

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS – CCSA  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL - DESSO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL – PPGSS

**REGINA MARIA DOS SANTOS**

**O SERVIÇO SOCIAL E A EXCLUSÃO/INCLUSÃO SOCIAL DOS PORTADORES  
DE HIV/AIDS: DEMANDAS E DESAFIOS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS**

**NATAL / RN**

**2005**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**REGINA MARIA DOS SANTOS**

**O SERVIÇO SOCIAL E A EXCLUSÃO/INCLUSÃO SOCIAL DOS PORTADORES  
DE HIV/AIDS: DEMANDAS E DESAFIOS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social, na área de concentração: Trabalho, Formação Profissional e Proteção Social.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Izete Soares da Silva Dantas Pereira

**NATAL / RN**

**2005**

**REGINA MARIA DOS SANTOS**

A dissertação “**O SERVIÇO SOCIAL E A EXCLUSÃO/INCLUSÃO SOCIAL DOS PORTADORES DE HIV/AIDS: demandas e desafios nos hospitais públicos**”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foi aprovada e aceita como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Serviço Social.

Aprovada em 22 de julho de 2005

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Izete Soares da Silva Pereira Dantas – Orientadora  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Patrícia Barreto Cavalcanti – Membro Titular  
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

---

\_\_Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Célia Correia Nicolau – Membro Titular  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

---

\_\_Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Denise Câmara de Carvalho – Suplente  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

**Natal// RN**  
**2005**

## DEDICATÓRIA

As **profissionais do Serviço Social**, que travam verdadeiras batalhas no cotidiano institucional, sempre buscando fazer o melhor e da melhor forma possível, apesar das angústias. O trabalho de vocês merece ser reconhecido e respeitado pelo conjunto da sociedade. Não desistam jamais.

Aos **portadores de HIV/AIDS**, pela luta incessante para mostrar a sociedade que vocês estão vivos, apesar da cruzada diária contra um inimigo (in) visível.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pela fé intensa nos momentos de angústia e pela a força concedida na concretização desse sonho.

Ao meu esposo Antônio pela compreensão nos momentos de ausência e pelo apoio incondicional nessa árdua caminhada.

À Prof<sup>ª</sup> Dra. Izete Soares da Silva Dantas Pereira, pela colaboração e apoio imprescindíveis nesse trabalho.

À Prof<sup>ª</sup>. Dra. Célia Correia Nicolau, pelas valiosas contribuições nesse trabalho, pelo apoio, compreensão e ensinamentos compartilhados e, sobretudo, pela defesa intransigente com a nossa profissão.

Aos demais professores do Programa de Pós-graduação, que contribuíram para o meu amadurecimento acadêmico, especialmente, as professoras Denise Câmara e Severina Garcia.

As (os) colegas de turma que sempre tiveram uma palavra de apoio e encorajamento. Paulinha, eterna companheira da academia pelo o apoio nos momentos de angústia e solidão. Á Ilena, Kessia, Maria Figueiredo, Rose, Deusa, Valéria e Josi pelo incentivo e carinho que vocês sempre tiveram comigo. Aos demais colegas, que por motivos de força maior precisaram interromper esse percurso, mas, com certeza, retomarão a caminhada em breve.

À amiga Maria de Jesus, pelo o incentivo durante esse mestrado. Um agradecimento especial pelos inúmeros livros emprestados.

À Prof<sup>ª</sup>. Íris de Oliveira, nossa futura doutora, pelo envio de material para a minha pesquisa. Obrigado pelo carinho.

A Lucinha, secretaria da pós pela competência, dedicação e paciência com *nós* alunas (os).

As instituições que participaram da pesquisa e em especial, aos profissionais do Serviço Social que tanto colaboraram com esse trabalho e me receberam de braços abertos durante a pesquisa, obrigado.

Aos meus familiares, pela a torcida ao meu favor nessa jornada.

Ao meu amigo José Marcos, por ter me apoiado nas crises de “stress”. Valeu pela paciência!

Por fim, aos amigos do vinho, que entre uma taça e outra me incentivaram nessa jornada.

**LISTA DE GRÁFICOS**

<b>GRÁFICO 01:</b> Forma de Contrato de Trabalho dos Assistentes Sociais.....	85
<b>GRÁFICO 02:</b> Formação Profissional dos Assistentes Sociais – Unidades de Ensino.....	86
<b>GRÁFICO03:</b> Qualificação profissional dos Assistentes Sociais.....	89
<b>GRÁFICO 04:</b> Assistentes Sociais que conhecem o Projeto Ético-Político do Serviço Social.....	90
<b>GRÁFICO 05:</b> Demandas postas pelo portador de HIV/AIDS ao Serviço Social.....	94
<b>GRÁFICO 06:</b> Conhecimento dos Assistentes Sociais sobre a legislação social de proteção ao portador de HIV/AIDS.....	118
<b>GRÁFICO 07:</b> Instrumental técnico-operativo utilizado pelos Assistentes Sociais nos hospitais.....	127

## LISTA DE SIGLAS

- ABEPSS** - Associação Brasileira de Pesquisa e Ensino em Serviço Social
- AIDS** - Acquired Immunodeficiency Syndrome
- ARV** - Anti-retroviral
- BPC** - Benefício de Prestação Continuada
- CAPS** - Caixa de Aposentadorias
- CF** - Constituição Federal
- CFESS** - Conselho Federal de Serviço Social
- CLT** - Consolidação das Leis Trabalhistas
- COAS** - Centro de Orientação e Apoio Sorológico
- CRESS** - Conselho Regional de Serviço Social
- CTA** - Centro de Testagem e Aconselhamento
- CTI** - Centro de Informação Toxicológica
- DHDS** - Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária
- FMI** - Fundo Monetário Internacional
- FNS** - Fundo Nacional de Saúde
- GTEDEO** - Grupo de Trabalho para a Eliminação da Discriminação no Emprego
- H.G.T.** - Hospital Giselda Trigueiro
- HD** - Hospital-Dia
- HIV** - Human Immunodeficiency Virus
- IBGE** - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- INSS** - Instituto Nacional de Seguro Social
- LOAS** - Lei Orgânica da Assistência Social
- LOS** - Lei Orgânica da Saúde
- MS** - Ministério da Saúde
- NOAS** - Norma Operacional da Assistência à Saúde
- NOB** - Norma Operacional Básica
- OAB** - Ordem dos Advogados do Brasil
- OIT** - Organização Internacional do Trabalho
- ONG** - Organização Não-Governamental



**ONU** - Organização das Nações Unidas

**OPAS** - Organização Pan-Americana de Saúde

**PACS** - Programa Agentes Comunitários de Saúde

**PN DSTS/AIDS** - Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS

**PNAD** - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

**PNDH** - Programa Nacional de Direitos humanos

**POF** - Pesquisa de Orçamentos Familiares

**PSF** - Programa Saúde da Família

**RN** - Rio Grande do Norte

**SEMTAS** - Secretaria Municipal de Trabalho e Ação Social

**SEVE** - Sistema de Vigilância Epidemiológica

**SUDS** - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UERN** - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

**UFRN** - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

**UNAIDS** - Programa Conjunto das Nações Unidas em HIV/AIDS

**UTI** - Unidade de Terapia Intensiva

## RESUMO

A pesquisa apresenta o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social com os portadores de HIV/AIDS excluídos socialmente, nos hospitais públicos do Estado do Rio Grande do Norte (RN). Objetiva identificar e analisar as demandas postas pelo portador ao profissional do Serviço Social e os desafios que os mesmos enfrentam para atendê-las. Privilegia, do ponto de vista metodológico, a abordagem qualitativa e quantitativa, com aplicação de questionários, observação direta, entrevistas semi-estruturadas e leitura bibliográfica. A coleta dos dados foi realizada com doze (12) Assistentes Sociais que trabalham nos Hospitais: Giselda Trigueiro, em Natal (7) e Rafael Fernandes, em Mossoró (5). A hipótese central que orientou a pesquisa é que o processo de exclusão/inclusão social vivenciado pelo portador de HIV/AIDS na sociedade resulta em demanda profissional para o Serviço Social inserido na área da saúde pública, especificamente, nos hospitais públicos de referência no atendimento ao portador; e que, ao responder às demandas os profissionais enfrentam desafios, em razão da precariedade dos serviços de saúde e da complexidade social que envolve a epidemia do HIV/AIDS. Os resultados apontam que, de fato, a epidemia do HIV/AIDS, em razão do processo de exclusão/inclusão social ao qual está subjugado o portador na sociedade, resulta em demanda para o assistente social nos hospitais. Estas se acentuam principalmente pela condição de vida do usuário, por causa da crescente pauperização no contexto da epidemia. Nesse sentido, o assistente social, na tentativa de responder a essa demanda, encontram desafios concretos de duas naturezas: a doença em si, por todos os aspectos sociais negativos que fazem parte do cotidiano dos portadores; e a situação de precariedade em que se encontra o serviço de saúde pública no Estado do RN, uma vez que as condições de trabalho são insatisfatórias.

**Palavras-Chave:** Serviço Social, HIV/AIDS, Exclusão/Inclusão Social, Política de Saúde, Demanda profissional.

## ABSTRACT

This research presents the labors developed by the Social Service unto socially excluded HIV/Aids positives at public hospitals in Rio Grande do Norte (RN). It purposes to identify and to analyze the demands brought by the holder onto the Social Service professional as well as the challenges the latter face to minister to the former. It privileges, from the methodological viewpoint, the qualitative and quantitative analysis with the application of questionnaires, direct observation, semi-structured interviews and bibliographic references. Data were collected from 12 (twelve) social assistants who work at Giselda Trigueiro Hospital in Natal (7) and Rafael Fernandes Hospital in Mossoró (5). The central hypothesis that guided this study is that the social inclusion/exclusion process experienced by the HIV/Aids positive on society implies a demand for the Social Service that is inserted in the public health context (specially in HIV-referred public hospitals), whose agents, however, when attempting to answer those demands, meet obstacles due to both the precariousness of public health services and the social complexity that concerns the HIV/Aids epidemic. Results point out that, de facto, the HIV/Aids epidemic, because of the social exclusion/inclusion process to which the holder is subject results a demand for the social agents at hospitals. Demands rise principally from the patient's life condition, considering the increasing pauperization in the epidemic context. As to what it is concerned, social assistants, responding to the needs, come across concrete twofold challenges: the illness in itself, for all social, negative aspects that make part of quotidian life of holders; and the precarious state of the public health service in RN State, since that working conditions are unsatisfactory.

**Keywords:** Social service, HIV/Aids, Social exclusion/inclusion, Health politics, professional demand

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>1 – A PROBLEMÁTICA DA EXCLUSÃO/INCLUSÃO SOCIAL DOS PORTADORES DE HIV/AIDS E AS RESPOSTAS DA POLÍTICA DE SAÚDE.....</b>	<b>26</b>
1.1 Considerações Iniciais.....	26
1.2 AIDS, a construção social de uma epidemia: o processo de exclusão/inclusão social...32	
1.3 A política de saúde e as respostas à epidemia do HIV/AIDS no Brasil e no Nordeste...47	
<b>2 – A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NOS PROGRAMAS DE SAÚDE EM RESPOSTA À EPIDEMIA DE HIV/AIDS.....</b>	<b>65</b>
2.1 O Serviço Social na saúde pública e as implicações sociais da epidemia de HIV/AIDS.....	67
2.2 O hospital enquanto espaço sócio-ocupacional do Assistente Social.....	76
2.3 Caracterização dos Assistentes Sociais inseridos nos Hospitais Giselda Trigueiro e Rafael Fernandes: Quem são esses profissionais?.....	84
<b>3 – O SERVIÇO SOCIAL E A EPIDEMIA DE HIV/AIDS: DEMANDAS E DESAFIOS NO PROCESSO DE INCLUSÃO SOCIAL DOS PORTADORES NOS HOSPITAIS PÚBLICOS DO RN.....</b>	<b>93</b>
3.1 O atendimento aos portadores de HIV/AIDS nos hospitais públicos do RN: principais demandas.....	93
3.2 O trabalho dos Assistentes Sociais e os desafios no processo de efetivação da inclusão social dos portadores de HIV/AIDS.....	131
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>141</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>145</b>
<b>APENDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## INTRODUÇÃO

### 1. Situando o objeto de estudo

O presente trabalho de dissertação intitulado: O Serviço Social e a exclusão/inclusão social dos portadores de HIV/AIDS: demandas e desafios nos hospitais públicos consubstancia os resultados de um estudo exploratório sobre o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social nos hospitais públicos do Estado do Rio Grande do Norte (RN) de referência no atendimento ao portador de HIV/AIDS. O foco da pesquisa objetivou desvendar as demandas colocadas pelo portador ao Assistente Social e os desafios enfrentados pelo profissional para atendê-lo.

Ressalta-se que o Serviço Social é uma profissão que está inserida na divisão sócio-técnica do trabalho, tomando parte nas diferentes problemáticas no campo social. Os seus profissionais têm como objeto de intervenção a questão social; que se expressa nas desigualdades sociais, fruto das contradições sociais presentes na sociedade capitalista, as quais são tributárias ao agravamento das condições de vida da população<sup>1</sup>.

No campo da saúde pública, a ação do profissional do Serviço Social incide no processo saúde/doença da população. Nesse sentido, o assistente social é requisitado a atuar com as múltiplas formas de expressão da questão social, que nesta área, tem se materializado através das diferentes doenças que acometem a população e que, associadas

---

<sup>1</sup> A questão social, objeto sob o qual incide a ação do profissional do Serviço Social, está relacionada ao “conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 1998, p.27).

às carências sócio-econômicas do usuário, interferem no tratamento e na prevenção dos agravos à saúde.

Dessa forma, a inserção do assistente social na saúde pública, enquanto profissional que trabalha com a assistência, está vinculada aos programas e aos projetos de saúde voltados para atender as necessidades sociais da população usuária do serviço, as quais se constituem em fonte geradora de sua demanda profissional.

As demandas geradas a partir das necessidades sociais dos indivíduos não são estáticas; ao contrário, estão permanentemente sendo configuradas e reconfiguradas de acordo com as determinações sociais, econômicas, políticas e culturais que envolvem os processos sociais vivenciados pelos sujeitos. Nesse contexto, o profissional tem como tarefa primordial reconhecer e identificar as demandas dos empregadores, dos usuários e do próprio mercado.

