dessa equipe para efetivar essas as ações requisita a contratação de profissionais qualificados, em relação às questões biológicas e psico-sociais inerentes à AIDS.

Foi, portanto, no contexto de construção da política que por determinação do Ministério da Saúde, ampliou-se o quadro de profissionais nas esferas municipais para atuar nos programas de DST/AIDS, como ocorreu em São Luís. Assim, além de Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Farmacêuticos, Terapeutas e Fisioterapeutas, outros profissionais foram inseridos nesse processo, entre eles, Assistentes Sociais, Pedagogos e Cientistas Sociais (BRASIL, 2000).

Esses profissionais inseridos nos programas têm a missão de realizar ações educativas com base na técnica do aconselhamento, onde o acolhimento é considerado um dos requisitos básicos associado ao conhecimento técnico, habilidades de comunicação, neutralidade em juízos de valor, postura ética, sensibilidade às questões socioculturais e emocionais, sensibilidade às demandas singulares de cada usuário e atitude empática. (BRASIL, 2000).

A inserção dos Assistentes Sociais no contexto dessa política se constitui historicamente por uma trajetória, política e profissional, em que se identifica uma tendência de prática profissional referenciada em um projeto ético-político que vem consubstanciando as práticas educativas do assistente social, na perspectiva do

fortalecimento das lutas, na garantia dos direitos e superação das desigualdades sociais. Portanto, é nesse espaço onde se efetua ações de tratamento e prevenção ao portador do HIV doente de AIDS e usuários em geral, que encontramos os profissionais do Serviço Social, engajados nas equipes multiprofissionais e interdisciplinares.

Na Política de Saúde, particularmente, encontramos um maior envolvimento dos assistentes sociais a partir da década 1980, com a consolidação do novo modelo de gestão da saúde, estruturado pelo Sistema Único de Saúde – SUS, especificamente nos programas de DST/AIDS, isto só vai ocorrer no final deste período.

Bravo (1996) chama atenção para o fato dos assistentes sociais, na área da saúde, historicamente, ter se constituído como um profissional subalterno, e ter sua ação vinculada diretamente ao médico, atuando de forma assistencial, só, posteriormente com o movimento de renovação da profissão e a luta pela garantia de direitos através dos vários movimentos sociais na década de 1980, que o profissional começou a ter uma consciência mais crítica quanto a sua importância no processo de construção da política de saúde onde a relevância de seus conhecimentos e suas ações técnicas tem permitido responder a demandas específicas nesta área, extrapolando a mera prática curativa.

A prática profissional dos assistentes sociais no âmbito da saúde e mais especificamente no contexto das DST/ AIDS, desenvolve-se no espaço específico construído pelos movimentos sociais, a partir de diversas lutas para a concretização do direito à saúde<sup>11</sup> e garantia de acesso universal aos serviços médicos.

Sem dúvida, é nas necessidades das classes sociais que se configura a utilização das práticas profissionais, evidenciadas através das demandas posta pelas instituições às quais estão vinculadas, organizando seus serviços para responder de forma satisfatória as questões postas, e no caso específico da saúde, as questões relacionadas ao processo do adoecimento da população.

---

<sup>11</sup> Esse direito nasce da necessidade de transpor as ações e serviços de saúde, que historicamente no Brasil, vinham sendo garantidas via seguridade social através da previdência social, ou seja, quem contribuía para diversas caixas de aposentadoria e pensões ou mesmo para os diversos sindicatos ou institutos de previdência, teriam acesso garantido aos serviços de saúde, tal realidade precisava urgentemente ser repensada e substituída, impulsionando o chamado movimento da Reforma sanitária, espaço no qual encontramos envolvido vários profissionais comprometidos com uma nova forma de se pensar a saúde (MENDES,1995).

Neste contexto, o Serviço Social, como profissão que historicamente institucionaliza-se para responder as demandas postas pela questão social, se insere no campo da saúde, a partir das influências modernizadoras que operou no âmbito das políticas públicas sociais sedimentando sua ação prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária, enfatizando as técnicas de intervenção, burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. “A prática é tida como uma relação singular entre o assistente social e o usuário de seus serviços, seu cliente – não desvinculada da” questão social” e das políticas sociais” (IAMAMOTO, 2006, p, 168 ).

Desta forma, a prática profissional concentra-se no meio da ampliação da assistência médica hospitalar onde os profissionais são demandados para lidar com a contradição entre a demanda e o seu caráter excludente e seletivo. Sem dúvida, o assistente social enquanto um profissional é chamado a responder de forma satisfatória as diversas questões postas no cotidiano dos usuários, envolvendo diferentes problemas de saúde, para isso necessita apoderar-se de instrumentais, cujas bases teórico-metodológicas devem oferecer resultados imediatos as suas necessidades.

A inserção do assistente social, na política de saúde no Brasil, e mais particularmente na Política de combate a AIDS, ocorre a partir de uma perspectiva apontada por Conh (2002) que sinaliza a importância de um profissional que tende a contribuir na construção da saúde como um direito, para tanto, é necessário, entender o cotidiano onde se efetua a luta dos movimentos sociais da saúde, da constituição dos serviços que compõem a rede de referência no SUS, da prática institucional, dos sujeitos envolvidos, do saber popular e do saber científico.

Essa realidade está presente no cotidiano dos assistentes sociais, que desenvolvem suas ações de intervenção junto a velhas e novas demandas de usuários nas instituições de saúde, espalhadas por todo país, onde no decorrer do processo que consolidou o SUS, como um sistema de saúde universal, também ampliou a contratação dos profissionais do Serviço Social.

Em outras palavras, o serviço social está sendo demandado por usuários, os quais, por não disporem de serviços de atendimento de natureza preventiva garantidos constitucionalmente (artigo 196 da Constituição Federal), amontoam-se nas portas de entradas dos hospitais de referência e, ao mesmo tempo, pelo Ministério da Saúde que ao participar diretamente do processo de modernização do Estado, começa a implementar a reorganização dos serviços visando a racionalização da relação custo –

benefício e a qualidade dos serviços, exemplificados por programas como o da acreditação dos serviços de saúde (COSTA, 2003, p.11).

Portanto, o assistente social é chamado a acolher através do vínculo institucional, os usuários que estão fora da órbita do sistema de saúde, adequando às demandas a outras demandas, a exemplo das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS, tão importantes como os demais problemas de saúde, como o diabetes, a Hanseníase, o planejamento familiar, o programa da criança, entre outros. (Lessa, 2003).

A forma como os profissionais são chamados para desenvolver sua prática profissional, com base em atividades pautadas nas orientações individuais e coletivas de cunho educativo, com a finalidade de “mudanças de comportamentos”, ou mesmo de aceitação da sua condição de doente, permite proporcionar através da intervenção técnica, uma harmonização no âmbito da instituição, na qual está vinculado de forma “satisfatória”, desenvolvendo na rotina da unidade de saúde as ações que respondem desta forma, as lacunas deixadas pela própria fragilidade da política de saúde.

Neste contexto, o perfil social e epidemiológico da AIDS impõe ao assistente social uma necessidade de repensar a forma de atuação, imprimida neste universo, onde esta problemática somada às outras demandas da saúde, além das intervenções clínicas, tem demandado de outros profissionais, inclusive do próprio assistente social, uma leitura da doença de forma mais complexa e aprofundada, extrapolando as meras burocracias provenientes do universo institucional <sup>12</sup>.

Diante de tais aspectos e levando em consideração o perfil da epidemia nos anos de sua evolução no Brasil e no mundo, o Ministério da Saúde, define e redefine sua Política, com o intuito de responder de forma eficiente às novas demandas que vêm surgindo no final da década de 1990, tais demandas são absorvidas pelo Serviço Social, enquanto uma profissão que também se encontra inserida no contexto da Política de Saúde, cuja finalidade, é através das mediações do fazer profissional diário imputar uma resolutividade as questões posta pelos seus usuários.

---

<sup>12</sup> As rotinas institucionais vivenciadas nas unidades de saúde são sistematicamente compostas de triagem, preenchimentos de prontuários, orientações sobre a rotina dos serviços, encaminhamentos para referências clínicas, liberação de ambulância, harmonizar conflitos internos entre funcionários e pacientes, trabalhos educativos em vários temas respeitando o fluxograma do Ministério da Saúde. (VASCONCELOS, 2002)

### **3 A PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL NOS PROGRAMAS DE DST/ AIDS EM SÃO LUÍS.**

#### **3.1 Configuração da prática dos assistentes sociais.**

O Serviço Social desenvolve suas ações no contexto da Secretaria de Saúde do município de São Luis, com base nos princípios do SUS – Sistema Único de Saúde, tendo como diretriz o processo de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social.

Nesse sentido, a definição das responsabilidades profissionais, no que tange aos diversos processos de intervenção profissional na Equipe de Saúde, pauta-se em um documento do Conselho Nacional de Saúde, Resolução Nº. 218 de 06/03/1997, que define a equipe de saúde pública, inserindo o assistente social como um profissional neste universo (ver Anexo A).

Este documento serviu de base para a elaboração das “Diretrizes de Atuação do Serviço Social na SEMUS”, cuja finalidade consiste em nortear as diretrizes de atuação profissional, bem como suas atribuições em diferentes níveis hierárquicos e de complexidade de atendimento no SUS (ver Anexo B).

Para desenvolver tais atribuições, o profissional do Serviço Social tem como desafio a busca constante de atualização teórico-prático, um conhecimento da realidade de forma global, para, desta forma, desenvolver uma prática profissional que contribua para a eliminação de todas as formas de preconceito e discriminação incentivando a convivência comum às diferenças de classes, gênero, raça/étnica, religião, nacionalidade, regionalidade, orientação sexual, idade e condição física, orgânica ou mental. Suas ações diárias são desenvolvidas em diferentes níveis de complexidade no âmbito do SUS e, também, nos diferentes programas implantados pela Política de Saúde, como em específico, pelo programa municipal de DST/AIDS em São Luís, onde podemos observar tais atribuições.

Tais atribuições desdobram-se em uma prática educativa, que no âmbito do programa de DST/AIDS envolve as seguintes ações:

- a) repasse e socialização de informação ao usuário;
- b) interpretação e decodificação das normas institucionais;

- c) capacitação de trabalhadores na área de saúde;
- d) esclarecimentos sobre os direitos e deveres dos usuários;
- e) supervisão técnica em campo de estágio de serviço social;
- f) aconselhamento individual e coletivo;
- g) registro, análise e avaliação das atividades realizadas;
- h) realizar ações educativas nos programas desenvolvidos nas unidades;
- i) participar dos conselhos de políticas, de classe, de direitos, no exercício do controle social;
- j) promover e participar em eventos científicos, cursos de atualização, capacitação e pós - graduação na área da saúde, entre outras atribuições;

Somada ao conjunto de atribuições desenvolvidas pelas assistentes sociais no âmbito da saúde, Costa (2000) chama atenção para a prática profissional que está prioritariamente concentrada nos seguintes campos de atividades.

- Ações de caráter emergencial, onde a referida autora considera todas as ações cujas situações são excepcionais e onde os mecanismos institucionais existentes não são absorvidos na rotina diária; estas ações estão ligadas ao déficit de oferta dos serviços para atender às demandas.

Tais ações podem ser claramente observadas no dia a dia das unidades de serviços dos programas de DST/AIDS, onde nos deparamos com um universo crescente de pacientes necessitando de consultas, exames, ou outros tipos de atendimento que não são oferecidos pela unidade. A oferta dos serviços disponibilizados já extrapola a média de atendimento diário e, mesmo com todas as possibilidades de redimensionamento da clientela no SUS, a oferta de serviços é inferior a demanda da população. Tal aspecto torna-se mais preocupante no contexto do HIV/AIDS, onde, no estado do Maranhão, existem apenas três ambulatorios especializados devidamente estruturados para o atendimento desses pacientes<sup>13</sup>. Nestes espaços, encontramos o assistente social desenvolvendo sua prática interventiva junto a demandas historicamente excluídas do sistema de saúde, seja pelo não acesso ao serviço, seja pela superlotação das unidades, seja pela defasagem de leitos para internação, seja pela falta de clareza quanto a seus

---

<sup>13</sup> O Estado do Maranhão hoje conta com sete ambulatorios especializados em AIDS, que se localizam em Codo, Timon, Pedreiras, Caxias, Imperatriz e São Luís, deste total, apenas Imperatriz e São Luís que possui dois ambulatorios possuem um maior suporte logístico no que tange ao tratamento, e também um numero maior de pacientes em acompanhamento clinico.

direitos ou pela própria ineficácia dos profissionais que se encontram inseridos nestes espaços.

- Educação e informação da saúde - consiste em atividades onde a abordagem individual e coletiva ocorre com o objetivo de esclarecer, informar e buscar soluções acerca de problemas que envolvam epidemias e endemias, a exemplo da AIDS.

Neste sentido, a política de saúde, principalmente na década de 1990, incentivou no âmbito do SUS uma complexa discussão sobre práticas educativas que tem como finalidade, uma melhoria na qualidade de vida da população, através de ações de caráter preventivo nos mais variados programas, como tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, saúde da mulher e saúde da criança. Tal discussão condensou em uma estratégia específica que no âmbito do SUS, é definida como a política de educação em saúde e tem sido sistematizada por todas as instâncias de pactuação deste sistema. No que se refere ao programa de DST/AIDS, independente da construção de uma política macro para discussão de temas relacionados ao agravamento de doenças, a AIDS enquanto uma epidemia que necessitava de um constante aprofundamento teórico, impulsionou desde o final da década de 1980, a necessidade de conhecimentos específicos que deveriam ser divulgados através de cartilhas, folders, álbuns seriados, através da mídia, das escolas, comunidades e outros espaços interativos de ação.

Apesar das inúmeras dificuldades que a política de saúde sofre no contexto de implantação e sistematização de suas ações, o programa de DST/AIDS conseguiu se consolidar como uma referência mundial, no que tange a forma como sociabiliza suas ações educativas e disponibiliza seu tratamento, tornando-se um diferencial entre os programas desenvolvidos pelo SUS no Brasil.

O assistente social, nesta perspectiva, dada a sua trajetória profissional e o cunho educativo de suas intervenções, sistematizada por uma prática eminentemente pedagógica, torna-se um profissional requisitado no bojo da política de saúde. É necessário visualizar, portanto, que a requisição de tal profissional ocorre, principalmente, pela capacidade de mediações que o mesmo imputa no decorrer de suas intervenções diárias, o que possibilita um controle maior por parte do Estado a um universo ampliado de usuários deste sistema.

- Planejamento e assessoria - consiste em ações voltadas para área do planejamento no processo de reorganização do trabalho no âmbito do SUS,

priorizando áreas específicas como vigilância alimentar, epidemiológica e sanitária, fornecer informações sistematizadas sobre a operacionalização do sistema a gestores, trabalhadores da saúde e conselheiros.

Na política de saúde, os processos que compreendem o planejamento, assessoria, regulação e sistematização de ações no sistema se configuram como um universo complexo. No que compreende a prática do Serviço Social, tal espaço de atuação tem se configurado como um desafio ainda maior, pela própria lógica de inserção dos profissionais nas políticas públicas, na medida em que atuam de forma mais sistematizada na execução dos programas e não estão compondo, em sua maioria, cargos ou funções que permitam a proposição de ações. Para Iamamoto (2003), entre os vários desafios vividos pelos profissionais, na atualidade, está a capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas, preservando direitos garantidos e propondo alternativas no espaço do mercado; é necessário “sair da redoma de vidro que aprisiona os assistentes sociais”, onde além de executor das políticas, deve formular e compor a gestão de tais políticas.

- Mobilização da comunidade - consiste em ações educativas voltadas para a sensibilização, politização e mobilização da comunidade, cujo objetivo é o funcionamento dos conselhos de unidades de saúde, distrital, municipal e estadual.

No âmbito da política de saúde, a discussão da participação da comunidade na construção de alternativas e prioridades sanitárias impulsionou um redimensionamento do controle social, pois com o movimento da reforma sanitária, cada vez mais, encontramos, dentro do sistema, instâncias de mobilização, seminários de sensibilização, e a estruturação dos serviços de saúde em distritos sanitários, com conselhos gestores participativos e operativos.

A importância dessas instâncias se evidenciou no bojo do programa de DST/AIDS em São Luís, no ano de 2005, o Centro de Saúde de Fátima, onde se localiza o Serviço de Atendimento especializado – SAE passou por uma reforma na sua estrutura física, fruto de uma ampla discussão no distrito sanitário, do qual faz parte e da pressão popular, que compreende a comunidade do bairro de Fátima e instâncias de pactuação representativas dos pacientes de HIV/AIDS. É importante também ressaltar que o assistente social que trabalha nessas unidades de saúde do município, em sua grande maioria, fazem parte dos conselhos gestores, representando a paridade do governo, no âmbito do Programa de DST/AIDS, nas unidades mista, no CTA do Lira, no CTA do anil, e no SAE.

Concomitante a todas as atribuições e responsabilidades do assistente social no âmbito da saúde, em diferentes espaços de atuação, evidencia-se um conjunto de fragilidades e indefinições no contexto da prática profissional, agravados pelas condições de trabalho e pela própria defasagem da política de saúde. Essa realidade é observada no conjunto de respostas dadas pelas assistentes sociais no âmbito da pesquisa que analisaremos adiante.

A prática profissional do assistente social junto ao programa de DST/ AIDS em São Luís, configura-se através das ações desenvolvidas para a consolidação da estratégia educativa de prevenção do vírus da AIDS em todo país, respondendo de forma sistemática as demandas que foram se modificando no processo de expansão da epidemia.

De acordo com o manual de implantação de serviços (Brasil, 1998), no que se refere à experiência profissional do assistente social neste programa, esta ocorre em conjunto com os demais profissionais que compõem a equipe multiprofissional das unidades de saúde. Cada técnico desempenha funções específicas dentro da área de sua especialização, cuja finalidade é a eliminação de barreiras, através do trabalho educativo, contribuindo para o desenvolvimento satisfatório da prevenção e tratamento dos usuários (ver Anexo C).

Para o desenvolvimento dessa prática educativa, o profissional inserido no programa de DST/ AIDS, tem que possuir um conhecimento técnico apropriado e específico sobre a doença e sua evolução clínica e social, além de instrumentais operativos bem definidos.

Toda ação educativa, nesse contexto, tem como finalidade efetivar apoio moral e psicológico aos pacientes e seus familiares diante do impacto do diagnóstico e das dificuldades do tratamento, discutindo sobre medos, preconceitos que possam influenciar sobre o conceito da própria pessoa infectada, a respeito de si mesmo e de seu papel na sociedade (BRASIL, 1998).

O Serviço Social dentro dos programas de DST/AIDS possui como objetivo primordial, além de interpretar a rotina do serviço, sensibilizar o paciente e a família para a importância do tratamento, encaminhar o paciente para outras referências, cuja finalidade, consiste em realizar consultas e exames complementares solicitados e não disponíveis na instituição.

Nesta perspectiva, o assistente social atua no cotidiano da instituição junto a pacientes e familiares no atendimento a situações intercorrentes no processo do

adoecimento que se expressam das mais diversas formas: nas relações de afetividades, do medo ocasionado pela doença, dos direitos civis e trabalhistas, da forma como vai ser conduzido o tratamento do paciente, entre outros elementos.

O atendimento efetuado por esse profissional sobre tais situações é realizado em etapas diferenciadas e desenvolvidas em espaços institucionais, conforme o grau de complexidade de cada unidade de saúde, cujo objetivo, consiste em interpretar a rotina do serviço, tendo em vista a sensibilização do paciente e da família para a importância do tratamento e o encaminhamento do paciente para outras referências, a fim de realizar consultas e exames complementares solicitados e não disponíveis na instituição; além de uma discussão reflexiva, sobre sua integração no serviço e a manutenção do paciente em tratamento domiciliar (BRASIL, 1998). Ou seja, entre outras atribuições, cabe ao assistente social, repassar o diagnóstico do HIV ao paciente, efetuando a técnica do aconselhamento, assim como fazer um levantamento da situação sócio-econômica do mesmo, esclarecendo sobre direitos previdenciários e trabalhistas e orientar sobre prevenção, cuidados no tratamento, esclarecendo quanto ao uso de preservativos e de seringas individuais, diminuição de números de parceiros e cuidados básicos de higiene pessoal e material (BRASIL, 1998).

Também se colocam como objetivos, proporcionar a viabilização de transporte para o paciente, fornecendo, vales transportes ou remoção em ambulância, quando o mesmo não tem condições de utilizar transporte coletivo, além de articular e sensibilizar ONGs, casas de apoio e recursos governamentais, visando uma integração biopsicossocial, familiar e comunitária que favoreça a não rejeição familiar, e no emprego, com propósito da não estigmatização da AIDS (BRASIL, 1998).

Para que o profissional desenvolva suas atividades de forma sistematizada, o mesmo necessita seguir a rotina da unidade de saúde, onde o fluxo de atendimento consiste em algumas etapas.

Na triagem, que é primeiro momento do paciente com o profissional, desenvolve-se a investigação social e o esclarecimento sobre as situações que trouxeram o paciente até a unidade. Esse processo ocorre com base na técnica do aconselhamento, é um momento de escuta ativa, onde se absorve as queixas do paciente e orienta-se como o atendimento será dispensado.

A Orientação social é todo suporte que o paciente e a família irá necessitar, consiste em orientações ou alternativas de procedimentos diante dos entraves que a doença apresenta, informa esclarece a respeito da AIDS ou outras doenças e sobre medidas preventivas, sintomas alertadores, evolução da síndrome e relevância aos aspectos psicossociais.

O Atendimento ambulatorial é o conjunto de todas as intervenções, momento da conscientização do tratamento; consiste na remoção de barreiras psicossociais, econômicas e culturais que possam interferir no tratamento e, conseqüentemente, na integração do doente de AIDS ou portador do vírus HIV nos programas desenvolvidos nas instituições. Este atendimento também faz parte da orientação individual e é fornecido por outros profissionais além do assistente social.

O repasse do diagnóstico consiste no momento onde o profissional relata o resultado do exame anti - HIV, que pode ser positivo ou negativo. Aqui, também se utiliza a técnica do aconselhamento como instrumento de intervenção, o que pode ser efetuado por outros profissionais além do assistente social. A finalidade desse processo é o resgate da história de vida do paciente, escutando suas queixas e refletindo com ele sobre sua situação de risco, deixando excluir o pensamento de morte, conforme relato das próprias assistentes sociais que compõem a rede do programa de DST/AIDS do município de São Luis:

[...] é importante saber que não é regra geral, esse atendimento, pois o paciente soropositivo e doente de AIDS é bastante diferenciado e, conseqüentemente, teremos condutas diferenciadas ou únicas para cada um deles, ou seja, no universo de pluralidade se extrai o singular onde o assistente social resgata o ser de direito (Assistente social 2).

Sem duvida, na ação do Assistente social junto ao paciente, o profissional tem que atentar para importância dessa relação. Nas unidades de saúde, deve-se observar todos os elementos que perpassam o atendimento, pois nestes espaços, depois do médico, o assistente social é o profissional mais solicitado para responder as demandas postas no cotidiano do atendimento.

[...] O assistente social, em sua relação com o paciente, deve ter ação participativa, onde o paciente encontre confiança, amizade, fidelidade e honestidade. A segurança, ela se dá durante a relação, ou seja, o diagnóstico. O assistente social tem que possuir o conhecimento da realidade, informá-lo dos riscos, direitos, deveres, já que o paciente de AIDS procura discutir o seu caso, vivência com a família, no trabalho, com amigos e principalmente com a doença (Assistente social 5).