Assim, ao se reconfigurar as demandas, surgem novas necessidades e novas requisições ao profissional do Serviço Social. Este processo favorece a reciclagem de antigas e novas demandas, que no campo da saúde pública se vincula às formas de adoecimento da população, em razão das doenças não se restringirem apenas ao aspecto biológico, mas, envolverem também, aspectos sociais e psicológicos.

Nesse sentido, dentre os inúmeros tipos de doenças que acometem a população e que requerem uma intervenção do Assistente Social está a Acquired Immunodeficiency Syndrome – AIDS, uma doença transmissível cujo agente é o Human Immunodeficiency

Vírus – HIV, que logo se transformou em uma epidemia<sup>2</sup>. A AIDS surgiu no Brasil nos anos de 1980, em São Paulo, em um portador do sexo masculino; a sua transmissão se deu pela via sexual<sup>3</sup>.

A evolução da epidemia do HIV/AIDS no território nacional continua crescente. O Brasil contabiliza hoje 362.364 casos confirmados de AIDS, dos quais 34.424 estão na Região Nordeste; destes, 1.651 casos encontram-se no Estado do Rio Grande do Norte – RN, que ocupa o sétimo lugar na região.

O país já somou um total de 160.834 óbitos de 1983 a 2004, destes, 13.923 ocorridos na Região Nordeste (Brasil, 2004). Quando se analisa a epidemia por sexo e por idade os números revelam que os homens atingidos estão na faixa dos 30 aos 34 anos (55.759 casos); e as mulheres, na faixa dos 30 aos 34 anos (21.924 casos).

Segundo a estimativa do Ministério da Saúde – MS, no Brasil, o número de pessoas infectadas pode chegar a 600 mil; todos com idade entre 15 e 49 anos. Entretanto, é possível que destes, 400 mil pessoas não saibam que estão infectadas, em razão de nunca terem feito o teste. O país registra, em média, 21.000 casos novos por ano<sup>4</sup>.

A epidemia do HIV/AIDS diferencia-se das demais epidemias pelas suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais. É sabido que, passadas duas décadas de

---

<sup>2</sup> Epidemia diz respeito a uma doença infecciosa ou qualquer agravo à saúde que surge de forma súbita e se desenvolve rapidamente, atingindo ao mesmo tempo um grande número de pessoas de uma mesma localidade ou região. Ministério da Saúde: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br) – acesso em 13 de abril de 2003.

<sup>3</sup> O período de incubação do vírus pode variar em torno de 5 a 8 anos. O contaminado pelo vírus HIV pode passar anos para manifestar a doença AIDS, neste caso ele é considerado portador positivo. No contexto deste trabalho, utilizar-se-á a denominação de portadores de HIV/AIDS para referirmos-nos às pessoas soropositivas e àqueles que já desenvolveram a doença AIDS.

<sup>4</sup> A esse respeito consultar: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br). Acesso em 20 de julho de 2004.

convívio com a epidemia, a sociedade ainda discrimina, estigmatiza e tem grande preconceito com os portadores.

O portador de HIV/AIDS convive hoje, na sociedade, com severas restrições em sua rede de sociabilidade, devido ao exacerbado preconceito e discriminação que acompanham a epidemia desde seu surgimento, em razão desta ter sido estigmatizada de “peste gay”. Essa é uma marca indelével da epidemia na sociedade e tem contribuído para desencadear um amplo processo de exclusão social das pessoas portadoras de HIV/AIDS.

A exclusão social vivenciada pelo portador se reflete nas dimensões econômica, social, política e cultural, a qual é agravada pela condição de pobreza cada vez mais acentuada de seus portadores. A exclusão desencadeada pela condição de soropositividade e doentes de AIDS leva o portador a experienciar uma nova condição social, que segundo Câmara e Lima:

Engendra uma forma de desigualdade social porque é precedido por um estigma, que é mais ou menos acentuado pela inserção social dos indivíduos, seja por sua diferença social, seja pelas condições de precariedade em que vivem [...] (2000, p.31).

Os excluídos no universo da AIDS são também os excluídos do acesso ao usufruto de bens na sociedade, uma vez que, apesar de não existirem dados oficiais, sabe-se que a epidemia continua se espalhando nas camadas mais pauperizadas, que em sua maioria, tem baixa escolaridade<sup>5</sup> e baixa renda por estar permanentemente fora do mercado de trabalho; ou seja, o portador de HIV/AIDS atendido pelo Serviço Social no serviço público de saúde vive em precárias condições de vida.

---

<sup>5</sup> Segundo o MS, no universo masculino dos portadores de HIV/AIDS, 46,4% têm apenas o ensino fundamental e entre as mulheres esse percentual sobe para 51,2% (BRASIL, 2004).



Os problemas sociais vivenciados pelo portador de HIV/AIDS na sociedade são potencializados em face da situação de exclusão social, e repercutem nas unidades de saúde que prestam atendimento a esse usuário. Nesse atendimento se faz presente o assistente social, cuja intervenção vai se dá junto àqueles usuários excluídos do acesso à saúde, “os sem-teto, sem-remédio e sem-exames complementares; ou seja, são aqueles cujas necessidades, muitas vezes, não se encaixam ou não se enquadram na estrutura organizacional dos serviços de saúde” (LESSA, 2003, p.75).

A realidade de exclusão social do portador de HIV/AIDS se apresenta nos diferentes espaços sócio-ocupacionais do assistente social no campo da saúde, principalmente na área hospitalar, onde o portador, em razão das debilidades impostas pela doença, procura com mais frequência o serviço. Esta constatação despertou o interesse em realizar uma pesquisa sobre o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social com os portadores de HIV/AIDS nos hospitais públicos do Rio Grande do Norte (RN).

Considerando a natureza do estudo, formulou-se o seguinte problema de pesquisa: A exclusão/inclusão social dos portadores de HIV/AIDS resulta em demanda para o Serviço Social nos hospitais públicos? Qual é a resposta dada pelo profissional e quais são os desafios enfrentados pelos mesmos para atendê-la?

Para responder a esta problemática, elaborou-se os seguintes questionamentos: a exclusão social do portador na sociedade resulta em demanda para o Serviço Social no hospital público? de que maneira os profissionais absorvem e encaminham as demandas? quais são os desafios enfrentados pelo assistente social na instituição? A partir destas indagações, delimita-se como objetivo geral da pesquisa identificar e analisar as demandas e os desafios enfrentados pelos assistentes sociais no atendimento aos portadores de HIV/AIDS nos hospitais públicos no RN.

A pesquisa foi realizada em dois hospitais públicos que são referência no atendimento ao portador, Gizelda Trigueiro, em Natal, e o Rafael Fernandes, em Mossoró (RN)<sup>6</sup>. Não se objetivou incluir na pesquisa o portador, porque o foco está centrado na realidade empírica do fazer-profissional do assistente social.

O interesse em realizar um estudo acerca dessa temática se deu por dois motivos: primeiro, destaca-se a sua relevância intelectual e social dada à escassez de pesquisas no Estado acerca do assunto; segundo, é que a partir de um problema de saúde no âmbito familiar houve a oportunidade de ter um contato mais próximo com os profissionais do Serviço Social que trabalham com os portadores de HIV/AIDS no hospital Gizelda Trigueiro.

Nesse contato, foi possível perceber que o universo de portadores era bem maior que o imaginado; e que a demanda para o Serviço Social era muito grande. Esta situação suscitou inquietações e dúvidas sobre o trabalho desenvolvido pelo assistente social com esse usuário diante das condições de trabalho oferecidas.

Isso porque, apesar da expressividade da epidemia, o Estado do RN só dispõe de dois hospitais para atender o usuário acometido por essa patologia. A realidade cotidiana desses hospitais é de superlotação que ocasiona a falta de leitos, serviços precários e de baixa qualidade, o que implica no comprometimento dos procedimentos necessários ao diagnóstico e ao tratamento da doença AIDS. Em ambos os hospitais, o assistente social convive com uma política de saúde fragmentada e de baixa efetividade, uma vez que os

---

<sup>6</sup> Estas duas unidades hospitalares funcionam também como Hospitais-Dia. No capítulo II, detalhar-se-á melhor a função desse tipo de unidade e a forma de atendimento prestado.

programas, dentre eles o Programa de HIV/AIDS, apesar da demanda, apresenta-se restrito a ações focalizadas e descontínuas.

Esta situação impacta o direito social à saúde estabelecido na Constituição Federal (1988) e nas Leis 8.080 e 8.142/90 que criam e regulamentam o Sistema Único de Saúde – SUS em todo território nacional.

Dentre suas diretrizes, o SUS estabelece que os serviços de saúde devem ser: regionalizados, descentralizados e prestar atendimento integral e universal a todos os seus usuários. Para além desta normativa, e diante do aumento de casos da AIDS no país, o Ministério da Saúde – MS criou o Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS – PN DSTS/AIDS, específico para atender pacientes acometidos por esta morbidade.

Na prática, a população usuária do serviço de saúde pública, inclusive o portador de HIV/AIDS, enfrenta todo tipo de dificuldade. A acessibilidade assegurada na legislação é pouco visível; as filas são constantes, e os serviços extremamente precários, o que põe em risco o princípio da universalidade.

Segundo Costa (2000, p.41), apesar da implantação do SUS, os serviços de saúde não conseguiram “superar as contradições existentes, dentre as quais constam a exclusão, a precariedade dos recursos, a qualidade e a quantidade quanto ao atendimento”. Essas contradições presentes nas unidades de saúde impulsionou a ampliação do mercado de trabalho do assistente social nessa área, em razão deste profissional atuar como um “agente de interação entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas setoriais” (id, ib).

A contradição na saúde pública é acentuada pela política de ajuste neoliberal adotada pelo Estado Brasileiro na década de 90, do século XX<sup>7</sup>. O ajuste contribuiu para aprofundar a precariedade do serviço, uma vez que prioriza a contenção de gastos e promove o desmonte dos serviços públicos que deixa de ser universal, passando a apresentar um caráter excludente e seletivo.

O ajuste na política repercute no trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde, que passam a trabalhar com uma política de saúde focalizada, descontínua e mercantilizada. Atualmente, os profissionais da assistência convivem com dois projetos distintos no âmbito da saúde: o “projeto da reforma sanitária”, que se assenta na universalidade de direitos; e o “projeto de saúde articulado ao mercado, pautado na contenção dos gastos com racionalização da oferta”. Neste, o Estado fica responsável por “garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado” (BRAVO, 2000, p.113).

Para o assistente social que trabalha com a viabilização dos direitos sociais no campo da saúde, o projeto privatista limita sua ação na medida em que compromete a garantia dos direitos sociais e humanos firmados na Constituição Federal.

Concretamente, o profissional do Serviço Social enfrenta dilemas e desafios no campo da saúde ao trabalhar com a epidemia do HIV/AIDS, uma vez que a própria doença, pelos aspectos sociais negativos que a acompanha, é desafiadora; além das mudanças em

---

<sup>7</sup> Segundo Tavares, o ajuste neoliberal expressa uma crise global de um modelo social de acumulação, cujas tentativas de resolução têm produzido transformações estruturais que inclui a informalidade do trabalho, o desemprego, o subemprego, a desproteção trabalhista e, conseqüentemente, uma “nova” pobreza. Este novo modelo de acumulação implica que: os direitos sociais perdem identidade e a concepção de cidadania se restringe; aprofunda-se a separação entre público-privado, e a reprodução é inteiramente devolvida para este último [...] a legitimação do (Estado) se reduz à ampliação do assistencialismo (2002, p.12-13).

curso na política de saúde que se refletem nas unidades de serviços, especialmente no âmbito dos hospitais públicos.

Desse modo, para desvendar e compreender o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social com os portadores de HIV/AIDS nos hospitais públicos do RN, enfocando as demandas postas por esses usuários e os desafios enfrentados pelos profissionais para atendê-los, elegeu-se como categorias centrais: Serviço Social, Política de Saúde, Exclusão Social, HIV/AIDS e Demanda Profissional. Estas categorias foram trabalhadas a partir dos questionários aplicados e das entrevistas semi-estruturadas realizadas com os profissionais, além do suporte adquirido na leitura bibliográfica.

O relato, a análise das informações e os resultados obtidos estão sistematizados em três capítulos:

O capítulo 1, introduz a discussão sobre a construção social da epidemia do HIV/AIDS no Brasil, e o processo de exclusão/inclusão na rede de sociabilidade dos portadores. Aborda a política de saúde brasileira, enfatizando as respostas elaboradas, no âmbito da saúde, no enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS.

No capítulo 2, enfoca a ação profissional do assistente social na área da saúde pública, especificamente nos programas de saúde. Em seguida, faz-se uma breve caracterização dos hospitais públicos do RN, espaços do fazer-profissional do assistente social, e apresenta-se um perfil dos profissionais que fazem atendimento ao portador de HIV/AIDS no Estado.

No capítulo 3, analisa-se os dados coletados através dos questionários e entrevistas semi-estruturadas com os assistentes sociais sobre as principais demandas postas pelo portador de HIV/AIDS ao setor de Serviço Social no RN, enfocando os desafios enfrentados pelos profissionais para dar resposta às demandas.

Por fim, tece-se algumas conclusões sobre o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social com os portadores nos hospitais públicos do Estado, na qual faz-se algumas recomendações para o fazer-profissional do assistente social. Tem-se claro que, dado o limite deste trabalho, novas leituras e abordagens podem ser elaboradas a partir de um novo olhar ou novo enfoque sobre a problemática abordada.

## **2. Considerações Metodológicas**

O ato de pesquisar não se realiza no vazio intelectual, ao contrário, “a pesquisa é um esforço dirigido para a aquisição de um determinado conhecimento”, na qual há sempre a preocupação de descobrir, compreender e explicar os fenômenos que compõem uma determinada realidade (BARROS; LEHFELD, 1990, p.29).

Para tanto, o conhecimento científico pressupõe a definição de uma temática e de uma metodologia que permita a construção e reconstrução do conhecimento acerca do objeto estudado. O percurso metodológico permite que o pesquisador tenha uma maior aproximação da realidade, mas nunca a própria realidade. De acordo com Lucáks, “o ato de conhecer, no seu primeiro impulso, é uma descoberta plena de incerteza e de dúvida. Sua raiz é o julgamento desconfiado; seu sucesso, um acesso verificado” (1969, p.25, APUD MINAYO, 2004, p.228).

Na perspectiva de penetrar nas múltiplas determinações do objeto de estudo, os procedimentos teórico-metodológicos utilizados foram: a definição dos tipos de pesquisas, a delimitação do universo da pesquisa, os instrumentais técnicos de coleta de dados e, por fim, a análise e interpretação dos dados.

Considerando o processo de construção de conhecimento sobre as demandas postas ao Serviço Social pelos portadores de HIV/AIDS e os desafios enfrentados pelos

profissionais para atendê-las, o estudo se fundamentou em uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo e como suporte de construção teórica-metodológica contempla a pesquisa bibliográfica e a pesquisa quanti-qualitativa.

A pesquisa bibliográfica possibilitou aprofundar os conhecimentos acerca do objeto pesquisado através das leituras e fichamentos sobre a temática, bem como a produção de textos, os quais permitiram dar conta das categorias básicas e centrais da pesquisa.

Neste estudo, procurou-se romper com a dualidade entre qualitativo/quantitativo por se entender que dialeticamente um complementa o outro. Segundo Minayo (2004, p.11), “quantidade e qualidade são inseparáveis e interdependentes, ensejando assim a dissolução das dicotomias quantitativo/qualitativo”.

Através da abordagem qualitativa, procurou-se aproximar o máximo possível das particularidades do objeto. Dessa forma, as atitudes, os gestos, as palavras e os significados atribuídos no discurso pelos assistentes sociais acerca do seu trabalho com os portadores de HIV/AIDS foram essenciais neste processo. A abordagem qualitativa permitiu, ainda, uma aproximação direta do pesquisador com os pesquisados e com o local onde os fenômenos ocorrem naturalmente. Todavia, este tipo de pesquisa “não admite visões isoladas, parceladas e estanques”, ela se desenvolve numa totalidade dinâmica de relações que se explicam e são explicadas (TRIVIÑOS, 1987, p.137).

A pesquisa quantitativa permitiu agrupar dados numéricos e estatísticos com os quais traçou-se um perfil dos profissionais e dados que complementaram o conteúdo coletado através da entrevista semi-estruturada.

O local de referência empírica do estudo foi o Hospital Giselda Trigueiro, em Natal, e o Hospital Rafael Fernandes, em Mossoró (RN). Os mesmos são hospitais públicos

de referência em doenças infecto-contagiosas, dentre estas a AIDS, sendo que o Giselda Trigueiro possui também um Centro de Informação Toxicológica – CTI, ambos oferecem serviços de ambulatório e de internamento aos portadores de HIV/AIDS. Entretanto, somente o Giselda dispõe de pronto-socorro 24 horas. Os hospitais pesquisados possuem unidades de Hospital-Dia, no qual o paciente soropositivo recebe tratamento durante o dia e retorna para casa à noite.

Os sujeitos da pesquisa foram os assistentes sociais que trabalham nos referidos hospitais. Sendo assim, o universo foi constituído por sete (7) assistentes sociais do Giselda Trigueiro e cinco (5) do Rafael Fernandes, tendo uma amostra representativa de doze (12) assistentes sociais no total. A amostra foi de natureza intencional e seguiu alguns critérios, como: fazer parte do quadro funcional do hospital há pelo ao menos dois anos; ter trabalhado ou estar trabalhando diretamente com o portador de HIV/AIDS. Estes critérios foram estabelecidos quando na fase exploratória verificou-se que havia assistente social que não trabalhava com o paciente portador, mas com pacientes portadores de outras patologias como: hanseníase, tuberculose, etc.

A pesquisa foi realizada entre agosto de 2004 e março de 2005. A dificuldade maior foi o deslocamento para a cidade de Mossoró, porque devido ao número reduzido de profissionais, a visita à instituição não podia coincidir com o período de férias ou de afastamento por licença de nenhuma assistente social, o que condicionou a nossa ida à instituição somente em março de 2005.

Na coleta de dados, utilizou-se três técnicas: o questionário com perguntas fechadas e abertas, entrevista semi-estruturada a partir de um roteiro previamente estabelecido e a observação livre e direta.



O questionário com perguntas fechadas e abertas foi aplicado com os assistentes sociais, visando levantar informações pertinentes à identificação e à formação profissional. Esses dados foram utilizados para traçar um perfil dos profissionais. Nas questões referentes ao exercício profissional, privilegiou-se dados específicos sobre a epidemia, forma de registro das atividades e instrumentais técnico-operativo utilizados pelos mesmos. Este instrumento favoreceu uma maior aproximação do trabalho realizado pelos assistentes sociais.

Os questionários foram aplicados individualmente com os profissionais. Na maioria das vezes, era preenchido no mesmo dia, antes da entrevista, a escolha ficava a critério do profissional. Os dados quantitativos complementaram as informações colhidas na entrevista.

A entrevista semi-estruturada e o questionário foram realizados com os sujeitos delimitados na amostra; ou seja, os assistentes sociais que atendem aos portadores de HIV/AIDS nos hospitais públicos. Cada entrevista foi realizada individualmente e fez-se uso do gravador com autorização prévia do profissional.

O uso da entrevista semi-estruturada objetivou obter informações sobre as demandas postas pelo portador de HIV/AIDS ao Serviço Social e os desafios enfrentados pelos mesmos para respondê-las, como também abordava a questão da inclusão social do portador na sociedade.

Com a entrevista, buscou-se uma aproximação do cotidiano de trabalho dos profissionais no hospital, além de permitir um momento de interação entre pesquisador e pesquisados, uma vez que:

Toda entrevista, como interação social, está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na sociedade [...], pelo fato de captar formalmente informações sobre determinado tema, a entrevista tem que ser incorporada a seu contexto e vir acompanhada, complementada ou como parte da observação. Desta forma, além das fala mais ou menos dirigida, captam-se as relações, as práticas, os gestos e cumplicidades e a fala informal sobre o cotidiano (MINAYO, 2004, p.120).

As entrevistas foram realizadas no próprio hospital. Em Natal, a conversa aconteceu na sala de repouso do assistente social, por permitir maior tranquilidade e privacidade uma vez que não tinha fluxo de pessoas para interromper o diálogo. Em Mossoró, pelo mesmo motivo, a entrevista foi realizada em uma sala utilizada pelo psicólogo. Todas as entrevistas foram agendadas previamente com os profissionais. Apesar disso, enfrentou-se alguns obstáculos para a realização da mesma, principalmente em Natal, pois, a sua realização, mesmo agendada, estava condicionada ao movimento do plantão daquele dia. Em algumas entrevistas, foi necessário ir algumas vezes ao hospital para conseguir fazê-la.

A utilização da observação livre e direta proporcionou a sistematização de informações sobre o cotidiano profissional do assistente social que se revelava, a olho nu, de forma ainda confusa e não articulada. A observação era realizada sempre nos dias de realização das entrevistas e com prévia autorização do profissional, permanecia-se na sala de atendimento do Serviço Social, o que possibilitava acompanhar o atendimento e o seu encaminhamento. O registro resultante da observação era feito no diário de campo. Ressalta-se que, em termos qualitativos os dados colhidos na observação livre e direta somou-se aos demais, enriquecendo o processo de conhecimento técnico e científico sobre o fazer-profissional do assistente social com os portadores de HIV/AIDS nos hospitais públicos do RN.

As análises descritivas quantitativas e qualitativas dos dados obtidos objetivaram apresentar a realidade do estudo desenvolvido acerca do trabalho do assistente social com o portador de HIV/AIDS, na qual utilizou-se gráficos para demonstrar as demandas levantadas, a legislação social que o profissional conhece e utiliza para viabilizar os direitos sociais, bem como o instrumental que é utilizado pelos profissionais no cotidiano de trabalho. Utilizou-se também as falas gravadas e transcritas dos profissionais, o que tornam os mesmos responsáveis pelas declarações dadas. Dessa forma, optou-se por não fazer nenhuma identificação dos sujeitos sociais da pesquisa, para resguardar qualquer tipo de constrangimento e manter o anonimato dos mesmos.

## **CAPITULO 1 – A PROBLEMÁTICA DA EXCLUSÃO/INCLUSÃO SOCIAL DOS PORTADORES DE HIV/AIDS E AS RESPOSTAS DA POLÍTICA DE SAÚDE.**

“A Aids não é mortal. Mortal somos todos nós”.

Herbert de Souza, o Betinho.

### **1.1 Considerações iniciais**

Na área da saúde pública, o assistente social tem se sido um dos agentes que trabalha na implementação de políticas e programas sociais voltados a atender as múltiplas seqüelas da questão social. Estas se expressam através das diferentes formas de adoecimento da população, e que demarcam novas necessidades e carecimentos sociais cotidianamente vivenciadas pelos sujeitos.

Nesse sentido, para se compreender o trabalho desenvolvido pelo assistente social no campo da saúde em atendimento às demandas postas pelos portadores de HIV/AIDS excluídos socialmente, torna-se necessário pensar na forma com que foi construído o processo de exclusão/inclusão social do portador na trajetória da epidemia no país, e quais as respostas implementadas pela política de saúde em face à problemática da exclusão/inclusão social vivenciada pelos portadores de HIV/AIDS na sociedade.

A disseminação global do HIV/AIDS ocorreu nos anos 70 do século XX. Não demorou muito para que essa disseminação logo se transformasse em epidemia nos diferentes países, uma epidemia com características bem distintas, e até então, desconhecida pela comunidade médica e pela população em geral, porque:

A epidemia global do HIV/Aids é volátil, dinâmica e estável [...] diferente da malária, do sarampo e da poliomielite, afeta principalmente adultos/jovens e de meia-idade; a Aids é uma doença de grupos humanos – famílias, lares, casais – e seus impactos sociais e demográficos se multiplicam do indivíduo infectado para o grupo (MANN, 1993, p.2-4).

Os primeiros anos da epidemia do HIV/AIDS foram de pânico para os profissionais da saúde e para os próprios portadores, em razão da ausência de informação sobre o vírus no que se refere ao contágio, tratamento e formas de procedimento com um usuário infectado. Por outro lado, as informações distorcidas contribuíram para que a sociedade criasse uma imagem inadequada e imprecisa sobre a epidemia.

Tais imagens, quase sempre associadas à discriminação e ao preconceito por ser uma doença de “homossexuais”, impuseram um tipo de marca (in) visível nas pessoas vivendo com o HIV e doentes de AIDS<sup>8</sup>. Os efeitos sociais da epidemia para os infectados são devastadores, especialmente no círculo de suas relações sociais, pois enfrentam todo tipo de desprezo e de isolamento social; gerando assim, um problema social extremamente grave para os doentes de AIDS no mundo inteiro, inclusive no Brasil, que é o processo de exclusão/inclusão social vivenciada no seu cotidiano.

---

<sup>8</sup> Hoje, a AIDS é considerada uma “doença crônica”, tal como diabetes ou hipertensão arterial. É uma doença tratável, que pode ser mantida sob controle com medicação específica denominada de anti-retroviral, uma mistura de vários medicamentos que passou a ser chamada de coquetel.

Refletir sobre a condição de exclusão/inclusão dos portadores de HIV/AIDS na sociedade brasileira é entender esse indivíduo segregado, estigmatizado e discriminado nos múltiplos processos sociais.

O portador de HIV/AIDS é partícipe de uma trajetória de rupturas nos processos de inserção social em suas relações mais próximas de afetividade que engloba a família, os amigos e a rede de vizinhança da comunidade. Esse processo cruel e perverso leva as pessoas a experienciarem o sentimento de não pertencer ou não ter lugar nenhum na rede de sociabilidade.

Contudo, o que está se chamando de exclusão/inclusão na rede de sociabilidade dos portadores de HIV/AIDS? É algo inteiramente novo? Afinal, exclusão é um estado, um processo ou um fenômeno? A dialética do termo exclusão/inclusão está presente nas diferentes análises sociais. Poder-se-ia dizer que este é um termo recorrente na atualidade e é utilizado pelas diferentes áreas de conhecimento na análise de múltiplos problemas sociais. Para alguns autores<sup>9</sup>, a exclusão é ao mesmo tempo um processo, um fenômeno ou um estado generalizado de privações, sejam elas: econômicas, sociais, políticas ou culturais.

Todavia, a exclusão é um processo inerente à forma de produção e acumulação capitalista, que por si só já é um sistema excludente, e impõe diferentes formas de privações aos indivíduos. No Brasil, conforme Sposati (1999) a exclusão social é um processo crônico, perdura desde a sua colonização, onde já existia uma espécie de discriminação entre o colonizador e o colonizado. Contudo, é preciso atentar para suas particularidades, considerar o processo histórico-social do país e reconhecer que, no Brasil,

---

<sup>9</sup> Comungam desse veio analítico: Escorel, 1999; Sposati, 1999; Baráibar, 1999; Martins, 2002.

o “processo de escravidão subjugou a condição humana ao poder da elite e fez de negros e índios objetos de demonstração de riqueza dos seus proprietários” (SPOSATI, 1999, p.70).

Na visão de Martins (2002, p.20), “a exclusão é o sintoma grave de uma transformação social que vem rapidamente fazendo de todos os seres humanos seres descartáveis, reduzidos à condição de coisa, forma extrema de vivência da alienação e da coisificação da pessoa”. No caso da AIDS, o processo de exclusão leva as pessoas a se sentirem reduzidas, de fato, a coisas sem valor e sem cidadania, numa sociedade que o identifica a partir de uma enfermidade.

No Brasil, a exclusão/inclusão social dos portadores torna-se mais aviltante pela condição de pobreza a qual essas pessoas estão subjugadas; uma vez que, a epidemia se dissemina com velocidade nas camadas despossuídas da população, o que torna o quadro social mais grave. A pobreza, em nossa sociedade, é como uma sombra que acompanha a história brasileira, porém nunca enfrentada no horizonte da cidadania (TELLES, 2001).

O processo de exclusão/inclusão social vivenciado pelo portador de HIV/AIDS é uma expressão concreta da questão social refletida nos serviços de saúde pública. A qual demanda respostas e estratégias no atendimento dessas necessidades, empreendidas através de políticas sociais públicas viabilizadas pelo Estado.