O profissional, nessa perspectiva, visa atingir os níveis cognitivos e afetivos do paciente a fim de superar os conflitos que se apresentam durante a doença, resultando em progressos laborativos, socializantes, chegando à recuperação dos laços familiares que muitas vezes são rompidos durante o resultado do exame.

A ação profissional é construída em conjunto, entre o profissional e o sujeito. Como afirma Martinelli (1994), o construtor da prática não é o assistente social somente, mas sim o conjunto de sujeitos que articulam com o profissional dando vida e concretude à prática. Assim, tem que se considerar a história de vida, o processo de formação da identidade humana e social objetivando construir sujeitos com autonomia e consciência de si próprios.

A concepção que fomenta a idéia dos pacientes acometidos com doenças como a AIDS estarem isolados de um mundo social, só reforça o preconceito oriundo da falta de informação sobre a doença, gerando umas expectativas em torno do problema de forma errônea, muitas inverdades a respeito da AIDS. O assistente social, nesse meio, como sinaliza Kern (2003), busca a potencialização dos recursos no espaço da instituição para uma dimensão maior que é a sociedade, espaço específico de mundo social, onde o paciente constrói o seu mundo vivido e todas as implicações do mundo não vivido, mundo que só existe na subjetividade, mas não se concretiza no plano social.

Nem sempre temos claro que sujeito é esse. Em quantos momentos esse outro é visto de forma vulgarizada, banalizada, como se o centro de referência da prática fosse o profissional que a realiza e não o sujeito que a constrói conosco. Ele sim, é o sentido maior dessa prática. (MARTINELLI, 1994, 13).

É fundamental que os pacientes de DST/ AIDS sejam reconhecidos como sujeitos sociais. Dessa forma, os profissionais que desenvolvem uma ação no cotidiano da instituição não são detentores de um poder sobre esses sujeitos. Isto requer adentrar no ser da pessoa com AIDS como sujeito em um processo onde se compreenda quem é esse paciente e em que condições sociais ele se encontra.

Faleiros (1997) se refere a um fato visualizado no cotidiano das instituições de saúde e que marca de forma diferenciada a ação do assistente social na medida em que o usuário passa por um processo de fragilização, que exige uma maior busca pela prática do assistente social.

É no momento em que os sujeitos se fragilizam, perdem poder e patrimônio, que buscam o Serviço Social. Temos aí, justamente, a nossa especificidade nesta relação de descapitalização e de fragilização/fortalecimento. (FALEIROS, 1997, 90).

Kern (2003) chama atenção para o fato do soropositivo e/ou doente de AIDS prover de uma realidade marcada por processos contraditórios de fragilização nas consecutivas perdas de seus patrimônios seja em suas trajetórias individuais ou coletivas.

A perda de patrimônio no processo de descapitalização fragiliza a pessoa com AIDS, numa desvinculação de suas relações sociais, passando a sofrer os impactos da perda e da necessidade de reconstruir-se pessoalmente, acrescido à necessidade de reconstruir-se socialmente no estabelecimento de novas teias e redes sociais (KERN, 2003, 50).

A prática do assistente social possui especificidades à medida que cria um vínculo com os pacientes adentrando na sua vida privada, passando a conviver com a sua subjetividade nos enfrentamentos que se faz, seja em dimensões éticas, construção coletiva e técnico-operativa. Nesse sentido, define-se uma prática com características de um acompanhamento do processo socialm não através de práticas prontas e acabadas, mas práticas construídas de acordo com as demandas, carências e necessidades que são postas socialmente (MARTINELLI, 1994).

Não é possível desenvolver práticas profissionais no contexto da AIDS sem levar em consideração a temática que envolve as teias e redes neste espaço, suas representações bem como uma infinidade de aspectos que, ao mesmo tempo em que compreendem, extrapolam os aspectos bio-psico-sociais.

Talvez essa seja, sem duvida, uma das maiores dificuldades do assistente social, a necessidade de romper com preconceitos e com a falta de novas inserções políticas nos movimentos sociais. Evidencia-se uma pré-concepção por parte dos profissionais de que o doente de AIDS encontrar-se-ia numa situação de necessitado, impotente, despreparado. De acordo com Kern (2003), é necessário um repensar dos profissionais envolvidos com a temática, refletindo acerca da visão de homem e de mundo, das pessoas que vivem com AIDS.

O assistente social que atua na área de saúde e, em particular, no contexto do HIV/AIDS, detém um conhecimento específico para atender os pacientes que sofrem com a fragilização imposta pela doença. Isso impõe uma ação metodológica de investigação e adoção de estratégias não predeterminadas, mas adotadas no decorrer do acompanhamento social, permitindo o resgate da identidade, da autonomia e da emancipação dos pacientes.

Os profissionais precisam desenvolver a compreensão dos sujeitos envolvidos com essa realidade, numa perspectiva de trabalho incluindo a ótica das redes sociais. Não devem ser limitadas à família, à equipe médica e comunidade, mas ampliadas para as relações intencionais junto a outros grupos sociais que trabalham com a realidade da AIDS (KERN, 2003, p 52).

Para o assistente social, perceber o fenômeno da AIDS é compreender a dimensão de um problema vivido pelo usuário, o qual necessita de uma intervenção qualificada:

[...] pensa-se que a questão é mais profunda. Precisa-se de múltiplos conhecimentos para qualificar a ação investigativa e interventiva do profissional do Serviço Social. Não se pode limitar simplesmente ao atendimento e encaminhamento, atendendo às necessidades primárias. Precisa-se de conhecimentos da área da medicina, da enfermagem, precisa-se saber o que representa termos como Sarcoma de Kaposi, coquetel, Linfócitos T4, janela imunológica. Mas também é necessário o conhecimento humano-social que permita ver nesse usuário, não apenas um doente de AIDS, mas um sujeito social, com sentimentos, com patrimônios, com perspectivas de vida, fracassos, entre tantos outros aspectos (KERN, 2003, p, 53).

Esses são grandes dilemas para profissão junto a ações desenvolvidas no dia-a-dia da prática interventiva no contexto da AIDS. Mesmo que os assistentes sociais, hoje, tenham consciência da necessidade e do aprimoramento do saber profissional, ainda temos a necessidade de ampliação desses conhecimentos, buscando saberes mais específicos que competem a outras áreas do conhecimento psico-clínico-social. Em relação a essa questão, os depoimentos das assistentes sociais que atuam nos programas DST/AIDS em São Luís são bastante expressivos:

[...] Apesar das leituras e cursos específicos na área do serviço social e da saúde, ainda sinto necessidade de ampliação dos meus conhecimentos, principalmente nos que se referem às questões clínicas e na área do direito que podem ajudar a melhorar a conduta e o tratamento do meu paciente. (Assistente social 7).

[...] Tenho necessidade de um aprofundamento sobre as questões que envolvem o direito dos pacientes de AIDS, sei que existe hoje toda uma legislação que asseguram direitos e deveres ao portador do HIV/AIDS, mais tenho dificuldades de orientar no dia a dia da minha prática. (Assistente social 3).

Costa (2000) chama atenção para o fato de, apesar do conteúdo das ações do Serviço Social nas unidades de saúde ser definido dentro dos programas, existir muita inquietação quanto ao fazer profissional, onde traços voluntaristas e empiristas contribuem para a fragilização e conseqüente desqualificação técnica do assistente social. Paralelo a esta discussão, a autora também sinaliza um aumento significativo de contratações nas unidades de saúde, o que resulta do aumento de demandas. Como o exemplo, temos os portadores de HIV/ e doentes de AIDS.

[...] o que de relevante se colocou foi à constatação de que, enquanto os assistentes sociais subestimavam a utilidade e o conteúdo das suas práticas, cada vez mais as instâncias de gerenciamento dos serviços de saúde, em todos os níveis, apontavam para a necessidade da ação dos profissionais na composição das equipes dos serviços públicos de saúde. (COSTA, 2000, p.36).

Netto (2001) reforça tal afirmação na medida em que sinaliza o Serviço Social como uma profissão inserida no mercado de trabalho e com todas as consequências deste espaço. Para o autor, o mercado não se estrutura para o assistente social mediante transformações ocorrentes no interior do referencial, ou do marco da sua prática, mas as transformações do sistema capitalista expressam a estrutura deste mercado de trabalho. Portanto, o assistente social não surge para definir um espaço na rede sócio-ocupacional, mas é a existência desse espaço que leva a constituição desta profissão.

Sem dúvida, como reforça Faleiros (1997,) é no espaço das relações de força do capitalismo e nas particularidades das relações institucionais, onde ocorre um processo de fragilização e fortalecimento do paciente, que vem se definido a prática do assistente social. Neste contexto, é importante ressaltar que a atividade do assistente social, como dos demais profissionais, submete-se a um conjunto de determinações sociais inerentes ao trabalho na sociedade capitalista: o assalariamento, o controle da força de trabalho, a subordinação a rotinas e conteúdos específicos das instituições empregadoras.

Nesse sentido, o município de São Luís, no ano de 2004, efetuou uma capacitação em aconselhamento de DST/AIDS para as assistentes sociais da rede de serviço do município, tendo como finalidade ampliar número de profissionais qualificadas dentro da rede do SUS. Apesar de capacitar várias profissionais da rede de assistência em geral na rotina de atendimento mensal dos serviços de referência para AIDS, o aumento da demanda proveniente destes serviços continua bastante significativa, devido a orientações inadequadas ou pela completa falta da mesma.

No SAE é comum o acesso de pacientes provenientes de internações de hospitais de emergência, unidades mistas de saúde, ou outros ambulatorios que referem total desconhecimento sobre sua doença, suas novas condições sociais diante desta realidade (questões trabalhistas, vínculo familiar, busca de parceiros para testagem do HIV), referem não terem passado por um único aconselhamento prévio, por nenhum profissional da área de saúde, e no que se refere ao assistente social em particular, o único contato foi para receber o encaminhamento para outra

unidade. Isso tem ocasionado um acúmulo de tarefas para as assistentes sociais das unidades de referência, com a absorção de demandas extras, além das demandas da própria unidade. Em muitos momentos da rotina diária, orientam-se outras profissionais por telefone acerca de procedimentos necessários para viabilizar uma resolução imediata para o paciente em vulnerabilidade clínica ou social.

A prática profissional do assistente social, nesse sentido, como reforça Costa (2000), não se desenvolve independente das circunstâncias históricas e sociais que a determinam, devendo levar em consideração a forma como a sociedade, as instituições, redefinem e redistribuem as necessidades do ser social, segundo seus interesses e a forma como vão intervir nessa realidade. É a não consideração destes elementos aliada a uma frágil discussão sobre as particularidades da prática nos serviços públicos, que reforça a tensão entre as exigências do mercado e o ideal de uma ação profissional, cujas ações produzem resolutividades idealizadas.

Essa rede de mediações constitui-se em espaço articulado utilizado pelo profissional para mapear demandas institucionais, bem como estratégias de ações que venham ajudar na perspectiva da resolução de problemas imediatos.

No cotidiano dos serviços que não são considerados de referência direta, as assistentes sociais passam por dificuldades variadas no desenvolvimento de suas funções; algumas não recebem nenhum tipo de treinamento especializado, e quando recebem, não colocam em prática por motivos diversos, absorvendo as demandas do programa de forma direta, sem saber como lidar com os diversos pacientes desse programa em específico, inseridos no processo pela própria forma de burocratização da instituição que possui uma dinâmica própria obedecendo ao fluxograma.

Neste sentido, destacamos a prática profissional dos assistentes sociais, inseridos no programa de DST/AIDS, localizados nas diferentes unidades de saúde do município de São Luís, já mapeadas anteriormente, refletindo sobre várias questões acerca da prática profissional no âmbito do programa.