No entanto, a política social no Brasil tem apresentado, historicamente, um “caráter paternalista, clientelista e autoritarista” (FALEIROS, 2000, p.74), com baixa efetividade devido ao seu caráter emergencial, fragmentado e descontínuo das ações; ou seja, não se tem no país um sistema de proteção social pleno de cidadania; ao contrário, as políticas sociais são residuais e insuficientes para atender às várias manifestações da

questão social<sup>10</sup>, em todas as áreas, e, em especial, na saúde frente às novas formas de adoecimento da população.

Além da pouca efetividade das políticas sociais públicas, na década de 1990, estas sofrem os impactos do efeito da cartilha neoliberal no Brasil, que resultou em um desmonte significativo das instituições e serviços públicos acompanhado de forte restrição orçamentária, sobretudo, para a área social. O novo formato de Estado prima pela (des) proteção social de um número cada vez maior de cidadãos transformados em excluídos sociais.

Esse desmonte da proteção social produz cada vez mais políticas focalizadas, seletivas, precarizadas, descentralizadas e privatizadas. A tendência é de “uma progressiva mercantilização do atendimento das necessidades sociais” (IAMAMOTO, 2002, p.36). Essa mercantilização dos serviços ocorre em todas as áreas de abrangência social e desconsidera os avanços assegurados na Carta Constitucional de 1988. Nesta, a saúde pública é direito de todos e dever do Estado, compondo o quadro da seguridade social, juntamente com a previdência e a assistência social.

Em conformidade com a Constituição Federal, no Brasil, na década de 1990, é criado o SUS, regulamentado juridicamente pelas Leis 8.080 e 8.142/90. A constituição do SUS integra todos os serviços em uma rede hierarquizada, regionalizada, descentralizada e

---

<sup>10</sup> A questão social não se constitui em um problema isolado do indivíduo, mas, sobretudo, engendra o conjunto de desigualdades sociais vivenciadas pelos sujeitos, as quais se intensificam com o aumento do desemprego, da fome, da miséria e da violência. Para Netto, “o desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a questão social e, esta apresenta diferentes estágios e manifestações. Sua existência e manifestações são indissociáveis da dinâmica específica do capital tornado potência social dominante” (2001, p.45).



de atendimento integral, com a participação da comunidade que se efetiva no âmbito dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde<sup>11</sup>.

O SUS prevê o acesso e o atendimento integral a todos com equidade<sup>12</sup>, mas na prática, a população que necessita dos serviços de saúde enfrenta todo tipo de dificuldade. A acessibilidade assegurada na legislação não ocorre, o que põe em risco o princípio da universalidade. No dia-a-dia essa universalidade é pouco visível, os serviços são precários e a qualidade e quantidade da rede de serviços são insuficientes face à demanda; o que termina por excluir uma parte considerável da população dos serviços.

Em relação à epidemia do HIV/AIDS, a situação dos portadores é mais delicada, porque, estes usuários necessitam dispor de serviços especializados para essa patologia. O que acontece é o contrário; o SUS só dispõe de equipes especializadas nos grandes centros urbanos, o que obriga o deslocamento dos pacientes do interior para as cidades maiores.

Apesar do país dispor, na estrutura da política de saúde pública, de um Programa Nacional de DST/AIDS com o objetivo de coordenar, formular e elaborar políticas públicas de abrangência nacional em resposta à epidemia, na prática, as respostas são pífias. O portador de HIV/AIDS continua tendo dificuldade para ter acesso ao tratamento e à assistência e, quando tem é submetido a serviços precários, principalmente nos hospitais

---

<sup>11</sup> Os Conselhos são importantes canais de participação coletiva e de criação de novas relações políticas entre governos e cidadãos. O objetivo dos conselhos é, portanto, “de realizar o controle social de políticas públicas setoriais ou de defesa de direitos de segmentos específicos. Sua função é garantir os princípios da participação da sociedade nos processos de decisão, de definição e de operacionalização das políticas públicas” (GOMES, 2000, p.166). Os conselhos têm se constituído, também, em espaço de trabalho dos assistentes sociais nas diferentes esferas: seja na saúde, idoso, criança e adolescente, assistência, etc. Neste espaço, o assistente social é chamado a participar na condição de gestor, trabalhador, prestador de serviço, pesquisador ou ainda assessor.

<sup>12</sup> A equidade diz respeito ao tratamento igual sem diferenciação, preconceito ou privilegiamento de qualquer espécie aos serviços e/ou formas de tratamento, devendo inclusive, ser assegurado o direito à informação sobre a saúde do usuário.

públicos de referência que não dispõem de leitos nem de profissionais suficientes para atender o usuário portador dessa patologia.

Nesse contexto, é impossível pensar no enfrentamento da epidemia do HIV/AIDS pelo Estado, sem atentar para as condições das instituições e dos serviços de saúde ofertados. Até porque, a política social voltada para atender as seqüelas sociais da epidemia está em constante processo de configuração e reconfiguração das ações e dos serviços no âmbito do Estado de inspirações neoliberais.

Nesse cenário, os profissionais responsáveis pelo atendimento e assistência aos portadores de HIV/AIDS, dentre eles, o assistente social, encontram inúmeros desafios e dilemas no campo da saúde, em razão da precariedade do sistema que se mostra insuficiente frente ao processo saúde-doença da população.

Para além da precariedade, o assistente social convive com um sistema de saúde que apesar de ter a universalidade como norte, não conseguiu, até hoje, incluir todos os segmentos sociais; além de inexistir ações efetivas na política econômica e social que venham dar suporte as ações desenvolvidas pela política de saúde, enquanto política setorial.

O profissional do Serviço Social que atua diretamente com os efeitos sociais da epidemia do HIV/AIDS lida cotidianamente com um segmento social excluído e vulnerável, com necessidades que demandam ações que garantam os seus direitos constantemente violados, pois vivem em situação de miséria, em razão do crescente empobrecimento face ao aumento da desigualdade social<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no Brasil, um terço da população é considerada pobre, ou seja, são 53,9 milhões de pessoas vivendo com renda de ½ salário mínimo; 12,9 ou 21 milhões de pessoas vivem com ¼ de salário mínimo. A desigualdade por região evidencia que, a Região

Todavia, para uma melhor compreensão da atual situação do portador de HIV/AIDS hoje na sociedade, no próximo item analisar-se-á a construção social da epidemia no Brasil, enfocando, como resultante dessa construção, o processo de exclusão/inclusão social dos portadores; e frente a essa problemática, as respostas elaboradas no âmbito do Estado, especificamente, no campo da política pública de saúde.

## **1.2. AIDS, a construção social de uma epidemia: o processo da exclusão/inclusão social.**

Ao longo de duas décadas, a epidemia de HIV/AIDS tornou-se um dos mais sérios problemas de saúde pública no Brasil. Não é por acaso que a AIDS tem sido descrita como a epidemia característica do século XX; como também, não é por acaso, que os estudiosos caracterizam a epidemia como a doença global. Para Mann (1993, p.3), “a lição global que podemos tirar é que o HIV chegará à maioria das comunidades humanas, senão a todas elas: a geografia pode dificultar, mas não protegerá contra a entrada e disseminação do HIV”.

O HIV tem demonstrado uma grande capacidade de cruzar fronteiras, sejam elas geográficas, econômicas, sociais ou culturais. Isso porque esta é uma epidemia que afeta a

---

Nordeste concentra a maior população pobre do país com 55,3% de pessoas vivendo com meio salário mínimo. O nordeste brasileiro concentra ainda, 13 milhões de indigentes (IBGE, 2005).

todos os continentes, em razão da sua dinâmica, instabilidade e volatilidade. Ela é conhecida como pandemia, como referência em nível mundial.

A dinâmica da epidemia está associada aos novos fatores caracterizados pela expansão e intensificação do vírus nas áreas afetadas, rápida disseminação e evolução da epidemia (MANN, 1993). Tais características encontram sustentação no comportamento humano, tanto individual quanto coletivo que se tornaram ponto-chave para a globalidade da epidemia<sup>14</sup>. Para Castilho e Bastos (1997), o espraiamento do HIV pelo mundo está associado aos grandes deslocamentos humanos decorrentes das migrações, rotas de comércio e fluxo de turismo. Contudo, a epidemia da AIDS encontrou no fenômeno da globalização um grande aliado, uma vez que, “a distância e o isolamento se tornam cada vez mais ilusórios” (IANNI, 1998, p.128).

Na verdade, a AIDS não é uma epidemia uniforme; os diferentes tipos de transmissão do HIV variam de região para região e de país para país, evidenciando um conjunto de diferentes epidemias, influenciadas pelas práticas e valores culturais, fazendo com que prevaleça determinado tipo específico de transmissão. Alguns estudiosos, dentre eles: Soares (2001), Pasternak (1997), Castilho; Aires (1997), sugerem que na epidemia podem ser agrupados dois tipos de transmissão: o padrão ocidental e o africano<sup>15</sup>.

---

<sup>14</sup> A transmissão do HIV se dá através da troca de fluidos como: secreção corporal (transusão de sangue se seus derivados); secreções do aparelho reprodutor (sêmen, pré-sêmen e fluidos vaginais); amamentação (transmissão vertical) e ainda, uso de piercings, tatuagem no corpo e tratamento de acunputura. Até agora, não foi registrado nenhum caso de contaminação por secreções como: urina, fezes, saliva ou lágrimas (SOARES, 2001, p.50-51).

<sup>15</sup> No padrão ocidental, a transmissão se dá pelas práticas sexuais entre homossexuais, bissexuais e heterossexuais. Em alguns países, como o Brasil, a prática heterossexual já é responsável direta pela disseminação do HIV, os usuários de droga injetável também fazem parte deste padrão. No padrão africano, a transmissão está restrita às relações heterossexuais; são predominantes à África do Sul e à Região do Saara.

O aparecimento do vírus HIV pelo mundo teve início em 1970. Entretanto, as pesquisas e os estudos clínicos na atualidade apresentam evidências de que os primeiros casos de AIDS tenham ocorrido na África, desde os anos de 1940. A amostra de sangue mais antiga recolhida naquele país comprova a existência do HIV-1<sup>16</sup> no sangue de um indivíduo originário do Congo-Zaire em 1959. (SOARES, 2001, p.33).

A dimensão mundial da AIDS aparece nos registros de infectados e óbitos ocorridos anualmente em todos os continentes. Segundo os dados do Programa Conjunto das Nações Unidas em HIV/AIDS (UNAIDS)<sup>17</sup> e da Organização das Nações Unidas (ONU) divulgados em 2004, há 3,8 milhões de pessoas no mundo convivendo com o vírus HIV. Nesse mesmo ano, o número de novas infecções atingiu 4,8 milhões de pessoas e os óbitos decorrentes da AIDS somaram 20 milhões de pessoas em todo o mundo (BRASIL, 2004).

No Brasil, a AIDS foi identificada pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica (SVE) pela primeira vez em 1982, no Estado de São Paulo<sup>18</sup>, em sete pacientes homo/bissexuais. Posteriormente, foi reconhecido um caso no mesmo Estado, ocorrido em

---

<sup>16</sup> Os cientistas crêem que o HIV-1 foi resultado de uma zoonose do chimpanzé. Esse vírus é responsável pela disseminação da epidemia global. Na África, existe ainda o HIV-2, vírus endêmico e restrito a algumas áreas da África Ocidental (Guiné-Bissau, Costa do Marfim, Senegal e Libéria) e da Europa ibérica e França colonizadores de alguns países africanos. O seu transmissor é o macaco mangabeys-fuligento; é costume em alguns vilarejos ter esse macaco como animal de estimação, com também, utilizar sua carne para consumo humano. Sabe-se hoje que, a AIDS é composta pelos retrovírus HIV-1 e HIV-2. Estes retrovírus foram descobertos em 1983 e 1986, respectivamente, pelos cientistas: Robert Gallo (americano) e Luc Montaigner (francês). Ambos os retrovírus apresentam uma variação de subclassificação, a mesma ocorre de acordo com a variação genética. Atualmente, existem 12 subtipos diferentes para o HIV-1 e 6 para o HIV-2 (SOARES, 2001, p.102).

<sup>17</sup> A UNAIDS é um programa conjunto da ONU, responsável pela coordenação aos programas de assistência e prevenção à AIDS em todo mundo. A UNAIDS é composta também pela: UNICEF, FNUAP, Banco Mundial, UNESCO, PNUD e OMS. ( [www.aids.gov.br/glossário.htm](http://www.aids.gov.br/glossário.htm) , acesso em 13 de abril de 2003).

<sup>18</sup> Os primeiros casos da Aids foram identificados no Brasil por três grupos de cientistas liderados pela Dra. Valéria Petri, da Escola Paulista de Medicina, pelo Prof. Vicente Amato Neto, da Faculdade de Medicina da USP, e pelo Dr. Luiz Jacintho, da Unicamp, respectivamente (CRT, 1998, apud, MARQUES, 2003,p.58).

1980, e notificado depois. Esse caso de 1980 registra também o primeiro óbito no país em decorrência da doença AIDS<sup>19</sup>.

Nos primeiros anos de epidemia, os cientistas entendiam que a doença estava restrita ao grupo de homossexuais, prostitutas e drogadas, isso porque, neste grupo existia uma incidência maior de contaminação. Tal situação criou no imaginário social o entendimento de que existia um determinado “grupo de risco” ou uma “peste gay” onde somente àquelas pessoas estavam expostas às contaminações.

Segundo Rua e Abramovay (2001, p.39), “esse conceito gerou uma série de conseqüências negativas, tanto no âmbito social quanto em termos de políticas públicas”. Do ponto de vista epidemiológico, as políticas de prevenção ficaram restritas aos ditos “grupos de risco”, propiciando um terreno fértil para disseminação do vírus entre aquela parcela da população que não se incluía neste grupo.

Do ponto de vista social, a idéia do HIV restrito a um grupo específico contribuiu para o enraizamento do preconceito que acompanha a epidemia nas diferentes sociedades. Preconceito este revestido de desinformação, de moralismo e da não aceitação dos valores e da escolha do outro na sociedade. Segundo Heller (1992, p.59) “todo preconceito impede a autonomia do homem, ou seja, diminui sua liberdade relativa diante do ato de escolha, ao deformar e, conseqüentemente, estreitar a margem real de alternativa do indivíduo”. Além disso, o “grupo de risco” foi exposto à incômoda situação de discriminação e estigmatização na sociedade.

Tanto a discriminação quanto a estigmatização levam a um tratamento diferenciado do indivíduo no grupo. Ambos os sentimentos geram insegurança nas relações

---

<sup>19</sup> De acordo com Castilho; Cherquer, considerando o período de incubação do HIV, que pode variar entre 5 ou 10 anos, pode-se deduzir que a introdução do vírus no país pode ter ocorrido no final da década de 70, do século XX (1997, p.17).

sociais de afetividade desenvolvidas na rede de sociabilidade levando ao isolamento social. Para Goffman “o indivíduo estigmatizado pode descobrir que se sente inseguro em relação à maneira como os normais o identificarão e o receberão” (1988, p.23). A estigmatização favorece também à desigualdade social por desempenhar um papel central na produção e reprodução das relações de poder e de controle dos sistemas sociais (PARKER; AGGLETON, 2001).

Com a disseminação do HIV/AIDS para as diferentes áreas do globo, contaminando pessoas das mais variadas orientações sexuais, surgiu o conceito de “comportamento de risco”. Contudo, essa percepção permanece centrada no indivíduo em detrimento do grupo ou da situação social (PAULILO, 1999). Desta forma, o conceito aparece despido de qualquer influência cultural e centra a responsabilidade no indivíduo que passa a ser segregado no grupo social devido à sua condição de ser portador de HIV/AIDS.

Sabe-se hoje, com a evolução científica, que não há grupo ou segmento social mais ou menos exposto à contaminação pelo vírus; ou seja, qualquer pessoa que esteja exposta ao vírus sem a devida proteção pode ser infectada. Isso inclui sexo, uso de drogas e transfusão sanguínea. A peculiaridade da epidemia é que os infectados pelo HIV que tenham ou não desenvolvido a AIDS são agentes potenciadores de transmissão<sup>20</sup>.

A epidemia do HIV/AIDS é, ao menos tempo, a mais individual e a mais social das doenças. É por isso que o trato da epidemia adentra o novo milênio tendo uma nova

---

<sup>20</sup> Em decorrência da transmissão, os diferentes tipos de vírus penetram, desenvolvem-se e multiplicam-se nas células humanas, incapacitando o sistema imunológico responsável pela defesa do organismo humano, em razão da alta replicação viral, ou seja, da capacidade de multiplicação do vírus no organismo, quando acontece uma grande concentração de diferentes vírus no organismo, o portador começa a desenvolver vários tipos de infecções, conhecidas como infecções oportunistas, dentre estas, as principais são: sarcoma de Kaposi e pneumocytis carinni (SOARES, 2001, p.102).

compreensão por parte dos governos. Hoje, a epidemia é entendida não apenas como risco individual, mas como uma gigantesca “vulnerabilidade social” (PARKER, 2000).

A compreensão de vulnerabilidade social adquire uma nova roupagem no tocante às estratégias de combate à epidemia delineada pelos governos. Nesse sentido, vulnerabilidade social leva à compreensão de que a epidemia apresenta mais ocorrência nos grupos que estão à margem do usufruto da riqueza produzida no país. São aqueles que não tem acesso à saúde, à educação, à moradia, à alimentação etc. Esse grupo compreende a maioria da população brasileira como atores da histórica desigualdade social do país.

Essa vulnerabilidade social é acentuada na década de 90 do século passado, quando o perfil da epidemia de HIV/AIDS no país sofre significativas alterações, inclusive na forma de transmissão, que passa a ser predominante nas relações heterossexuais. Essa heterossexualização vem ocorrendo desde 1993 (BRASIL, 2002). Atualmente, a epidemia apresenta os seguintes aspectos: feminização, juvenização, interiorização, envelhecimento e pauperização.

Em relação à feminização, cresce a cada dia o número de mulheres infectadas pelo vírus HIV atingindo mulheres casadas ou solteiras que costumam ter relações sexuais sem proteção. Segundo Barbosa e Do Lago (1997, p.163), “o fato de a epidemia atingir as mulheres jovens, vem produzindo uma série de desafios e desdobramentos para a saúde reprodutiva e sexual”, uma vez que estas, historicamente no país, teve seu acesso reduzido aos serviços de saúde. A estimativa global da UNAIDS é de que existem 17 milhões de mulheres infectadas, totalizando 48% dos casos. No Brasil, a relação de infecção entre homem mulher caiu de 3/1. O último dado divulgado pelo Ministério da Saúde (2004) é de que em 207 cidades brasileiras as mulheres já são maioria em relação aos homens.



Quanto à juvenização, cresce o número de jovens contaminados na faixa etária entre 15 e 19 anos. Os jovens estão suscetíveis à infecção pelo HIV por razões materiais e culturais; além da limitação de acesso aos meios de proteção, especialmente nos estratos sociais mais baixos (RUA e ABRAMOVAY, 2001).

A interiorização da epidemia explicita que esta não é mais preponderante aos grandes centros urbanos, passando a espalhar-se pelas cidades de médio e pequeno porte do país; o que implica refletir sobre a necessidade dos municípios de introduzir ações voltadas para a AIDS em sua agenda de políticas públicas.

O processo de envelhecimento da epidemia revela que o país tem 49.643 casos de AIDS na faixa etária entre 40 e 49 anos, sendo que esse envelhecimento é predominante no sexo masculino e está relacionado ao tempo que o HIV fica no organismo sem apresentar manifestações clínicas. Esse processo vai demandar políticas públicas voltadas a atender este segmento mais velho, até porque, quanto mais avançada a idade, mais complicações aparecerão de ordem clínica, psicológica e social.

Em relação à pauperização, há um progressivo e crescente deslocamento da epidemia para os segmentos mais pobres e marginalizados da sociedade brasileira, com uma concentração maior de casos notificados de HIV e doentes de AIDS nas camadas que apresentam baixa escolaridade. O último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (2004) aponta que entre indivíduos do sexo masculino contaminados pelo HIV 46,4% apresentam baixa escolaridade, entre 1 a 7 anos de estudo. Nas mulheres com o mesmo tempo de escolaridade, esse número sobe para 51,2%; evidenciando assim, o aumento da epidemia entre a camada que não teve acesso à escolarização.

Esse novo perfil da epidemia preocupa a todos porque a população pauperizada tem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a baixa escolaridade dificulta o

acesso à informação. Historicamente, no Brasil, a pobreza e a desigualdade social estiveram presentes na constituição da sociedade brasileira. Segundo Telles (2001, p.18), “a pobreza é, e sempre foi, notada, registrada e documentada [...] a pobreza acompanha a história brasileira”. A pobreza adquire múltiplas faces, não se expressando apenas em carecimentos de renda, mas, também, em carecimentos políticos, de direitos e, sobretudo, de oportunidades. (YASBECK, 2002).

Dentre as várias faces expressas na pobreza está o processo de exclusão social<sup>21</sup> dos indivíduos, não que apenas a pobreza leve à exclusão, mas em determinado momento, ela é definitiva neste processo. Segundo Castel (2001, p.21), “os excluídos povoam a zona mais periférica” da rede societal. Todavia, mesmo os segmentos possuidores de boa condição econômica e financeira podem ser excluídos e discriminados por diferentes razões, como: ter idade diferenciada, ser da raça negra, ter escolha sexual diferente ou simplesmente ser portador de uma enfermidade não aceitável à sociedade. Nesse caso, a exclusão é envolta e acirrada por “valores culturais” (SPOSATI, 1999).

A exclusão é um processo multidimensional, ou seja, envolve aspectos históricos, culturais, sociais, econômicos e, sobretudo se apresenta de forma diferenciada entre países e, nestes, apresenta diferentes feições em momentos distintos. Segundo Sposati (1999, p.67), a exclusão é “a impossibilidade de poder partilhar, o que leva à vivência da privação, da recusa, do abandono e da expulsão, inclusive com violência, de um conjunto significativo da população. Por isso é uma exclusão social e não pessoal”.

No caso da AIDS, a exclusão espraia-se na rede de sociabilidade reforçada pelo preconceito, pelo estigma e pela discriminação que acompanha a doença desde o seu

---

<sup>21</sup> A utilização do termo exclusão foi usada por J. Klanfer, em 1965, na França. Mas, é somente nos anos de 1974 que René Lenoir retoma essa discussão no seu livro: *Os excluídos: um francês sobre dez*, no qual analisa as situações de pobreza daquele país (ESCOREL, 1999).

surgimento. Por outro lado, existe também uma exclusão “pessoal” que se manifesta pela não aceitação do indivíduo à sua condição de portador. É comum, quando alguém se descobre portador de HIV, esconder de todos como forma de se proteger dos aspectos negativos que acompanham a epidemia e também, por medo de ser isolado em seu grupo social.

O portador excluído é partícipe de uma trajetória de privações e rupturas nos processos de inserção social. Essa inserção diferenciada leva o portador de HIV/AIDS a experimentar sentimentos de desesperança e frustração, levando-o a descobrir-se numa posição desestruturadora em suas relações sociais. Contudo, ao fazer referência ao processo de exclusão social do portador de HIV/AIDS, alerta-se para o fato de que começa na rede de sociabilidade primária, ou seja, na família, depois se estende por toda a rede de sociabilidade, na qual o portador está inserido.

As diferentes visões e interpretações que explicam a exclusão são bastante polissêmicas entre os vários autores; para alguns, a exclusão é um processo, um fenômeno ou mesmo um estado de privação<sup>22</sup>.

Para Martins (1997), apenas a idéia da exclusão é pobre, insuficiente e não explica muito acerca do fenômeno. Além disso, o conceito aparece despido de uma compreensão

---

<sup>22</sup> No universo dos autores franceses, o termo exclusão social adquire denominações distintas, entretanto, todas tratam da pobreza ocasionada pelas perdas no mercado de trabalho e do enfraquecimento do sistema de proteção social. Nesse sentido, é possível encontrar denominações como: desfiliação (CASTEL, 2001); desqualificação social (PAUGAM, 1995); desagregação (ROSANVALON, 1995). Entre os autores franceses há discordância do termo: para Castel, o termo exclusão social é “impreciso” e oculta as verdadeiras dimensões do enfraquecimento da sociedade salarial. Entende ainda que, exclusão é estaque e designa estados de privações, mas ao mesmo tempo, não é suficiente para recuperar os processos que engendram as situações de carências (CASTEL, 2001, p.26).

histórica. Segundo o autor, o que se deve analisar é a forma de inclusão na sociedade, pois a partir desta inclusão é que se dá a exclusão.

Nesse sentido, Martins (1997, p.32) entende que a sociedade capitalista “desenraiza, exclui, para incluir, incluir de outro modo, segundo suas próprias regras, segundo sua própria lógica”. A este processo o autor nomeia de “inclusão precária ou marginal”. A “inclusão precária” é um processo inerente à forma de produção e acumulação capitalista, que por si só já é um sistema excludente, trata-se de um processo onde as escolhas oferecidas aos cidadãos são insuficientes para reverter o quadro de privação ao qual está inserido.

Contudo, a exclusão/inclusão social vivenciada pelos portadores de HIV/AIDS traz embutido o sentimento de desumanização ou “coisificação” do ser humano, ”constituído por uma multiplicidade de dolorosas experiências cotidianas de privações, de anulações, e, também, de inclusões enganadoras” (MARTINS, 2002, p.21).

A visão de Escorel (1999) acerca da exclusão social é de que esta pode se dar em diferentes dimensões, que vão desde a econômica, política, cultural, sóciofamiliar ou na dimensão humana.

Desta forma, a exclusão social revela o não pertencimento ou o não reconhecimento de nenhum lugar social; os indivíduos estão verdadeiramente à margem dos processos sociais e, prisioneiros do seu próprio corpo (SCOREL, 1999, p.81).

A exclusão, na dimensão econômica, revela um fenômeno que consiste em contingentes populacionais cada vez maiores vistos como, economicamente, desnecessários e supérfluos [...] não há espaço na vida econômica para esses indivíduos [...] (SCOREL, 1999, p.76). Na esfera econômica, sua existência passa a ser vista como disfuncional ao

sistema. Tal restrição imposta ao portador de HIV/AIDS nega-lhe o principal vínculo de inserção na sociedade que é o trabalho. É através deste que o homem mediatiza a satisfação de suas necessidades diante da natureza e de outros homens, atestando “o caráter social do trabalho” (IAMAMOTO, 1998) processo vital para a existência do homem na sociedade.

Na vida econômica do país, o portador de HIV/AIDS passa a ser visto como um “desnecessário” e descartável, apesar dos indivíduos estarem em idade produtiva. Segundo a Organização Internacional do Trabalho – OIT, “no Brasil, aproximadamente 83% dos casos de AIDS notificados pelo Ministério da Saúde encontra-se na faixa etária de 15 a 49 anos de idade” (2002, p.14).

Para Escorel (1999, p. 211), a exclusão na esfera ocupacional refere-se “tanto aos processos de fragilidade e ruptura dos vínculos laborais quanto à condição (estado) de estar de maneira permanente fora do mercado de trabalho”. Esta assertiva, de estar fora do mercado ou ser excluído deste por estar soropositivo ou ter desenvolvido a AIDS, contraria a Convenção n. 111 da OIT, que trata da discriminação no emprego e na ocupação. A mesma veta veementemente, qualquer discriminação e ato proveniente da condição sorológica para o trabalhador.

No Brasil, a Constituição Federal (1998) quando trata dos Direitos e Garantias Fundamentais assegura que: “é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas às qualificações que a lei estabelece” (ART. 5º, XIII). Todavia, o país precisou criar uma ampla legislação nacional para proteger o portador de HIV/AIDS no mundo do trabalho, além da já existente na Consolidação das Leis do Trabalho.

O governo brasileiro criou, em 1996, o Grupo de Trabalho para a Eliminação da Discriminação no Emprego – GTEDEO, responsável por definir uma política de promoção

da igualdade no local de trabalho. Criou também o Programa Nacional de Direitos Humanos – PNDH, responsável pela proteção dos direitos humanos das pessoas portadoras de HIV/AIDS, principalmente na esfera do trabalho, coibindo atos discriminatórios e excludentes contra os portadores (VALENTIM, 2002, p.45).