Tais questões foram respondidas através de um processo de coleta de dados, já destacado na introdução deste trabalho, configurado por um momento específico, de revisão documental, além das observações de campo, a partir dos estudos acumulados e efetuados no contexto do programa. Os dados obtidos com a pesquisa de campo foram visualizados da seguinte forma:

A predominância feminina, fato potencialmente característico da profissão no Brasil, desde o primórdio de sua emergência, prevalece e é devidamente observada no contexto do programa no Maranhão.

No que se refere às questões que relacionam o vínculo profissional dos assistentes sociais no programa, as condições de inserção profissional e a estrutura do mercado de trabalho, observamos que as assistentes sociais inseridas no programa de DST/ AIDS, em São Luis, vivenciam características bem particulares comuns a outros centros urbanos, permitindo evidenciar um quadro onde a absorção da mão de obra especializada do Serviço Social ocorre de forma preocupante, na medida em que, 90% das assistentes sociais vinculadas ao programa, trabalham sob a forma de serviço prestado e/ou contratação de serviços, portanto, sem vínculo empregatício; e somente 10% são concursadas do município de São Luís.

Apesar da ampliação do mercado de trabalho para os assistentes sociais no âmbito do SUS, como já discutido anteriormente, ainda é insuficiente o número de profissionais no interior dos processos de cooperação que constituem o trabalho coletivo nos serviços públicos de saúde, pois este serviço define-se a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no país, como as mudanças de natureza tecnológica, a divisão sociotécnica e institucional do trabalho, expansão dos subsistemas de saúde, além de uma rede de atividades, saberes, hierarquias, funções e especializações profissionais (COSTA, 2000).

Portanto, tais aspectos influenciam diretamente na forma precarizada de contratação profissional e definem também os aspectos salariais das assistentes sociais dentro da política de saúde no município de São Luis, onde constatamos que as profissionais possuem uma carga horária variável entre 6 a 8 horas diárias, conforme as ações das diferentes unidades de serviços e suas bases salariais variam de R\$ 720,00 a R\$ 1.600,00. Essa diferenciação salarial ocorre devido, principalmente, ao tipo de vínculo trabalhista, a carga horária e o grau de complexidade das unidades (referências diretas ou não para o tratamento do HIV/ AIDS).

[...] apesar de trabalhar a anos junto ao programa, ainda não consegui melhorar meu salário, sei que as demandas são muitas e as dificuldades inúmeras, mas sinto a falta da valorização profissional, no que se refere à forma como estou inserida na política, e a defasagem salarial em comparação com as demais companheiras (Assistente social 8).

Os assistentes sociais, diante de tal realidade, ficam sem escolhas, pois a sobrevivência depende de um emprego precário, mal remunerado e desprotegido. Ao contrario desta realidade, temos a possibilidade do desemprego e a falta de condições para sobrevivência digna, fato devidamente pontuado por Faleiros (1999), já que a situação de desemprego, em vez de propiciar mais proteção por parte do Estado, tem encontrado uma maior pressão para o emprego ou empregabilidade com cortes de benefícios, aumento de restrições ao seguro desemprego e desregulamentação da legislação protetora em nome da cobertura do déficit público; isso gera;

[...] um circulo vicioso, oposto ao existente no Estado de bem-estar, reforçando-se mutuamente menos contribuição com menos proteção. Diminuem as contribuições para a seguridade ou segurança social, fundada na existência do assalariamento. Quanto maior o numero de desempregados, menor é a contribuição social que o Estado recebe. A recessão econômica, por sua vez, gera maior atividade econômica e menor financiamento das políticas sociais (FALEIROS, 1999, p, 156).

O trabalho precarizado é uma realidade no Brasil, refletindo de forma direta na política de saúde e nos diferentes programas sistematizado por ela, portanto exigindo dos profissionais e em especifico do assistente social, um novo técnico, cujo perfil profissional exige um conhecimento amplo de informática, com domínio de uma língua estrangeira, que ocupem espaços profissionais antes reservados a outras profissões. Infelizmente, a informatização de uns culmina com a desinformação de outros. Segundo Faleiros (1999), esse contraponto culmina com a contratação da mão-de-obra barata e em condições precárias de trabalho, criando no trabalhador a subjetividade do medo de ficar sem trabalho, de não poder honrar compromissos do dia-a-dia, de passar fome. Portanto faz-se necessário entender que aqueles profissionais;

[...] que fiquem prisioneiros de uma visa burocrática e rotineira do papel do assistente social e de seu trabalho entenderão, como “desprofissionalização” ou “desvio de funções”, as alterações que vêm se processando nessa profissão. A polivalência, a terceirização, a subcontratação, a queda de padrão salarial, a ampliação de contratos de trabalhos temporários, o desemprego são dimensões constitutivas da própria feição atual do Serviço Social (IAMAMOTTO, 2003, p, 49).

Tendo como referencia lamamoto (2003), podemos observar que ao profissional do Serviço Social cabe uma qualificação que permita ampliar a sua competência critica, no pensar, analisar, pesquisar, e no decifrar da realidade. Isso permite definir um perfil profissional afinado com as análises dos processos sociais, tanto em uma dimensão macroscópicas quanto em suas manifestações quotidianas.

“[...] um profissional criativo e interventivo, capaz de entender o tempo presente, os homens presentes, a vida presente” e nela atuar, contribuindo, também, para moldar os rumos de sua história (2003, p, 49).

Desta forma, a sua função na instituição também se constitui como elemento diferenciador para a classificação do tipo de trabalho que vem desenvolvendo.

Observamos que 20% dos assistentes sociais possuem cargos de direção nas unidades, entretanto, acumulam atividades, na medida em que efetuam atendimento direto de aconselhamento aos pacientes. Também na rotina da instituição, 60% das assistentes sociais trabalham diretamente com pacientes de HIV/ AIDS, seja na instância de diagnóstico, prevenção e ou tratamento, efetuando juntamente com as demais assistentes sociais (40%,) ações no nível de ambulatório, diferenciadas somente pelo fato de suas unidades não possuir internação hospitalar.

[...] além de todas as atividades que desenvolvo na direção da unidade, ainda realizo aconselhamentos individuais, realizo palestras educativas, participo de campanhas educativas, e colaboro com a coordenação municipal, já que infelizmente somos poucos em número de profissionais para dar conta do programa no município de São Luís (Assistente social 6).

A estrutura física também condiciona a realização de uma ação qualificada. Em sua maioria, as unidades de saúde estão sendo reformada ou readaptada pela SEMUS, para melhoria do atendimento à População. Entretanto, constatamos que ainda existem espaços inadequados para o desenvolvimento de ações; observamos que 40% das assistentes sociais se referem à falta de espaços apropriados para o desenvolvimento de suas atividades. Essas não estão diretamente ligadas às unidades de referência do programa. Entretanto, ressaltamos a fala de uma assistente social que sente seu serviço comprometido pelo crescimento da demanda e outras atividades clínicas desenvolvidas no espaço da unidade que gerencia, imprimindo um quantitativo de serviços, superlotando os espaços de atendimento, fato que está intimamente ligada às próprias defasagens da política de saúde no âmbito do município de São Luís.

[...] em consequência, na nova sistemática de operacionalização do SUS, podemos observar a persistência de situações que historicamente fazem parte das dificuldades do sistema e, ao mesmo tempo a emergência de novas problemáticas que derivam da atual situação [...] questões relativas à implantação das novas estratégias de reorganização dos serviços. [...] a histórica questão da demanda reprimida e da própria natureza das políticas de saúde no Brasil (COSTA, 2000, P, 42).

Tal afirmativa é observada na fala de uma assistente social entrevistada;

[...] a demanda cresceu tanto que precisamos redividir as salas para o atendimento individual de tal forma que acumula atendimentos num mesmo horário (Assistente Social 6 ).

Em relação à capacitação técnica referente a leituras ou cursos de aperfeiçoamento realizados neste período, todas as assistentes sociais relataram estudos na área da saúde, seminários, oficinas, com duração em média de 8 a 16 horas e tendo como temas os mais variados possíveis: Tuberculose, Hanseníase, Saúde da Mulher, Saúde Mental, Saúde da Criança, Humanização, e Aconselhamento em DST/ AIDS. Entretanto, relataram a falta de investimento em capacitação continuada, o que poderia ser realizada pela própria secretaria de saúde ou em conjunto com a universidade e demais órgãos da categoria, como o CRESS.

[...] cursos que contribui para que eu estude mais, leia mais para dar conta das demandas [...] O congresso de prevenção em Belo Horizonte aumentou o acúmulo de conhecimento, já que estou bastante envolvida na prática diária [...] (. Assistente social 3).

[...] sim, a gente tá sempre estudando, assistindo vídeos, lendo algo sobre saúde [...] (Assistente social 5)

[...] tenho lido algumas coisas por conta do concurso da SEMUS, e precisei rever alguns autores do Serviço Social, tipo Zé Paulo, Marilda e Vicente Faleiros [...] Outros também, mais tudo muito pontual. (Assistente social 10).

Entretanto, paralelo à falta de investimento institucional, observamos durante o processo de coleta dos dados, que apenas duas profissionais relataram estudarem assuntos referentes à profissão, com leituras específicas aos clássicos do Serviço Social. É importante destacar o fato da capacitação técnica continuada ocorrer independente de investimento institucional. Como sinaliza Faleiros (1999), o Serviço Social se inseriu em um processo de trabalho cada vez mais complexo e com mudanças muito rápidas, tanto nos contratos societários, como nos contratos de trabalho:

[...] o processo de aprendizagem permanente é exigido por toda a sociedade como requisito da vida, da velocidade tecnológica, da própria competitividade e também da reflexão crítica sobre a sociedade. É preciso capacitar-se para a reivindicação da capacitação, para a participação nos fóruns de decisão e nas organizações [...] o Serviço social precisa aprofundar e reorientar sua tradição capacitadora, deixando de lado o caráter de adaptação, de treinamento, reforço de hábito, e adotando a perspectiva crítica formadora, da aprendizagem da aprendizagem nas condições cada vez mais complexas do cotidiano, onde se exigem mudanças de perspectivas, mudanças de trajetória e mudanças de condições. Para isso é preciso trabalhar projetos individuais e coletivos em redes, redescobrimo e rearticulando forças de mudanças e de enfrentamento da crise. (FALEIROS, 1999, p, 167).

É importante ressaltar que durante o período das entrevistas, o município de São Luís e em específico a SEMUS, passava por um concurso e 90% dos assistentes sociais entrevistados relataram que fariam prova e, portanto, estudavam para o concurso, com inúmeras dificuldades no que se refere à apreensão dos conteúdos pela falta do hábito da leitura.

[...] preciso rever tantos assuntos do Serviço Social, que não pego há anos, fiquei anos envolvida só com a prática, que hoje estou tendo dificuldades para lembrar várias coisas. (Assistente Social 11).

[...] estou até fazendo um cursinho, para lembrar de questões específicas, conteúdos, mais acho o tempo pouco e muitos conteúdos para estudar. (Assistente Social, 8).

Paralelo a todas estas questões, observamos, pela fala das profissionais, uma satisfação pelo fato de serem assistentes sociais de carreira, não possuírem outra graduação. Todas relataram estarem felizes pela escolha da profissão e isso reflete na perspectiva de amadurecimento do projeto ético-político do serviço social nas últimas décadas, entretanto, faltou elementos em suas respostas que levassem a identificar uma postura política mais clara.

Em relação às perspectivas do futuro na vida profissional, as mesmas colocaram, de forma incisiva, o sonho de passar no concurso e estabilizando seus vínculos empregatícios, confirmando a discussão anterior quanto às fragilidades do mercado profissional; outras colocaram a necessidade de aprimoramento técnico científico relatando a necessidade de fazer uma especialização, de preferência ligada a algum tema na área de saúde, além de continuar desenvolvendo suas atividades ambulatoriais.