Note-se que o país avançou muito no tocante à proteção aos portadores de HIV/AIDS. Entretanto, se as relações de trabalho mostram-se precarizadas e flexibilizadas com redução crescente de postos de trabalho para os demais trabalhadores, para o portador, esse mercado torna-se mais reduzido em razão das restrições impostas pela desinformação das pessoas acerca da AIDS; pela condição debilitadora ocasionada pela doença; e pela exposição às infecções oportunistas, as quais os portadores de HIV/AIDS estão sujeitos.

A “morte social”<sup>23</sup> dos portadores contribui para que essas pessoas sejam excluídas do mercado de trabalho e passem a ser vistas como portadoras de uma enfermidade incurável que as deforma fisicamente. Esse cidadão, imediatamente, se transforma em algo descartável que é “economicamente desnecessário, politicamente incômodo e socialmente ameaçador” (NASCIMENTO, 1994, APUD LESBAUPIN, 2000, p.34-35).

A idéia do “politicamente incômodo” reflete para o portador de HIV/AIDS “trajetórias no âmbito da cidadania de precariedade de acesso no exercício de direitos formalmente constituídos, ou da capacidade de se fazer representar na esfera pública” (ESCOREL, 1999, p.77). O portador convive com uma cidadania restrita, condicionada ao seu estado de saúde passando a ser tratado como cidadão de segunda categoria.

---

<sup>23</sup> Esse termo foi utilizado por Herbert Daniel, em 1989, ao fazer referência as metáforas negativas que rodeiam a doença tais como: AIDS vista como morte, como horror, como crime ou como algo que está restrito ao outro. Esse processo foi descrito por Daniel como “morte social”, pois matava em vida os seus portadores (DANIEL, 1989, apud, GALVÃO, 2000, p.171).

A difícil universalidade da cidadania no Brasil é uma luta histórica, na qual a lei, ao invés “de garantir e universalizar direitos, destitui indivíduos de suas prerrogativas de cidadania [...]” (TELLES, 2001, p.24), legitimando e reproduzindo desigualdade de acesso e usufruto de direitos políticos, econômicos e sociais.

Dessa forma, o portador de HIV/AIDS vive aprisionado no “reino das necessidades”, onde encontra obstáculos para conseguir apresentar-se na cena política como sujeito portador de interesses e direitos legítimos (ESCOREL, 1999), apesar da luta política das ONGS/AIDS em defesa dos direitos e representação política dos portadores<sup>24</sup>.

O reconhecimento e respeito aos direitos desse segmento ainda apresenta-se muito fragilizado no cenário político, conformando uma “incivilidade, acentuada pela anulação do outro” (TELLES, 2001, p.66). A ausência de cidadania não diz respeito apenas ao portador de HIV/AIDS, mas a grande parcela da população que compõe a classe pauperizada.

A não-cidadania dispensada a um número significativo de brasileiros tem seu enraizamento na esfera cultural deste país, no qual a banalização da miséria e, por conseguinte, da desigualdade social acompanha a sociedade desde seus primórdios. O componente cultural aparece na diferenciação extrema na sociedade quando esta naturaliza, banaliza e acentua a indiferença entre grupos que não compõem o mesmo cenário social (ESCOREL, 1999).

Em relação ao HIV/AIDS, é possível identificar, segundo Parker e Aggleton, quatro componentes culturais centrais que contribuem para acentuar o processo de exclusão/inclusão social dos portadores, quais sejam: em relação à sexualidade, ao gênero, à raça e em relação à pobreza (2001, p.15). Isso contribui para realçar as diferenças e

---

<sup>24</sup> No Brasil, existia até 2003, 1.884 ONGS/AIDS cadastradas no Programa Nacional de DST/AIDS.

acentuar os impactos na vida dos indivíduos e grupos, inclusive, na dimensão sócio-familiar. Nesta dimensão, a exclusão revela:

A fragilização e precariedade das relações familiares, de vizinhança e de comunidade, conduzem o indivíduo ao isolamento e à solidão [...] esta é uma dimensão de especial relevância na configuração da exclusão social no Brasil, em que a esfera pública não se universalizou e a família se manteve como principal suporte das relações sociais (ESCOREL, 1999, p.77).

A família, segundo Miotto (1997, p.120), pode ser definida como um “núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos”. De uma maneira geral, a família seria o principal agente para diminuir a barreira da exclusão entre o portador de HIV/AIDS e a sociedade, considerando-se que a mesma tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros (MIOTTO, 1997, p.120).

Na sociedade em geral, a estrutura familiar funciona como uma grande retaguarda afetiva que agrega laços de sangue e afetividade. Quando o indivíduo perde esse porto seguro, começa a sentir os vazios nas referências sociais e morais que passam a representar uma deteriorização do lugar de origem ou de pertencimento na rede de sociabilidade.

Contudo, quanto mais exposta à família estiver às vulnerabilidades econômicas, políticas e sociais, mais exposto fica o portador de HIV/AIDS à rejeição familiar. Essa relação é dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserido, e com a forma que se desenvolveu a convivência familiar. Segundo Miotto (2000, p.20), é possível encontrar na família uma certa “hierarquização que é construída e consolidada



culturalmente. Essa hierarquia é materializada na diferenciação entre homens e mulheres, adultos e crianças produtivos e improdutivos, entre sãos e doentes, todas elas construídas ao longo da convivência familiar”.

A questão da exclusão do portador de HIV/AIDS no âmbito familiar sofre influência também das mudanças na organização familiar ocorridas durante o século XX. Tais mudanças revelam: processos de empobrecimento acelerado, movimentos migratórios, enxugamento do grupo familiar, variedades de arranjos familiares, além da perda gradativa da eficiência do setor público na prestação de serviços e políticas públicas voltadas às famílias (MIOTO, 2000).

Entretanto, a exclusão no núcleo familiar sofre variações de acordo com a intensidade dos vínculos afetivos e da referência existente entre seus membros. Se esses vínculos não são sólidos o suficiente, pode haver rupturas bruscas nos laços da sociabilidade primária. Contudo, não se está afirmando que em todas as famílias ocorre a exclusão seguida de rejeição, mas no decorrer da epidemia do HIV/AIDS aqui no país, esse já é um processo bem significativo.

Essa situação de exclusão vivenciada pelo portador é refletida na sua dimensão humana e, neste limiar, a sobrevivência dos indivíduos encontra severas limitações. Segundo Escorel (1999, p.81), os excluídos são vistos como “supérfluos e desnecessários à vida social, descartáveis, e podem ser eliminados das mais diferentes formas, ostensivas ou opacas, que ninguém os reclamará”.

O indivíduo socialmente excluído é visto como uma pessoa que possui uma “diferença indesejável”, portador de uma “identidade deteriorada” (GOFFMAN, 1998), imagem estereotipada que favorece o distanciamento ou desvinculação do cidadão da sua

unidade de pertencimento, ou seja, de fazer parte de uma “sociabilidade partilhada” (ESCOREL, 1999).

A exclusão social dos portadores de HIV/AIDS leva a uma “ausência de lugar”, envolve ainda uma “anulação” social, uma diferença desumanizadora que reveste seu cotidiano como um misto de indiferença e hostilidade (ESCOREL, 1999, p.81). Além do que suas relações são efêmeras e instáveis, isso porque, o instrumento de suporte relacional é a própria doença.

Percebe-se que a exclusão, na qual está exposto o portador de HIV/AIDS, refere-se a múltiplos processos, situações, fenômenos e estados, que adquirem uma grande complexidade na sociedade, como diz Martins (1997, p.36): “é uma sub-humanidade em todos os sentidos, que se baseia em insuficiências e privações que se desdobram para fora do econômico”. São situações de vulnerabilidades sociais construídas por um conjunto de relações sociais diferenciadas e dualizadas.

A exclusão encontra suporte também no medo disseminado pela sociedade. Aliás, na visão de Câmara e Lima (2000), o medo é um sentimento que está presente desde o início da epidemia e tem contribuído para gerar diferentes reações em relação à AIDS. Essas reações, em sua maioria, são decorrentes da inexistência de informações ou mesmo da circulação de informações contraditórias, que acabam por gerar incertezas e inseguranças naqueles que fazem parte desse cotidiano.

A epidemia do HIV/AIDS no Brasil teve uma trajetória social extremamente perversa, a qual subjugou os seus portadores a uma situação diferenciada, estigmatizada e excludente na sociedade. Os efeitos sociais advindos com o aparecimento da epidemia demandam do Estado a ação em políticas públicas eficientes e eficazes, que respondam às

diferentes formas de seqüelas deixadas na vida cotidiana dos portadores de HIV/AIDS na sociedade.

Todavia, nos primeiros anos, as respostas viabilizadas pelo Estado, no campo da política pública de saúde, encontrou vários entraves em razão do despreparo do sistema para atender uma epidemia de tamanha magnitude e alcance populacional, além das mudanças que se processavam na sociedade e no campo da saúde coletiva no país.

No próximo item, analisa-se o comportamento da política pública de saúde em resposta à epidemia do HIV/AIDS no território nacional.

### **1.3. A política de saúde e as respostas à epidemia do HIV/AIDS no Brasil e no Nordeste.**

Quando a epidemia do HIV/AIDS surgiu no país, na década de 1980, a política de saúde vigente era pautada pelo modelo médico assistencial-privatista<sup>25</sup>. Nesse modelo, a saúde era vinculada à Previdência Social e o serviço de assistência médica tinha como característica a prática curativa, individualista e ações de baixa efetividade. O acesso à saúde era limitado apenas àqueles trabalhadores filiados ao seguro social; ao restante da população, era postergado os serviços médicos em hospitais filantrópicos e Casas de Misericórdia, nos quais eram atendidos como indigentes<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> O modelo assistencial-privatista tem origem nas Caixas de Aposentadorias (CAPS) criadas em 1923. Neste modelo, a saúde pública não rentável ficou sob responsabilidade do Estado, enquanto que a atenção médica rentável, ao setor particular vinculada; portanto, ao mercado. A saúde já era vista pela ótica da mercadorização com anuência do Sistema Nacional de Saúde (MARQUES, 2003, p.54).

<sup>26</sup> Para Cohn, o sistema de assistência médica vinculada à Previdência contribuiu para acirrar a desigualdade social, na medida em que o sistema era “usado como instrumento de poder clientelístico, paternalista e discricionário, envolvendo uma soma enorme de recursos que terminam por se esvair na máquina burocrática (1998, p.23).

Apesar da estrutura dos serviços de assistência à saúde serem limitados em sua cobertura, a AIDS, desde os anos iniciais, se constitui em um grave problema de saúde que evoluiu, demonstrando claramente as contradições sociais e econômicas do país.

As primeiras mobilizações acerca do HIV/AIDS no país ocorrem em 1983, quando oficialmente a Secretaria de Saúde de São Paulo, através da Divisão de Hanseníase e Dermatologia Sanitária (DHDS), e o Instituto de Saúde composto por médicos sanitaristas, infectologistas e demais profissionais formaram um grupo para estudar medidas de enfrentamento ao problema em âmbito estadual. Segundo Teixeira (1997, p.45-46), a DHDS tinha como meta:

Diagnosticar, controlar e orientar os casos de Aids; estabelecer com base na Lei 6.959 a notificação compulsória, pelos profissionais de saúde, com investigação epidemiológica; fazer distribuição de informativo sobre a doença à população em geral e estudar a possibilidade de estabelecer um convênio com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), visando troca de informações, material e experiências.

O programa estruturado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo desenvolvido pela DHDS ganha notoriedade nacional, mas, sem o reconhecimento nem o apoio oficial do Ministério da Saúde, apesar de já existir uma ampla difusão da doença pela mídia<sup>27</sup>. Com o desenvolvimento dos trabalhos entre DHDS e Secretaria de Saúde, o Hospital Emílio Ribas passa a compor o grupo, oferecendo um serviço hospitalar específico para a AIDS. O Instituto Adolfo Lutz fica responsável por diagnosticar a doença e fazer o controle do sangue.

---

<sup>27</sup> O primeiro jornal impresso a divulgar a AIDS foi o Jornal do Brasil (RJ), o qual chamava a atenção para “um câncer misterioso em homossexuais que estava sendo pesquisado nos E.U. A” (MARQUES, 2003, p.65).

A experiência desenvolvida pelo serviço de dermatologia em São Paulo passa a ser copiada e implantada em outros Estados brasileiros. Segundo Teixeira, “até 1985, já existiam programas organizados em pelo ao menos onze estados, dentre eles: Alagoas, Bahia, Minas Gerais, Paraná, Pernambuco, Santa Catarina, São Paulo, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Rio Grande do Norte” (1997, p.52). Vale salientar que o Estado do Rio Grande do Norte, em 1983, registra um (01) caso de AIDS<sup>28</sup>.

Nesse período, não havia nenhuma resposta legítima e oficial do governo federal para a AIDS. Faltava uma linha de articulação central que orientasse e direcionasse os Estados onde a epidemia foi se configurando uma realidade (MARQUES, 2003). No entanto, existia uma forte pressão exercida pelo movimento de homossexuais, agora organizados em torno do grupo gay paulista “Outra Coisa”, responsável pelos primeiros trabalhos informativos junto à comunidade, com distribuição de folhetos informativos sobre a doença e forma de prevenção (GALVÃO, 2000, p.7).

Para Marques, o ano de 1985, foi decisivo para o enfrentamento da AIDS no país, porque:

Com o avanço da epidemia em diversas regiões brasileiras e com os programas de atenção à Aids parcialmente desenvolvidos, a mobilização dos Estados, somados aos movimentos sociais que se organizaram ante à questão e às denúncias de omissão na imprensa, foi elemento relevante na pressão para que o Ministério da Saúde reconhecesse a Aids como um problema de saúde pública emergente no País e para as primeiras ações que nortearam o programa nacional (2003, p.95).

---

<sup>28</sup> Em 1982, o Boletim Epidemiológico registra 10 casos de Aids no país, todos entre homens, neste mesmo ano, são registrados 10 óbitos em decorrência da doença. O Boletim Epidemiológico AIDS, no seu formato impresso, começou a circular em 1987. Neste número do Boletim, os primeiros casos de AIDS no Brasil, em um total de seis, são identificados como tendo ocorrido em 1982. Mas os números de casos de AIDS estão sendo constantemente revistos e podem ser alterados em boletins posteriores, como neste caso, identificado como tendo ocorrido em 1980, mas notificados anos depois (GALVÃO, 2001, p.6). Nos primeiros anos da epidemia, o registro dos casos ficou sob a responsabilidade das Secretarias de Saúde, que estavam mais envolvidas e atuantes frente a esta questão de saúde pública.

O despertar da sociedade brasileira, em 1985, para um problema que já não podia ser ignorado nem visto como algo distante é um período de “apropriação da doença por distintos setores sociais, instituições e indivíduos<sup>29</sup>” (GALVÃO, 2000, p.65).

Frente às pressões vindas dos grupos organizados da sociedade civil e das instituições de saúde, principalmente das Secretarias Estaduais, em razão do aumento no número de casos de AIDS em todo território nacional<sup>30</sup>, o Ministério da Saúde, através da **Portaria 236 de 02 de maio de 1985**, cria o **Programa Nacional de AIDS**, o qual estabelece as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia no país<sup>31</sup>.

Dentre as diretrizes traçadas pelo Ministério da Saúde está a orientação de notificar e investigar os casos de AIDS, mas não estabelece, ainda, a notificação compulsória. Esta só viria a se tornar obrigatória com a Portaria n. 542 de dezembro de 1986.

Contudo, o aumento no número de casos de AIDS no território nacional expressa a negligência e a omissão do governo federal brasileiro que, passados alguns anos do primeiro registro de contaminação pelo HIV, continuou moroso e “desarticulado em ações que dessem respostas eficazes à epidemia” (MARQUES, 2003, p.111).

A AIDS aparece, no Brasil, no momento em que a ditadura militar esboçava sinais de enfraquecimento e o país dava os primeiros passos para o processo de redemocratização política. Na década de 1980, explode a campanha das “Diretas Já” em favor de eleições

---

<sup>29</sup> É criado em São Paulo, em 1985, o primeiro Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA) esta ONG é dedicada totalmente à epidemia de HIV/AIDS. Neste mesmo ano, é criada também em São Paulo, a primeira Casa de Apoio para os portadores terminais de Aids que não tinham para onde ir. A casa chama-se Brenda Lee em alusão ao travesti que a idealizou (GALVÃO, 2000, p.69).

<sup>30</sup> Em 1985, são registrados 573 casos de Aids; sendo 22 em mulheres, e 462 óbitos (GALVÃO, 2001, p.8).

<sup>31</sup> Desde a sua criação, o Programa Nacional de AIDS passou por diferentes denominações como: Divisão Nacional de Controle das DSTs e SIDA/AIDS; Divisão Nacional de DST/AIDS e Programa Nacional de Controle de DST/AIDS (GALVÃO, 2001, p.7).

diretas para Presidente da República, interrompidas no período ditatorial. Nesse momento, havia um anseio pela recuperação da liberdade e do Estado de direito que aflorava na sociedade, o qual desencadeou:

Um processo de revitalização da sociedade civil, que, na luta pela democratização, colocou em xeque não apenas o Estado ditatorial, mas a rede de instituições autoritárias que atravessava a sociedade e caracterizava as relações entre os grupos e as classes sociais (RAICHELIS, 1998, p.70).

A conjuntura política do país era de altos índices inflacionários, aumento e crise da dívida externa, com os constantes empréstimos ao Fundo Monetário Internacional (FMI) a juros altíssimos. Soma-se a isso, o crescimento econômico estagnado. Todo esse quadro favoreceu a omissão e paralisação do poder público nas respostas à epidemia.

O período de transição democrática conhecido por Nova República (1985/1990) enfrenta vários desafios que se situam não “só no âmbito da reconstitucionalização política do país, mas também, na eliminação da crise econômico-social instalada” (MESTRINER, 2001, p.184), além da elaboração de uma nova Carta Constitucional em conformidade com o Estado de direito e da democracia que se instalava no país.

O país presenciava a reativação e o surgimento de inúmeras forças sociais como: representantes de sindicatos, entidades profissionais, associações de bairros, minorias excludentes, novos partidos políticos; e na saúde pública, o movimento sanitário que pressionava por reformas no sistema de saúde.

O movimento sanitário teve como marco a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. A Conferência aprova a bandeira de viabilizar uma “Reforma

Sanitária”, cujo objetivo era operacionalizar mudança na configuração do sistema de saúde pública<sup>32</sup>.

Os reformadores tinham como “princípio uma crítica à concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, bem como a afirmação da relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e práticas médicas” (VASCONCELOS, 2002, p.76). Os ideais propostos pela Reforma Sanitária serviram de base para a negociação na reformulação da política de saúde contida na Constituição Federal<sup>33</sup>.

Em 1987, é instituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS que avança em busca da descentralização dos serviços para o Estado e o município, além de preparar as bases para a implantação do SUS. A descentralização na política de saúde implica a transferência para o município das funções de coordenação e gestão dos serviços<sup>34</sup>. O processo de descentralização causou impacto nos municípios, especialmente naqueles de pequeno porte, uma vez que estes não tinham estrutura para oferecer a assistência de forma integral, conforme determina o marco legal.

As condições necessárias para a habilitação do município nos diferentes níveis de gestão descentralizada e de modalidades de atenção à saúde são definidas através das Normas Operacionais Básicas – NOBs, editadas pelo Governo Federal. As NOBs tratam

---

<sup>32</sup> A concepção de saúde defendida pelos reformadores sanitários pautava-se nas determinações traçadas na Conferência Internacional de Alma Ata, realizada em 1978, no Cazaquistão. Nesta, a saúde é reconhecida como um direito humano fundamental, devendo ser estendida a toda a população privilegiando as ações de atenção primária de saúde (MENDES, 1993, p.238).

<sup>33</sup> Para Bravo, não foi fácil para os reformadores sanitários obterem ganhos significativos na saúde pública quando da elaboração da Constituição, isso porque houve fortes embates com a Federação Brasileira de Hospitais (FHB) e com a Associação das Indústrias Farmacêuticas, inclusive internacionais, que defendiam a privatização dos serviços de saúde. (BRAVO, 2004, p.33).

<sup>34</sup> Segundo Stein, com a descentralização, principalmente na saúde, passou a haver uma desconcentração de ações no aparelho de Estado acarretando uma sobrecarga para os municípios que se defrontam com o crescimento de demanda superior aos recursos dispostos (2000, p.78).



ainda do repasse de recursos (financiamento) para as várias ações e serviços de saúde, além de exigir a regulamentação e obrigatoriedade do controle social através dos Conselhos e criação do Fundo Municipal de Saúde.

O processo de mudança da política de saúde pública culmina com a reorganização dos serviços de saúde favorecida pelo processo de democratização política do país. As mudanças aparecem contempladas na Constituição Federal, elaborada em 1988. A saúde passa a ser reconhecida um direito social e universal assegurada através de ações e serviços públicos integrados em uma rede regionalizada e hierarquizadas se constituindo em um sistema único (Constituição Federal, art.198).

Nessa mudança, a saúde juntamente com a previdência e a assistência social passam a compor o sistema de Seguridade Social<sup>35</sup>. Para Sposati (2002, p.34) o ideário de seguridade social brasileira representa, no campo dos direitos sociais, uma “regulação social tardia”, já que o país só reconhece legalmente esses direitos, principalmente saúde e assistência social enquanto política pública universal, no último quartil do século XX e, sobretudo, porque o reconhecimento legal não significa que estejam sendo efetivados.

Apesar do atraso no reconhecimento dos direitos sociais, a ressignificação da política de saúde contida na Carta Constitucional de 1988 é de que está é “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos” (BRASIL, 2004).

---

<sup>35</sup> A concepção de seguridade social brasileira está fundada em duas modalidades de proteção social: assistência social e seguro. Sendo que, este é contributivo representado pela Previdência, aquele distributivo é representado pela saúde e assistência social (PEREIRA, 2000, p.34).

Nesse contexto, em fins dos anos de 1980, o Programa de AIDS brasileiro desvincula-se da Divisão de Dermatologia Sanitária e passa a se constituir em uma Divisão Nacional de DST/AIDS subordinada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES), cuja missão era fazer a prevenção e o controle das DSTs, como também elaborar, implantar e coordenar a execução do Programa Nacional de Controle e Prevenção da AIDS. Era criado oficialmente o PN-DST/AIDS (RAIZER, 1997).

O PN-DST/AIDS se consolida efetivamente em 1988, mas, ainda não possuía uma estratégia definida de ação<sup>36</sup>. A sua atuação oscilou entre buscar cooperação internacional de ajuda ao combate à AIDS e dar apoio aos programas já existentes no Estado; além de desenvolver trabalhos em conjunto com entidades religiosas, filantrópicas, particulares (que eram poucas) e com as ONGS/AIDS existentes no país<sup>37</sup>.

No cenário político, o Brasil consolidava a redemocratização com a Nova República, que tinha à frente do governo o Presidente José Sarney<sup>38</sup> cujo slogan governamental era de “resgate da dívida social”, agravada por uma recessão prolongada que “aprofundou o desemprego, aguçando os já existentes problemas na área da saúde, habitação, alimentação, transporte e educação, com 40% da população economicamente ativa excluída dos direitos mais elementares de cidadania” (RAICHELIS, 1998, p.92).

---

<sup>36</sup> Apesar de já existir, desde 1985, uma indicação da epidemia da AIDS ser considerada e tratada como uma questão de saúde pública, essa indicação foi retirada na 1ª Conferência Internacional sobre AIDS, realizada em 1985, em Atlanta, nos Estados Unidos da América. A este respeito consultar Raizer, 1997; Galvão, 2000.

<sup>37</sup> Nesse momento, as organizações da sociedade civil voltada para a questão da AIDS eram crescentes e desenvolviam um importante papel de cobrança ao governo por ações mais rápidas e agressivas em combate à epidemia.

<sup>38</sup> No campo da política econômica, o governo lança o Plano Cruzado para combater a inflação, o mesmo foi uma falácia e não teve o resultado esperado, a economia permanecia estagnada.

Apesar da gravidade do quadro social e das indefinições nas ações de combate à epidemia do HIV/AIDS pelo governo federal, algumas conquistas foram alcançadas como: a obrigatoriedade do cadastramento de doadores de sangue e testagem sorológica para detecção do HIV através da lei 7.649/88. Esta medida visava diminuir o aumento de hemofílicos infectados e acabar com a comercialização ilegal de sangue<sup>39</sup> (TEIXEIRA, 1997).

Em 1988, é aprovada a Lei 7.670/88 que estende aos portadores de AIDS os benefícios previstos para as doenças incapacitantes e/ou terminais, quais sejam: resgate do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), auxílio-doença, pensão e aposentadoria, sem contar o período de carência (TEIXEIRA, 1997).

Ainda em fins dessa década, a rede pública de saúde passa a distribuir medicamentos para as infecções oportunistas. O governo determina, também, a criação do Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), hoje denominado de Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)<sup>40</sup>.

Se nos anos de 1980 houve morosidade por parte do governo para dar respostas institucionalizadas e eficazes à epidemia do HIV/AIDS, o país adentra a década de 1990 com mudanças no campo político com a realização da primeira eleição direta para Presidente da República.

---

<sup>39</sup> Com a implantação do SUS, a política de sangue no país passa a ser regulamentada, controlada e fiscalizada. (LOS, Arts. 4º, 6º, parágrafo XI).

<sup>40</sup> Os Centros de Testagem e Aconselhamento foram criados com a finalidade de garantir o acesso da população ao exame de testagem sorológica, além de garantir a inserção do portador soropositivo à rede de serviços especializados. Os primeiros centros ficaram restritos às regiões Centro-Sul do país, hoje, todas as regiões brasileiras dispõem de Centros de Testagem e Aconselhamento, contudo, ainda são restritos às grandes cidades e/ou capitais. A esse respeito consultar: MATTOS, 1999.

Entretanto, o período compreendido entre 1990 e 1992 foi de desestruturação total das ações de combate à epidemia da AIDS no Brasil. O Presidente Fernando Collor assume o governo e demite, quase que totalmente, a equipe central do Programa Nacional de AIDS. Segundo Parker, esse período “ocupa uma espécie de tempo fora do tempo, no qual a nação como um todo, e especificamente a comunidade de AIDS, parecia estar vivendo um pesadelo coletivo” (1997, p.12)<sup>41</sup>.

A nova equipe do Programa entra em confronto com as ONGS/AIDS que, até aquele momento, atuavam em parceria com a equipe do governo. Houve desentendimentos também com a OMS quando o governo recusa participar do projeto desta instituição para fazer testes de vacinas anti-HIV (GALVÃO, 2000).

As indefinições na política pública de saúde persistem, apesar da concepção de saúde reconhecida no SUS não restringir o tema apenas a fatores biológicos, mas passa a ter outros fatores e determinantes como: moradia, alimentação, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, lazer, renda, educação, transporte e, principalmente, a garantia de acesso aos bens e aos serviços essenciais.

Mesmo com a nova direção para a política pública de saúde, na qual o Estado é o principal gestor dos serviços, o governo Collor desconsiderando esta institucionalidade estabelece uma “nova” relação entre o Estado e a iniciativa privada (mercado) que vai desestruturar, não somente as ações de combate à epidemia do HIV/AIDS, mais todos os programas na área social. O país via surgir e ganhar forma às primeiras políticas neoliberais.

---

<sup>41</sup> No período entre 1990 e 1992, o país teve cinco ministros da saúde, tal fato demonstra a desarticulação política no governo “collorido”. A esse respeito consultar Galvão, 2000.

Segundo Boschetti (1993), as diretrizes de ação do governo Collor de Mello estavam recheadas de idéias como: privatização, redução de gastos, redução do Estado, investimentos privados e modernização da economia. Embasado nestas diretrizes, o governo deixa claro que, só investirá no desenvolvimento social se houver crescimento econômico; ou seja, as “políticas sociais permanecem vinculadas e dependentes dos azares da acumulação e não são tratadas como medidas sérias de combate à desigualdade social” (BOSCHETTI, 1993, p.51).

Diante da avalanche de denúncias de corrupção, o Presidente Collor sofre um processo de impeachment e deixa o país soterrado num caos político, econômico e social. Ao assumir o governo, Itamar Franco (vice-presidente) encontra o país totalmente arruinado, com escândalos de corrupção em vários setores. O quadro social do país era de calamidade com “75% da população vivendo na miséria, havia 20 milhões de analfabetos e 32 milhões de crianças e adolescentes vivendo em favelas, com famílias ganhando em torno de meio salário mínimo” (MESTRINER, 2001, p.209).