[...] a minha expectativa atual é simplesmente passar no concurso, e continuar no quadro da SEMUS. (Assistente Social, 3).

[...] preciso passar no concurso e fazer uma pós, urgente, para, claro, poder efetivar meu trabalho de forma mais sistemática. (Assistente Social, 2).

No que refere à implantação da política de DST/AIDS no município e ou do programa na unidade de saúde, observei que somente 20% das assistentes sociais participaram ativamente do processo de implantação do programa de DST/AIDS, desde a sua consolidação enquanto uma proposta do Ministério da Saúde, até as reuniões programadas, treinamento do pessoal, e, por ultimo, do processo de funcionamento do serviço. Atualmente, ainda se encontram atreladas às atividades, seja em cargos de direção, ou como apoio ao programa em seu ambulatórios específico. As 80% restantes, não souberam definir o processo de implantação do

programa em suas unidades de saúde, bem como desconhecem as diretrizes da política nacional, os eixos de prioridades e as defasagens na sua implementação e operacionalização;

[...] quando eu cheguei ao CTA do anil, já existia o programa, eu não participei ativamente das atividades de implantação do programa, as ações já estavam definidas. ( Assistente social, 6).

[...] quando vim para cá (unidade de saúde) não lembro como começou, o serviço social não começou com o programa já existia e estava focado basicamente no médico. ( Assistente social 1).

Entretanto, as ações efetuadas nas unidades no âmbito do programa são destacadas por todas assistentes sociais, em seu cunho educativo, como um elemento predominante da prática do assistente social no âmbito do programa. Essas ações são desenvolvidas através de palestras, orientações individuais, orientações coletivas, campanhas e tendo como base a técnica do aconselhamento. Apesar de uma escassez de recursos materiais, como foulders, cartilhas, cartazes e em algum ambulatorios a falta de álbuns seriados, próteses penianas e pélvicas e manuais informativos, neste contexto, vale destacar que a política de combate a AIDS no país, bem como no município de São Luís, sofre com os ajustes econômicos provenientes da política neoliberal, que provocou cortes lineares dos gastos sociais e deteriorização dos padrões do serviço público. (TAVARES, 2002).

Entretanto, nas relações de gerenciamento entre a unidade com a coordenação de DST/ AIDS do município, observa-se que as unidades núcleo de referência não possuem qualquer dificuldade de contato; seus profissionais possuem acesso livre sem necessidade de passar pela direção da unidade, apesar de existir uma tendência natural de respeito hierárquico, junto aos superiores, comunicando sempre as discussões e tomadas de decisões que ocorrem no interior do processo. Nas outras unidades, o profissional está mais ligado à direção interna da instituição e esta se torna responsável pelo repasse de informações a seus subordinados.

Quanto à forma como o Serviço Social vem desenvolvendo sua prática e contribuindo para o desempenho do programa em São Luis, podemos observar através do relato das assistentes sociais, que desenvolvem ações de cunho educativo junto aos pacientes, objetivando assim a mudança de comportamentos sexuais, a partir do aconselhamento seja individual ou coletivo. No entanto, vale ressaltar que a falta de qualificação técnica e treinamentos adequados, bem como domínio específico sobre a literatura que compõem este universo de intervenção,

limitando os assistentes sociais ao desempenho de uma prática educativa mais sistematizada;

[...] acho que temos efetivado uma boa prática interventiva e preventiva, principalmente quando observamos as práticas de outras unidades e/ou outras cidades, notamos como temos evoluído nos instrumentais diretos de intervenção ( aconselhamento) e como o usuário fica sensibilizado no momento da intervenção profissional. ( Assistente social 5).

[...] a prática do Assistente social ocorre de forma satisfatória, na medida em que nós temos uma grande contribuição educativa junto ao usuário, o primeiro acolhimento, o vínculo, o esclarecimento das demandas. (Assistente social 1).

[...] orientar sobre sexualidade, sexo, gênero, relacionamentos, vários tipos de direitos, conforme as perguntas que vão aparecendo no dia a dia não são fáceis, requer uma leitura maior de conteúdos, que não lê na faculdade. (Assistente social 7).

[...] tenho dificuldade de orientar na área jurídica, seus direitos previdenciários e trabalhistas, tudo é muito rápido precisa de conhecimentos mais aprofundados. ( Assistente Social 5).

Para efetuar a técnica do aconselhamento, o assistente social não pode se prender à visão de instrumental apenas como um conjunto de técnicas, como a entrevista, as reuniões, plantão, encaminhamento, e outros. A questão da instrumentalidade no exercício profissional vem sendo redefinida a partir das discussões provenientes do movimento de reconceituação. Tal discussão remete ao entendimento do que significa o instrumental, onde segundo Martinelli e Koumrouyan (1994) somente um conjunto de instrumentais e técnicas devidamente articulados permitem uma operacionalização da ação profissional. O instrumento pode possuir uma natureza de estratégia ou tática, por onde se efetua a ação, pressupondo uma habilidade no uso deste instrumental. Desta maneira,

[...] decorre que o espaço da criatividade no uso do instrumental reside exatamente no uso da habilidade técnica, portanto, reside no agente. Decorre também que o instrumental não é nem o instrumento nem a técnica tomados isoladamente, mas ambos, organicamente articulados em uma unidade dialética [...] o instrumental é por excelência, uma categoria relacional, uma instancia de passagem que permite que se realiza a trajetória que vai da concepção da ação à sua operacionalização. (MARTINELLI E KOUMROUYAN, 1994, p.137).

O instrumental é, ao mesmo tempo, técnico e político. Técnico por demandar uma competência quanto ao criar, ao selecionar e ao estabelecer mediações, e político por pressupor que o mesmo vincula-se a um projeto político, que pode ou não ser de superação. (CARVALHO, 2001).

Deste modo, podemos situar a dimensão técnico-instrumental como um componente do trabalho consciente e sistemático do assistente social sobre o objeto de intervenção. Costa (2000) destaca a necessidade ainda do Serviço Social, em todas as unidades ou níveis hierárquicos de prestação de serviços no SUS, ter conhecimento técnico que permita interpretar a nova sistematização da política, dispondo de conhecimentos sobre as portarias, normas operacionais, manuais de funcionamento dos programas, horários de atendimento nas unidades, e além do profissional assistente social ser chamado para a elaboração de normas a partir das necessidades das unidades de serviços, isso requer um entendimento sobre a relação instituição/usuário, e sobre a concepção da saúde/ doença. Neste contexto, temos um desafio para a intervenção profissional, principalmente pela falta de clareza dos profissionais que se encontram envolvidos na intervenção diária junto ao usuário.

[...] para objetivar esse trabalho o assistente social precisa manter em seus arquivos registros de informações, manuais e normas sobre condutas e comportamentos exigidos para a realização de exames e rotinas dos serviços, listas de serviços e equipamentos sociais [...] é necessário não apenas conhecer e interpretar normas administrativas, mas dispor de um relativo domínio do discurso médico, que o habilita a explicar alguns procedimentos terapêuticos de caráter complementar/auxiliar e cuidados a serem tomados durante o tratamento (COSTA, 2000, p 54)

Sobre a prevenção, todas relataram que desenvolvem ações de prevenção junto aos seus usuários, através do processo de educação em saúde e das técnicas próprias do programa de DST/ AIDS. Costa (2000) chama a atenção para o fato, do processo de descentralização e democratização do SUS imputar a ampliação da educação em saúde, numa perspectiva cada vez ampliada de ações coletivas, onde palestras, seminários, campanhas ou semanas de prevenção, permitem a organização, coordenação e divulgação do profissional do Serviço Social, neste contexto. Embora as equipes de trabalho sejam multidisciplinar, a participação dos demais profissionais ocorre de forma pontual. Desta maneira, seja no aconselhamento coletivo ou individual, as ações educativas desenvolvidas pelo assistente social dão uma maior visibilidade deste profissional no bojo das unidades de saúde.

[...] no dia a dia do serviço, desenvolvo minhas ações com base no aconselhamento individual principalmente, já que as demandas que recebo necessitam de orientação específicas. (Assistente Social, 9).

[...] sem dúvida que o aconselhamento é uma técnica preciosa para desenrolá-lo das atividades diárias, ele ajuda a dar uma dinamicidade as

questões e faz com que o paciente se solte e fique menos tímido, falando mais sobre suas angústias. ( Assistente Social, 10).

Todos os aspectos discutidos anteriormente refletem na caracterização da prática do assistente social no âmbito do programa, constituindo-se em um estudo específico que permite refletir como a ação profissional se encontra estruturada no contexto destes serviços. Para tanto, a clareza do objetivo do Serviço Social na instituição torna-se um passo importante. Infelizmente, no contexto da prática, 100% dos profissionais ainda não conseguiram dimensionar sobre o que realmente se propõe o Serviço Social, e isso reflete nas demais ações desenvolvidas pelos mesmos. Tal paradoxo é nitidamente observado pela fala de uma assistente social;

[...] a grande discussão é entender qual o objetivo do serviço social na unidade, na verdade, qual o objetivo no programa é um mediador [...] Para isso preciso ler mais, estudar mais [...] Falta incentivo, da própria secretaria e dos órgãos de categoria como o CRESS[...] (. Assistente social 6).

Apesar de todas as discussões sobre o vínculo profissional, a necessidade de capacitação técnica, os limites impostos pela política que fragiliza o desenvolvimento da ação diária, as assistentes sociais envolvidas na prática diária do programa ainda não compreendem o significado da sua intervenção profissional, que a autonomia da prática profissional, está muito ligada ao amadurecimento teórico, a uma definição ético-política, e aos instrumentais utilizados no dia a dia das instituições. Costa (2000) coloca a importância do assistente social em diferentes níveis de atividades desde o assessoramento, ao planejamento e a coordenação de serviços, e isso objetiva um trabalho composto por uma grande diversidade e volume de tarefas que evidenciam a capacidade desse profissional para lidar com uma gama heterogênea de demandas, derivadas da natureza e do modo de organização do trabalho em saúde. Nesse sentido, Iamamoto (2003) destaca:

[...] a profissão passa a constituir-se como parte do trabalho social produzido pelo conjunto da sociedade, participando da criação e prestação de serviços que atendem às necessidades sociais. Ora o Serviço Social reproduz-se como um trabalho especializado na sociedade por ser socialmente necessário: produz serviços que atendam às necessidades sociais, isto é, tem um valor de uso, uma utilidade social. (2003, p 24).

Desta forma, observamos que somente 40% das assistentes sociais do programa DST/AIDS /São Luís planejam suas ações diárias, independentes do cronograma deliberado pela SEMUS ou pela própria Coordenação de DST/ AIDS, o restante equivalente a 60% dos profissionais relata desenvolver suas ações conforme o planejamento da secretaria.

[...] quando chega janeiro, reúne-se toda a equipe multiprofissional e se planeja até dezembro do mesmo ano, independente do cronograma de atividades da SEMUS. (Assistente Social, 11).

Os técnicos possuem clareza sobre o que é prioridade no planejamento das ações, configurando as de cunho educativo, de diagnóstico e tratamento para as DST/AIDS, realizando, nas diversas instituições, triagens sócio-econômicas, relatórios de atividades, encaminhamentos internos e externos, orientações sociais, algumas vezes de cunho jurídico e psicológico. No entanto, os profissionais encontram muitas dificuldades para desenvolver suas atividades, permitindo uma ineficácia no fluxo de atendimento ao paciente que depende de outras referências para resolver suas necessidades. Isso também é agravado pela falta de resolutividades dessas referências no município, que já possuem em sua estrutura um acúmulo de demandas reprimidas e, somando-se a estas, novas demandas de saúde.

[...] vejo limitado no momento da referência, como nos casos de psiquiatria, onde o serviço social não dá conta de encaminhar para as unidades de referência apesar de já fazer parte de um fluxo da própria SEMUS. (Assistente social 1).

[...] problemas com violência doméstica, gênero, gostaria de ter pernas para responder essas demandas, pacientes de Aids que não posso atender dar resolutividade as suas queixas. (Assistente Social 6).

Em relação à utilização da técnica do aconselhamento no contexto das suas atividades diárias, observamos que 60% das assistentes sociais possuíam dificuldades nas abordagens de determinados temas, seja pela conotação moral, seja por valores pessoais, ou pela falta de informação acerca do tema, pela dificuldade de absorção dos conteúdos, literatura escassa ou mesmo falta de tempo para leitura.

Entre os temas principais discutidos na orientação individual destacam-se: sexo, práticas sexuais, preferências sexuais, fidelidade, sexualidade, masturbação, questões de gênero, violência doméstica, violência sexual, relação com filhos, preconceito, auto-estima, distúrbios sexuais, assuntos referentes à própria doença, orientações jurídicas, previdenciária, nutricionais, convívio em sociedade, volta ao trabalho, medo, morte, gênero, direitos sociais dentre outros.

Além do assistente social, outros profissionais, também desenvolvem a técnica do aconselhamento nas unidades. Isso permite a equipe multiprofissional discutir sempre que possível, determinados casos individuais. Infelizmente, tal

atividade não é feita de forma sistemática devido à própria rotina dos serviços que nem sempre oferecem condições para o estudo de caso.

O aconselhamento se constitui na principal técnica de intervenção coletiva e individual no âmbito do programa de DST/ AIDS, sendo incorporado por todos os profissionais, com destaque para o Serviço Social, como se analisa no item a seguir.

### **3.2 O Aconselhamento como Instrumental técnico-operativo no âmbito dos Programas de DST/AIDS e a participação do Serviço Social.**

O aconselhamento nasce na ciência psicológica e representa a síntese de várias diretrizes desenvolvidas no campo da Saúde Mental, Orientação Educacional, Psicologia, Serviço Social e Psicoterapia (SCHEEFFER, 1989).

Ainda segundo o autor, o aconselhamento foi concebido como uma relação de ajuda, permeado pelos valores humanistas com base no individualismo e no liberalismo econômico. Nasce como uma modalidade de atendimento psicológico individual, cujo objetivo é auxiliar jovens na escolha da carreira profissional.

Dessa maneira, não havia uma preocupação por parte do aconselhador com as questões relacionadas à exterioridade do indivíduo, o contexto socioeconômico e cultural onde ele estava inserido não era levado em consideração, além das próprias subjetividades que envolviam no processo do aconselhamento.

Carl Rogers, em 1942, irá atribuir ao aconselhamento dimensões clínicas mais acentuadas rompendo com abordagens interpretativas e comportamentais. Propõe uma intervenção centrada na pessoa e tendo um enfoque nas ações, consolidando-se como uma técnica no âmbito da saúde mental.

Com os movimentos sociais e culturais dos anos de 1960, o aconselhamento toma um novo rumo, rompendo com a atenção individualizada, passando a auxiliar grupos envolvidos com esses movimentos no enfrentamento de problemas específicos, funcionando assim como espaços de escuta e discussão de questões próprias.

No Brasil, sem dúvida a proposta de Rogers só encontra espaço a partir do surgimento da epidemia de HIV/AIDS, onde encontramos terreno fértil entre organizações não-governamentais (ONG), composta basicamente por pessoas

infectadas e/ou doentes de HIV/AIDS, com dificuldades variadas de atendimentos nas instituições públicas de saúde (BRASIL, 2000).

À medida que a epidemia se ampliava mudando o perfil de suas demandas, como já vimos anteriormente, o aconselhamento vai se colocando como instrumental técnico de destaque na política de combate a Aids, no sentido, de mediar às questões de grande complexidade no contexto das DST/ AIDS, questões de aspectos afetivos, sócio-históricas, culturais, econômicas e políticas, que perpassam todo processo do aconselhamento.

Sem dúvida, a AIDS proporcionou a necessidade de se criarem espaços de escuta e reflexão acerca de várias questões que ultrapassavam os aspectos físicos e individuais. As dúvidas sobre a condição de soropositividade ou não, têm gerado um conjunto de representações que, na maioria das vezes, são associadas à desinformação, a crenças e ou mitos; trazem ao profissional um desafio maior, à medida que a maioria não está preparada para lidar com tais situações, prejudicando, dessa forma, todo processo educativo e apoio emocional. No aconselhamento, a aproximação do assistente social com o paciente.

[...] revela os destaques, de seus ganhos e perdas relacionados à Aids, sob o ponto de vista afetivo, cultural, econômico, político e solidário. Revelam-se os aspectos subjetivos de perdas afetivas relacionadas a relações sociais mais próximas, o novo aprendizado que se fez necessário após a entrada da Aids em sua vida, o olhar para dentro de si mesmo, o olhar para o mundo exterior (KERN, 2003, p, 61).

Nessa relação entre o assistente social e o paciente é fácil observar a interiorização e o reconhecer da sua condição de soropositivo ou doente de AIDS. Desse modo, os sentimentos de discriminação e interiorização ocorrem concomitantemente a própria fragilidade de conhecimento na sociedade.

[...] Uma vez que o usuário chega até serviço social, quando já passou por todo o processo de fragilização, o mesmo espera algo mais do que soluções imediatas e, sim se satisfaz muito mais quando tem garantido uma ação mediatizada que garante o acompanhamento em longo prazo. (KERN, 2003, p.62).

Kern (2003) ainda sinaliza que o fato das perdas que o usuário com AIDS vivencia acaba criando uma representação de ser isolado em meio a um contexto social em si, excludente e discriminador, importante desafio colocado ao profissional na hora da abordagem individual. É necessário construir uma consciência reflexiva do sujeito, da sua importância no mundo e como lida com essa nova realidade de forma mais clara possível.

Nesse sentido, a prática interventiva do assistente social contribui para uma maior aproximação deste paciente com o desconhecido, com o que gera medo, receios ou mesmo suas angustias. É fácil observar nos serviços de diagnóstico e tratamento o vínculo destes usuários com os assistentes sociais, que são referências diretas do programa nas unidades. Muitas vezes, nessa relação, cria-se um laço tão profundo de amizade e solidariedade que, inevitavelmente, não se pode definir o que é puramente técnico e o que é puramente solidário.

O profissional possui, nesse sentido, atribuições no nível da realidade externa, regulando conflitos, mediando e coordenando as demandas que se encontram entre as exigências institucionais e as carências demonstradas pelos seus pacientes, exigindo do assistente social uma visão macro do problema, e uma interpretação do contexto que permita uma intervenção mais flexível sendo adequada a cada situação apresentada. No universo da AIDS, é importante destacar que cada paciente é um contexto e que na rotina dos atendimentos, mesmo que as alternativas, encaminhamentos, ou mesmo aspectos das orientações individuais, sejam os padronizados pelo programa ou instituição, cada intervenção individual é repleta de aspectos diferenciados, o que impõem ao profissional a necessidade de estar atento na sua intervenção.

Podemos observar os encaminhamentos aos benefícios da previdência social, apesar dos critérios clínicos de CD4 e Carga Viral, que deve ser inferior a 200 mil cópias de vírus por célula e demais doenças oportunistas, que impeça ao exercício do trabalho, o laudo do Serviço Social, no que tange a solicitação de auxílio previdenciários, como o BPC ( Benefício de Prestação Continuada), vem contribuindo para diferenciar as condições sociais e econômicas de vários pacientes, haja vista que no bojo que compõem os números de pacientes<sup>14</sup> atendidos nos serviço de referência ao tratamento – SAE, encontramos inúmeros pacientes com situações clínicas parecidas, mas quando efetuamos a triagem social a realidade mostra a necessidade maior de uns e a exclusão de outros em um primeiro momento.

---

<sup>14</sup> O SAE hoje possui cadastro em seu serviço um número de 897 pacientes HIV positivos e doentes de AIDS, isso equivale, a uma média anual de solicitações de benefícios a previdência social, em números absolutos de 67 pacientes, além de outras políticas e outros direitos, como o passe livre, que em média o Serviço Social encaminha 24 pacientes mês para renovação da carteira ou solicitação de cadastro de primeira vez.

Sem dúvida, é uma universalidade mascarada dentro das políticas, onde o que é direito garantindo constitucionalmente transforma-se em aspectos muitas vezes seletivos, no âmbito dos programas, e para o assistente social, tal fato soma-se a demandas que necessitam de outros cuidados, que extrapolam a mera intervenção ambulatorial do assistente social. Isso tem gerado uma angústia entre os profissionais conscientes de seu papel profissional, levando o mesmo a pensar em que contexto político – econômico, e a qual projeto ético - político deve estar comprometido.

O aconselhamento, neste contexto, torna-se um instrumental técnico fundamental para o desenvolvimento das diversas abordagens individuais e coletivas no âmbito do programa quer seja nacional ou no desenvolvimento de atividades locais.

Para o Serviço Social, a técnica vem dar suporte às ações dimensionando o modo operativo. Não se constitui, portanto, em instrumental que pressupõe atuar sobre uma prática rotineira e burocratizada, extrapola de forma efetiva a burocracia da instituição quando impõe um ritmo diferenciado de atendimento levando em consideração as necessidades dos pacientes. Sobre essas questões as entrevistadas consideram:

[...] geralmente os pacientes de HIV/AIDS, no atendimento, primeiro escuto e depois vou fazendo as intervenções de acordo com as dúvidas que eles vão colocando, em geral na primeira consulta só escuto somente nas anteriores é que vou orientando conforme a necessidade. (Assistente Social. 4)

[...] o Serviço Social tem uma grande responsabilidade, pois contribui com o primeiro acolhimento, dispensa uma atenção humanizada aos pacientes- o vínculo- o trabalho educativo e de esclarecimento é fundamental. (Assistente Social 2)

Sem dúvida, o fato de o aconselhamento surgir como uma opção técnica no contexto da questão da AIDS traz inúmeros benefícios. À medida que permite um aproximar mais seguro, sigiloso e com um conteúdo educativo mais estruturado, também impôs ao profissional a necessidade de um aprofundamento teórico maior, que vem extrapolando, em muito, as meras questões de saúde desenvolvidas nos espaços das unidades de saúde. E isso nos leva a refletir a própria forma como a profissão vem suprimindo suas necessidades de aperfeiçoamento no sentido de desenvolver uma prática profissional mais eficiente e eficaz.

Nesse sentido, Guerra (2000) sinaliza a preocupação de apreender as mediações que configuram a própria instrumentalidade do trabalho profissional, cujo

objetivo é entender como o assistente social interpreta a sua operacionalização e como, dessa forma, pode utilizar tal instrumento. Para uma entrevistada, o aconselhamento contém diversos aspectos:

[...] o aconselhamento é uma forma muito boa de interagir com o paciente, no processo de escuta fica mais fácil tentar resolver as queixas dos pacientes (Assistente Social 5).

Por outro lado, há a necessidade de ter clareza que tal instrumental técnico obrigatório nos programas da política de AIDS, é visto pelas ONGs como um instrumento do aparelho de Estado para o controle dos comportamentos sexuais, dos grupos minoritários, distanciados do caráter individualista de cunho neo-liberal, cuja utilização como instrumental de transformação possibilitava ao indivíduo escuta, ajuda e discussão, transformando-o em sujeito de sua própria saúde/doença, contextualizado com as questões de cunho coletivo. (NEVES, 2004).

Na origem da realização do aconselhamento pelos serviços de DST, HIV, e AIDS, não havia uma apropriação plena da essência do aconselhamento, confundindo-o com outras práticas de orientação. Nesse sentido, tratava-se de uma abordagem que privilegiava a mudança de comportamento em detrimento de ações coletivas de prevenção e promoção da saúde, traduzindo-o como uma técnica limitada. Outro fator importante se dá com a dificuldade dos profissionais utilizarem tal técnica, numa abordagem humanizada, desfocada da doença e centrada no usuário. (BRASIL, 2000).

Para o Serviço Social, tal técnica não se configura como uma novidade que aparece em plena década de 1980. Pelo contrário, tal técnica é devidamente observada em toda trajetória de evolução metodológica da profissão durante o século XX, onde nas intervenções, seja de cunho individual ou coletivo, observamos o desenvolvimento do processo de interação profissional e paciente nos procedimentos do Serviço social de Caso, Grupo e de Comunidade, através de atividades específicas, como a entrevista, os relatórios, o plantão, os grupos de adesão, as fichas de encaminhamentos dentre outras ações.

No programa de DST/ AIDS do município de São Luis, a técnica do aconselhamento, começou a ser utilizada em 1995, com a criação do CTA, definido pelo Ministério da Saúde 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 sujeito de sua própria saúde e transformação. (BRASIL, 1997, p. 11).

Nesse processo de escuta ativa, estabelece-se uma relação de confiança, onde o objetivo é a troca de informações sobre DST/ HIV/AIDS, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento, realizar avaliação de riscos, permitindo a compreensão e consciência a respeito dos riscos pessoais de infecção, identificar os limites e as possibilidades existentes para a adoção de medidas preventivas, estimulando o cuidado de si e dos parceiros, promover a adesão ao tratamento, além da comunicação e tratamento dos parceiros sexuais. (BRASIL, 1997).

O aconselhamento, neste contexto, promove a redução do nível de estresse, uma reflexão sobre os próprios riscos e a adoção de práticas seguras. Tal técnica destina-se as populações mais vulneráveis, suscetíveis à infecção do HIV, podemos destacar neste universo, as pessoas com HIV/AIDS e seus parceiros sexuais, as pessoas usuárias de drogas, as pessoas que viveram alguma situação de risco, as mulheres nos serviços de pré-natal, os pacientes com diagnóstico de tuberculose, as famílias ou pessoas próximas a pacientes infectados ou em risco, as dependentes de hemoderivados ou doadores de sangue (BRASIL, 1998).

No aconselhamento em AIDS, os profissionais desenvolvem sua ação em três momentos distintos que pressupõem o exercício de acolhimento, a escuta ativa e a comunicação competente, seja a nível individual ou coletivo, composto de apoio emocional, conteúdo educativo e avaliação de risco<sup>15</sup>.

Os conteúdos educativos que compõem esse universo devem prover de informação adequada, às necessidades do usuário, ser claras e objetivas, utilizando analogias, metáforas, gírias, expressões populares e sinônimos, para que os termos científicos das DST/ HIV/ AIDS não sejam obstáculos à compreensão da informação. É necessário, também, um diálogo entre os interlocutores, para que sejam identificadas as condições de vulnerabilidade e, posteriormente, seja encaminhada pelo profissional a resolução (BRASIL, 1997).

O aconselhamento é um instrumental técnico comum a outros serviços de saúde na atualidade, mais no contexto das DST/ AIDS possui uma abordagem

---

<sup>15</sup> A avaliação de risco, propicia uma reflexão sobre valores, atitudes e condutas, incluindo o planejamento de estratégias de redução de risco. (BRASIL, 1998).

diferenciada. Isso se deve principalmente ao quadro técnico com formação profissional nas ciências humanas, favorecendo a apreensão das condições dos pacientes em termos de maior ou menor fragilidade social. Sempre levando em consideração o atendimento, tais vulnerabilidades configuram o correr risco de infecção, e para os já infectados, ter acesso e suporte restrito que não atenda às necessidades.

O profissional deve, desta forma, identificar as condições de vulnerabilidade, para que dispense um atendimento compatível com as necessidades específicas de cada paciente, oferecendo maiores condições para a redução dos riscos e controle epidemiológico.

É importante destacar que para as Assistentes Sociais a técnica do aconselhamento se identifica com uma proposta de intervenção profissional, à medida que, como perspectiva estratégica em interação com outros profissionais possui uma dimensão educativa.

Como uma prática interdisciplinar, ele pode contribuir como sendo um ato de troca, de reciprocidade entre as disciplinas ou ciências das áreas do conhecimento (FAZENDA, 1991). Portanto, um instrumento que possibilita interação e troca entre saberes que aplicados ao aconselhamento em DST/AIDS, são inseridos como uma alternativa de intervenção indispensável.

Podemos ressaltar, ainda, que na Política de Combate a Aids, a educação em saúde se torna o processo mais eficiente das ações profiláticas, já que o processo educativo é um instrumental básico que veicula informação. Portanto, a educação é um instrumental de transformação social, que será sempre uma resposta mais humanitária, além de requerer custos bem inferiores em relação aos custos demandados pela assistência, com hospitalização, medicamentos, procedimentos médicos (RESENDE, 1989).

Portanto, o aconselhamento se coloca como uma alternativa na Política de Combate a AIDS, onde práticas profissionais interagem com dimensões educativas, visando o resgate dos recursos internos do paciente para que ele mesmo tenha possibilidade de se reconhecer como um sujeito de sua própria saúde e transformação, concebido dentro de um processo educativo, por cumprir com finalidades sócio-educativas em todas as etapas da vida. (BRASIL, 1997).

Para que tal aspecto seja contemplado numa relação de comunicação competente, é imprescindível que, no processo do aconselhamento, o assistente

social informe adequadamente conforme as necessidades do usuário, tenha clareza na linguagem colocada, utilizando os vários recursos disponíveis para a compreensão do paciente em relação aos termos específicos que compõe o universo da AIDS e acima de tudo um dialogo entre estes interlocutores, cuja finalidade é identificar as condições de vulnerabilidade para possíveis encaminhamentos técnicos.

No SAE o aconselhamento é feito em local adequado, onde o usuário é levado a sentir-se acolhido e seguro, a falar de seus problemas, suas queixas, e dificuldades, a compreensão que o mesmo tem da sua doença, e tirar suas dúvidas acerca de seu tratamento. No que compete ao assistente social, o paciente é ouvido e canalizam-se todas as suas demandas mapeando por ordem de complexidade o que deve ser efetuado rapidamente e o que requer um pouco mais de tempo ou outras instâncias.

Existem situações no cotidiano do atendimento a esses usuários, onde o assistente social extrapola em muito a sua competência técnica ou mesmo sua responsabilidade profissional, questões como internação de pacientes quando não temos na unidade nem o médico e nem o enfermeiro no ato do atendimento, o assistente social assume a responsabilidade de viabilizar um leito em outra referência e encaminha o paciente com base no seu prontuário; isso requer desse profissional além de acumulo teórico, um conhecimento prévio dos sistemas de referência a esses pacientes no âmbito do SUS, para que os mesmo não fiquem rodando na ambulância até conseguir internação.

É importante frizar que nessa política, devido às defasagens do próprio sistema da saúde, a referência de atendimento em qualquer nível do SUS, ocorre muito mais de uma forma informal do que de uma forma formalizada e padronizada pelo sistema, haja vista, que o assistente social após o aconselhamento, encaminha seu paciente, com ajuda do Serviço Social de outras unidades.

Todas as ações desenvolvidas pelo assistente social, no âmbito desta política, têm como fundamentação o aconselhamento. Esta técnica proporcionou ao profissional dos serviços de saúde, uma construção diferenciada na intervenção diária, que compreenda a totalidade do fazer profissional, apesar de ainda observarmos uma diferenciação de perfis profissionais no programa de DST/AIDS em São Luis.

O aconselhamento tem demonstrado a sua eficácia de diversas formas no que tange ao atendimento a pacientes em unidade de referência – SAE, quando se observa, durante os anos de evolução da doença, uma aceitação mais madura dos pacientes, no que se refere a sua condição de soropositividade e/ou doente de AIDS, uma maior aproximação da família, de forma menos discriminatória, e um maior acolhimento, uma volta às atividades sociais e uma reconquista da vida privada no que tange a aspectos emocionais, afetivos e sexuais.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AIDS, durante o século XX, consolida-se como um problema infinitamente complexo e cheio de estigmas e preconceitos, ocasionando vários tipos de reações no homem. Para a ciência um desafio a mais em uma época onde o avanço tecnológico concretiza varias descobertas e, conseqüentemente, a possibilidade de cura de vários agravos.

A historia nos mostra a evolução de uma epidemia cheia de dores, perdas, fragilidades, medos, conteúdos equivocados e tratamentos clínicos insuficientes, além de compromissos governamentais fragmentados e Políticas Públicas seletivas e focalizadas.

Neste universo, encontramos todos os sujeitos vulneráveis à epidemia da AIDS: o homem, a mulher, a criança, o idoso, que independente de raça, sexo, orientação sexual, condições financeiras ou grau de escolaridade, encontram-se no universo de contaminação cada vez mais avançado do vírus HIV.

Paralelo a evolução do Perfil Epidemiológico da AIDS, também se observa a evolução clinica da doença e, conseqüentemente, as respostas viabilizadas pelas Políticas Públicas e a inserção de diferentes profissionais no bojo dos programas em todo pais.

É importante destacar que a AIDS surge e se desenvolve no Brasil paralela ao surgimento e consolidação de uma Política de Saúde, que ganha conotações tanto positivas, como negativas, durante toda década de 1980; e que traz como conseqüências, até a atualidade, acertos e equívocos que permitem redefinições de ações e programas no bojo do SUS: nas suas diretrizes e princípios de reorganização do quadro de saúde, ampliando o acesso a bens e serviços, descentralizando ações, universalizando o acesso de forma integral, estimulando, desta forma, a intersetorialidade e a participação popular, para que possa existir um maior controle dos usuários dessa política, via conselhos gestores, distritais, municipais e estaduais de saúde.

Apesar de toda estrutura legislativa do SUS impulsionar para uma reoganização do sistema de forma mais precisa, essa mesma política sofre com a implantação, também neste período, de um modelo político e econômico, cujos ajustes imprimem ao Estado uma minimização em seus gastos sociais, redefinindo

objetivos e impulsionando suas políticas a um processo seletivo de exclusão, fragmentação, e focalização em seus atendimentos. Portanto, o sonho da construção sólida de um modelo de assistência a saúde, com base em uma universalidade de acesso, redefiniu-se diante dos ajustes políticos e econômicos firmados pelo país na implantação do modelo neoliberal de políticas públicas.

Desta forma, tais aspectos também são vivenciados no Programa de DST/AIDS, no Brasil, principalmente quando observamos as conseqüências nas instâncias de pactuação no âmbito Municipal e Estadual, na medida em que, desenvolvem suas ações com base em um orçamento fragilizado e que não supre as necessidades das demandas, ocasionando superlotação de serviços, acesso restrito em vários níveis de atendimento, falta de insumos para a resolatividade do atendimento, condições de trabalho precário e não valorização profissional.

Entretanto, diante de todos esses entraves, a Política de Combate a AIDS se consolida em todo país e se expande enquanto uma estratégia positiva no controle e tratamento da epidemia, ganhando conotações no contexto mundial, e ampliando suas atividades em diferentes instâncias de pactuação do SUS.

Tal fato gerou a necessidade da ampliação de quadro técnico qualificado, como já explanado ao longo deste estudo. Nesse sentido, o Assistente Social torna-se um profissional solicitado a compor as equipes multiprofissionais devido, principalmente, aos seguintes fatores: a trajetória histórica de construção da profissão, a forma de intervenção no cotidiano dos usuários, ao acúmulo teórico sobre a realidade social, a uma maior facilidade de efetuar mediações no decorrer de suas intervenções, a sistematização de uma prática, cuja finalidade, tem como base uma ação educativa de cunho “transformador”.

Concordando com Vasconcelos (2002), observamos que no conjunto de inserção da profissão na saúde, é através da prática do Assistente Social que se reconhece ou não a profissão do Serviço Social, pois existe uma valorização, um respeito, que é reconhecido ou não, pelo paciente e por outros profissionais. Tal fato permite a conquista de uma autonomia e de espaços profissionais, o que possibilita uma maior inserção do profissional nas equipes multiprofissionais.

A pesquisa na particularidade de São Luís, permite-nos concluir que existe uma ruptura, uma desconexão entre a prática profissional efetivada pelos profissionais, com base em um projeto ético-político, definido ou não, e as possibilidades de práticas contidas na realidade diária, que é o objeto da ação

profissional, que só pode ser apreendido a partir de uma leitura crítica da realidade, onde segundo Vasconcelos (2003) tal fato é fruto da não existência sistemática entre a prática profissional e o debate hegemônico entre a categoria.

Desta forma, nas suas rotinas diárias, mesmo em um contexto diferenciado, como o Programa de DST/AIDS, os assistentes sociais têm se colocado de forma passiva, dependentes, submissos e subalternos ao movimento das unidades de saúde, às diretrizes dos programas, executando atividades conforme a rotina imputada pela política a qual se vincula. Deste modo, aceita como únicas as referências do sistema, absorvendo as demandas explícitas dos usuários. Tal conduta de intervenção vai determinar, no bojo da prática profissional, o tipo de resposta efetuada junto ao paciente, definindo a qualidade, a quantidade, o caráter, e o tipo de trabalho realizado.

Independente da pluralidade de discussões demandadas pelas redefinições do projeto ético-político profissional, no processo de sistematização de sua rotina, o assistente social tem concretizado suas ações de forma regular, independente do nível hierárquico no qual se encontra dentro do sistema SUS. Na tentativa de responder as demandas posta diariamente, o profissional busca várias formas de ouvir, acolher, encaminhar, decifrar elementos diversos que compõem o mundo do paciente, desenvolvendo técnicas específicas, como o aconselhamento.

Tal instrumental técnico, reapropriado pelo assistente social na atualidade, tem se definido como uma técnica interventiva que, no espaço da saúde pública, permite uma maior aproximação do profissional com o usuário dos serviços, garantindo uma intervenção mais precisa e consciente. No cotidiano das unidades, o que vem dificultando o desenvolvimento do aconselhamento, de uma forma mais eficiente, configura-se na apropriação de uma forma equivocada dos instrumentais, somada a falta de conteúdo técnico específico, espaços inapropriados de intervenção, sem estrutura física, sem sigilo, sem condições de uma escuta ativa, devido também ao aumento da demanda, além de um sistema de referência estrangulado, ocasionando um desconforto ao profissional que não possui alternativas para conduzir encaminhamentos eficazes e resolutivos.

Portanto, podemos perceber que a prática profissional do Assistente Social, ainda se configura como um espaço complexo, desafiante, que se redistribui em novas demandas e uma necessidade constante de superação. No âmbito do programa de DST/AIDS, configura-se como uma prática que necessita ser

mensurada diariamente, revista em seus conteúdos e redesenhada em seus objetivos.

Exige a necessidade de um aprofundamento teórico maior, uma segurança nas definições das rotinas, e a importância de construção de um profissional propositivo, que precisa antes de executar suas atribuições, ter consciência crítica, do espaço que ocupa e da importância da profissão neste programa.

Extrapolar seus limites significa antes de qualquer coisa, entender, entre outras questões: quem ele é? Que contribuições pode efetuar no contexto de uma política? Qual a importância da prática que desenvolve? A qual projeto ético-político está vinculado? Concretizar uma prática profissional significa ter clareza da conexão entre a teoria e a prática, apropriando-se de forma adequada de todos os instrumentais para que, posteriormente, possa realmente executar, monitorar e avaliar suas ações e, principalmente, respeitar a si e a seu usuário, compreendendo-o como sujeito privilegiado de sua intervenção no cotidiano das instituições.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Aconselhamento em HIV e AIDS: Diretrizes e procedimentos básicos. Brasília, 1997.

\_\_\_\_\_. **A Resposta Brasileira ao HIV/AIDS**: experiências exemplares, Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. **Aconselhamento: um desafio para prática integral em saúde, Avaliação das ações**. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. **Controle do HIV/AIDS**: A experiência brasileira – 1994 – 1998, Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. **Educação em saúde**: histórico, conceitos e propostas. Disponível em: [www.datasus.gov.br/cns](http://www.datasus.gov.br/cns).

\_\_\_\_\_. **Diretrizes dos centros de testagem e aconselhamentos (CTA)**: Manual. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. **A Política de saúde no Brasil nos anos 90**: avanços e limites. Elaborado por Negri, Barjas, Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde**: leis, normas e portarias atuais. Rio de Janeiro: Brasil. MINISTÉRIO da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Comitê Assessor de Peritos da Divisão Nacional em Doenças Sexualmente Transmissíveis. IN: **REÚNIÃO NACIONAL SOBRE SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA**, 5., Relato dos trabalhos. Brasília, DF, 27 a 29 mar.1985.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes dos Centros de Testagem e aconselhamentos (CTA)**: Manual. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. **Legislação sobre DST&AIDS no Brasil**. Brasília, 1995.

\_\_\_\_\_. **Aconselhamento: um desafio para a prática integral em Saúde**. Avaliação das Ações. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional da DST/AIDS:** princípios, diretrizes e estratégias. Secretaria de Políticas de Saúde, CN DST/ AIDS, Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. **SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE AGRAVOS NOTIFICÁVEIS.** Ano, 2004

\_\_\_\_\_. **SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE AGRAVOS NOTIFICÁVEIS.** Ano, 2007.

BASTOS, Francisco Inácio. **AIDS no Brasil:** uma epidemia em mutação – A dinâmica da epidemia de AIDS no Brasil a partir dos casos notificados. Rio de Janeiro, 1996.

\_\_\_\_\_. Francisco Inácio. **A feminização da epidemia de AIDS no Brasil:** Determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Rio de Janeiro, 2001(Coleção ABIA. Saúde Sexual e Reprodução, 3).

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e Reforma Sanitária:** lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATTOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, Maria Inês Souza. et al. (org) **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira (Orgs). **Política Social e Democracia.** 2.ed.São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

CAMPOS, Wagner de Sousa. **Saúde Pública e Saúde Coletiva:** campo e núcleo de saberes e prática. Ciências e Saúde coletiva. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php](http://www.scielo.br/scielo.php).

CAMARGO JÚNIOR, K.R.**Políticas Públicas e prevenção em HIV/AIDS.**In: PARKER,R;GALVÃO,J;BESSA,M.Saúde,desenvolvimento e política:resposta frente à AIDS no Brasil.Rio de Janeiro:ABIA;São Paulo:Ed.34,1999.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário;** tradução de Iraci D. Poleti. Petrópolis, 4ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil:** políticas e organização de serviços. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_. Amélia. et al. **A Saúde como direito e como serviço.** 3ed. São Paulo: Cortez, 2002.

COSTA, Maria Dalva Horacio. **O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 62, 2000.

CRT - **Centro de Referência e Treinamento**. Programa Estadual DST e AIDS/SP. 15 anos de luta contra a AIDS no Estado de São Paulo. Dez 1998[versão preliminar].

FALEIROS, Vicente de Paula. **Saber profissional e poder institucional**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

\_\_\_\_\_. **Estratégia em Serviço Social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social**: questões presentes para o futuro. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, v. 17, n.50, abr. Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_. **Desafios do Serviço Social na era da globalização**. Revista Serviço Social e Sociedade, nº 61, Novembro 1999, São Paulo, Cortez.

FAZENDA, Ivani Catarina A. **Interdisciplinaridade um projeto em parceria**. São Paulo: ed., Loyola, 1991.

FERNANDES, João Cláudio L. **Práticas educativas para a prevenção do HIV/AIDS**: aspectos conceituais. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n.10(2): Abr./Jun. 1994. p. 171-180.

GMERK, M. **History of AIDS: emergence and origin of a modern pandemic**. Translated by MAULITZ, R; DUFFIN, J. Princeton: Princeton University Press, 1990.

GUERRA, Yolanda. **Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social**. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 62, mar. 2000.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**: ensaios críticos. 2. ed. São Paulo: Cortez. 1994.

\_\_\_\_\_. **O Serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2003.

KERN. Francisco Arseli. **Estratégias de fortalecimento no contexto da Aids**. Revista **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Editora Cortez, n 74. ano XXIV. Jul.2003.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. **A história de uma epidemia moderna: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil**. São Carlos: Rima, 2003: Maringá: EDUEM, 2003.174p.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social: identidade e alienação**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

MENDES, Eugenio Vilaça. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro, ABRASCO, 1995.

MONTAGNIER, Luc; **Vírus e homens: AIDS: seus mecanismos e tratamentos**: tradução Maria Luíza X. de A. Borges, Rio de Janeiro:Jorge Zahar Ed; 1995.

NEVES, Célia Maria Alves das. **Uma reflexão sobre o aconselhamento como prática do Serviço Social no CTA/Lira face ao novo perfil epidemiológico do HIV/AIDS**, São Luís, UFMA, monografia de conclusão de curso, 2004.

NETTO, Jose Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. 3. ed. Ampl. São Paulo: Cortez, 2001.

\_\_\_\_\_. **Transformações societárias e Serviço Social**: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, v.17, n. 50, abr. 1996.

PARKER, Richard. Introdução. In: Parker, R. **Políticas, instituições e AIDS: enfrentamento a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Abia, Jorge Zahar EDITOR, 1997.

\_\_\_\_\_. Richard, BASTOS, C; GALVÃO, J; PEDROSA, J. (Org). **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

PASTORINE, Alejandra. **A categoria “Questão Social” em debate**. São Paulo, Cortez, 2004. Coleções Questões da Nossa Época. v. 109.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde pública**, Rio de Janeiro, 19(5), 1527=1534.

SEMUS – Secretaria Municipal de saúde, **Coordenação de DST/AIDS**, banco de dados do programa municipal em 2006.

SES – Secretaria de Estado da saúde, **Departamento de atenção as DST/AIDS**, banco de dados do programa estadual em 2006.

SCHEEFFER, Ruth. **Aconselhamento psicológico**. São Paulo: Atlas, 1989.

SPOZATI, Aldaíza. **Mapa da exclusão/inclusão na cidade de São Paulo**. São Paulo: EDUC, 1996.

SERRA, Rose Mary Sousa. A Questão Social hoje. Ser Social (**Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília**).Nº6, Janeiro a Junho de 2000.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do Ajuste Neoliberal na America Latina**. 2 ed.São Paulo, Cortez,2002, (Coleção Questões da Nossa Época v,78.).

SOUZA, Zildene de et all. **Cidadania e HIV/ AIDS**. Disponível em <<http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p10.3.htm>> acesso em 08 de outubro de 2004.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

YAZBECK, Maria Carmelita. **In Capacitação em Serviço Social e Política Social**. módulo 4. Brasília: UNB, 2000,19-34.

\_\_\_\_\_,**Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil**. Revista da associação Brasileira de Ensino e pesquisa em Serviço Social. ABEPSS. Ano II, nº3. Janeiro a julho de 2001.

UNAIDS. **Relatório global da epidemia de HIV/AIDS**. Genebra, 1998.

\_\_\_\_\_**Relatório global da epidemia de HIV/AIDS**. Genebra, 2005.

Rocha, Anne Gabriela Veiga.

O serviço social e o enfrentamento da Aids no Maranhão: um estudo sobre a prática dos assistentes sociais nos programas de Dst/Aids em São Luis / Anne Gabriela Veiga Rocha. – São Luís, 2007.

113 f..

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marina Maciel Abreu

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Maranhão, 2007.

1. Programa DST/AIDS – São Luís (MA) – Política de Combate a AIDs.
2. Programa DST/AIDS – Assistente Social - Aconselhamento. I. Título.

CDU 374 (812.12)