Apesar deste caos, o governo Collor contribuiu para a criação do programa AIDS no local de trabalho e passou a distribuir gratuitamente na rede pública de saúde os medicamentos AZT<sup>42</sup> aos portadores notificados pelo sistema de saúde. Além de iniciar as primeiras negociações com o Banco Mundial para captação de recursos com o objetivo de fomentar ações, sobretudo de prevenção a epidemia, que naquele momento, já é reconhecida como um grave problema de saúde pública.

---

<sup>42</sup> As pesquisas na área terapêutica avançam nos Estados Unidos da América em fins da década de 1980. A substância Zivudine (AZT) é capaz de inibir a multiplicação do vírus HIV no organismo. A droga chega ao mercado com o nome de Retrovir, comercializada pelo Laboratório Burroughs Wellcome, esta comprovadamente foi a primeira droga capaz de agir sobre o vírus possibilitando um aumento na sobrevida dos portadores (RAIZER, 1997).

A negociação com o Banco Mundial resultou no Projeto AIDS I que tem início em 1994, desenvolvido pelo Ministério da Saúde com recursos na ordem de “160 milhões de dólares provenientes do Banco Mundial, e 90 milhões relativos à contrapartida do governo brasileiro” (MATTOS, 1999, p.31). O AIDS I é desenvolvido na gestão governamental de Fernando Henrique Cardoso (FHC) eleito pelo voto direto. Sua plataforma de governo é aprofundar as reformas ou contra-reformas no aparelho do Estado; ou seja, implementar definitivamente os ideais neoliberais iniciadas pelo seu antecessor.

O Programa AIDS I foi executado no período compreendido entre 1994 e 1998. Na vigência do programa houve ampliação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), ampliação de serviços ambulatorial e hospitalar, criação de hospitais-dia, e aprofundou as parcerias com a sociedade civil através das ONGS/AIDS em projetos específicos de prevenção, especialmente com usuários de drogas injetáveis.

Apesar do investimento feito através do AIDS I, em 1996, “os óbitos decorrentes da AIDS já ocupavam o terceiro lugar em causa de morte” (MATTOS, 1999, p.37). Isso se deve a ausência, durante longos anos, de respostas efetivas de enfrentamento à epidemia pelo governo brasileiro. Além disso, as ações preventivas referentes à AIDS no Brasil têm tido pouco ou nenhum impacto no combate à epidemia pelo fato das campanhas serem esporádicas ou veiculadas apenas em determinado momento festivo, como por exemplo, no período carnavalesco. (MATTOS, 1999).

Ressalta-se que a epidemia do HIV/AIDS surge em um período de mudanças na economia política dos diferentes países com a implementação da política neoliberal. Dessa forma, o Programa AIDS I já nasce sob o enfoque do Estado mínimo, cujo discurso é da não-intervenção estatal em determinadas áreas, principalmente na área social. Prova disto são as recomendações do Banco Mundial para os países em desenvolvimento, no sentido de

reduzirem as responsabilidades e despesas com a prestação de serviços e de assistência médica (MATTOS, 1999).

O projeto AIDS I negociado com o Banco Mundial pelo governo brasileiro limita o financiamento a ações ligadas à prevenção, que no Brasil, está centrada na distribuição gratuita de preservativo na rede de saúde pública deixando de fora, por exemplo, a distribuição de medicamentos anti-retrovirais gratuitos<sup>43</sup>, tal orientação contraria os princípios universalizantes da política de saúde no Brasil.

Em consonância com as orientações do Banco Mundial e do capital financeiro internacional, o governo de FHC (1994-2001) terminou por consolidar a política neoliberal<sup>44</sup>. Sob o pretexto da crise fiscal do Estado, ser atribuída aos gastos com as políticas sociais públicas, a solução viabilizada pelo governo foi reduzir o tamanho do Estado através de um plano de ajuste fiscal<sup>45</sup> que permitisse reequilibrar os gastos públicos.

O plano de ajuste operacionalizado pelo governo atingiu, sobretudo, as políticas sociais com a drástica redução no orçamento, favorecendo o aumento do desemprego, da pobreza, da violência e da desigualdade social<sup>46</sup>.

---

<sup>43</sup> Os anti-retrovirais são medicamentos que inibem a replicação do vírus em pacientes infectados pelo HIV. Nos últimos cinco anos, o uso destes medicamentos tem reduzido a taxa de mortalidade em decorrência da AIDS em até 50% (MATTOS, JÚNIOR, PARKER, 2001, p.7).

<sup>44</sup> Fernando Henrique Cardoso, antes de assumir o governo, havia sido Ministro da Fazenda no governo de Itamar Franco. À frente deste ministério, FHC criou o Plano Real “instrumento de estabilização monetária”, que na verdade, facilitou “a abertura do mercado brasileiro ao capital internacional”, com forte “redução dos fundos públicos para o financiamento das políticas sociais” (MONTAÑO, 2002, p.45).

<sup>45</sup> Segundo Tavares, as políticas de ajuste fazem parte de um movimento de ajuste global, que se desenvolve num contexto de globalização financeira e produtiva. Essas reformas estão centradas na desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, na privatização do setor público e na redução do Estado (2003, p.19).

<sup>46</sup> Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD – 1996), o Brasil, no início da década de 90, apresentou um dos maiores índices de desigualdade social no mundo: a renda média dos 10% mais ricos é quase 30 vezes maior do que a renda dos 40% mais pobres (APUD, RAICHELIS, 1998, p.33).

O investimento do governo na área social foi deficitário; na área da saúde que, “entre 1995 e 2001 o investimento caiu de 4,8% para 3,9% (LESBAUPIN; MINEIRO, 2002, p.40)”.

Ainda em relação à saúde pública, o governo de FHC lança a NOB/96 que trata da criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde – PACS e do Programa Saúde da Família – PSF, ambos se voltam para a Atenção Básica e “servem de porta de entrada do usuário no sistema de saúde” (COSTA, 2003, p.46). Na verdade, estes programas são segmentados e focalizados e ao “priorizar um só nível de atendimento em detrimento dos demais níveis e princípios do SUS, perde-se a noção do sistema, traduzida pelas idéias de integralidade da assistência, universalização, hierarquização, etc., com efeitos visíveis e drásticos para a população” (COSTA, 2003, p.49-50).

Na gestão de Fernando Henrique, o PN-DST/AIDS passa por mudanças e, em 1998, novo acordo foi firmado com o Banco Mundial para dar continuidade ao programa de AIDS, agora denominado AIDS II, que vigorou de 1998 até 2002. O montante investido foi da ordem de 165 milhões de dólares, com contrapartida de 135 milhões do governo brasileiro. Neste programa, a prioridade era a prevenção, sobretudo, da “população feminina e pobre, segmento que se tornou mais vulnerável à transmissão do HIV” (ARILHA, 2001, p.4).

Todavia, o desmonte orquestrado por esse governo na esfera social, em nome do mercado, foi algo sem precedentes no país. As políticas sociais ficaram cada vez mais atrofiadas, as instituições de serviços encolheram e os direitos sociais foram atropelados.



Segundo o Conselho Nacional de Saúde – CNS, o retrato do SUS no governo neoliberal é de que:

Hoje, o acesso do usuário ao SUS ainda está comprometido por alguns entraves persistentes: insuficiente oferta de vagas nos serviços básicos, secundários, terciários, oferta deficitária de exames complementares de pequena, média e alta complexidade, dependência de serviços pactuados entre municípios e capitais, cuja oferta não tem sido suficiente para a cobertura da demanda; o problema da fila dupla, que fere totalmente os princípios da universalidade e da equidade; ausência de mecanismos de controle para aferir o grau de investimentos na saúde; aumento da demanda ocasionado pelos problemas sociais, sem a devida ampliação da capacidade de atendimento; falta de compromisso dos gestores com a implementação do SUS, com graves conseqüências para o usuário (CNS, 2001, p.5, APUD, BEHRING, 2003, p.269).

Frente à calamidade do sistema de saúde, em 2001, o Ministério da Saúde percebendo algumas dificuldades no processo de operacionalização do SUS, especialmente no que se refere à descentralização, lança a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS / SUS/01, cuja ênfase está centrada na regionalização da organização dos serviços de saúde, ampliando as responsabilidades dos municípios no tocante à Atenção Básica<sup>47</sup>.

A NOAS trata ainda dos procedimentos de média e alta complexidade, bem como da transferência de recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) para os municípios. A descentralização, desde o princípio, é uma operação problemática nos município por apresentar um forte conteúdo clientelístico, pulverização de recursos e cerceamento de articulação com a sociedade civil (STEIN, 1997).

Apesar disso, em relação à epidemia do HIV/AIDS, o governo de FHC introduziu uma nova fase com a quebra de patente de alguns dos medicamentos que compõem o

---

<sup>47</sup> No documento a habilitação dos municípios passa a ser: Gestão Plena do Sistema Municipal e Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada. (NOAS / SUS, 2001, p. 10).

coquetel. Em reunião realizada em 2001<sup>48</sup>, na 57ª Sessão da Comissão de Direitos Humanos da ONU, o governo encaminhou a Resolução 2001/3 intitulada “Acesso a Medicamentos no Contexto de Pandemias como o HIV/AIDS” (GALVÃO, 2001, p.24). A aprovação permite que o governo produza em laboratórios nacionais algumas dessas drogas, diminuindo custos e libertando-se das importações.

O país economizou entre 1996 e 2002, segundo o Ministério da Saúde, 1,23 bilhões de dólares com internação e tratamento de doenças oportunistas, houve uma redução de 54% no custo de tratamento aos portadores. Hoje, o país fabrica oito medicamentos dos 15 anti-retrovirais utilizados pelos portadores de HIV/AIDS, reduzindo em 50% a mortalidade em todo país<sup>49</sup>. Contudo, apesar das conquistas, o sistema de saúde pública ainda não consegue responder satisfatoriamente à epidemia do HIV/AIDS no Brasil.

Os investimentos realizados pelo PN-DST/AIDS foram insuficientes diante do avanço da epidemia, uma vez que não houve ampliação dos serviços especializados. Em todo o território nacional só existem 381 unidades de Serviço de Assistência Especializada – SAE; 79 unidades de Hospital-Dia - HD e 375 Hospitais Convencionais - HC (BRASIL, 2005). Estes serviços estão concentrados nos grandes centros urbanos, principalmente nas capitais, o que demonstra o não acompanhamento da interiorização da epidemia pela política de saúde.

---

<sup>48</sup> O Ministério da Saúde estima que entre 1997-2000, por conta da distribuição dos anti-retrovirais, o SUS poupou 677 milhões de dólares com internação e tratamento de infecções oportunistas em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Neste mesmo período, o governo gasta 303 milhões de dólares com ARVs e atende 87.500 mil pacientes de HIV/AIDS em todo território nacional (GALVÃO, 2001, p.16).

<sup>49</sup> Consulta feita ao site: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br), acesso em 12 de setembro de 2004.

O país registrou em 2004, 362.364 casos confirmados de AIDS. Esses portadores estão submetidos ao funcionamento precarizado do sistema de saúde, no qual enfrentam filas para terem acesso ao tratamento. Há pouca oferta de leitos para aqueles que necessitam de internamento; os hospitais são desestruturados com quebra freqüente de aparelhos para exames de alta complexidade. Na prática, o portador de HIV/AIDS em todo o país e, principalmente na Região Nordeste, convive com a “universalização excludente”, em razão de sua inclusão ser cada vez mais precarizada e marginal no sistema de saúde.

Sabe-se que o SUS é responsável por 95% dos atendimentos em saúde no país; destes, 85% são procedimentos de alta complexidade (IDEC/SP, 2003), apesar da privatização induzida pelo governo de cunho neoliberal de FHC.

Segundo a análise de Bravo e Mattos, esse governo foi responsável pela dualização na política de saúde com dois projetos distintos e antagônicos: “o da sociedade sustentada em uma democracia restrita que diminui os direitos sociais; e o da sociedade fundada na democracia de massas, com ampla participação social” (2002, p.198-200). Ou seja, a sociedade brasileira passa a conviver no campo da saúde pública no período de FHC com o Projeto da Reforma Sanitária e o Projeto Privatista.

Enquanto o Projeto da Reforma Sanitária prima pela “democratização do acesso, universalização das ações, descentralização, melhoria na qualidade dos serviços com adoção de um novo modelo pautado na integralidade e equidade das ações”; o Projeto Privatista aponta para a “contenção dos gastos com racionalização da oferta, e descentralização com insenção de responsabilidade do poder central e a focalização” (BRAVO; MATTOS, 2002, p.199-200).

O projeto privatista de saúde parte do princípio do tratamento desigual, e não da diversidade, operando um alto grau de sucateamento dos serviços, com falta de leitos, de

manutenção de equipamento e, principalmente, de recursos humanos, uma vez que há redução no quadro de profissionais para atender a população (VASCONCELOS, 2003). Na verdade, tal projeto não considera os agravos da saúde da população, agravos como a AIDS que faz ressurgir moléstias como: doença de chagas, tuberculose, dermatites diversas, etc. (BRASIL, 2004).

O sucateamento operacionalizado pelo projeto privatista na saúde pública põe em risco o desempenho do PN DST/AIDS brasileiro, pois houve limitação das ações assistenciais e preventivas em todo território nacional e a falta de medicamentos anti-retrovirais nas farmácias públicas de dispensação<sup>50</sup> já é uma realidade, colocando em risco a continuidade do tratamento para os portadores.

Em se tratando da região Nordeste, os serviços que eram insatisfatórios ficaram cada vez mais precários, contribuindo para o aumento no déficit de oferta dos serviços e do não-atendimento das reais necessidades dos usuários. Diante deste quadro o governo federal estipulou um Plano de Metas para os anos de 2003 / 2006, cujo objetivo é reduzir o crescimento da epidemia e as diferenças regionais priorizando as regiões Norte, Sul e Nordeste, uma vez que a epidemia nessas regiões continua em uma escala crescente. Dentre as metas, está também aprimorar a abordagem para a prevenção o tratamento entre as mulheres e promover a inclusão da população de baixa renda nas ações de controle do HIV/AIDS, em razão desse segmento ser comprovadamente mais vulnerável à contaminação.

---

<sup>50</sup> As farmácias de dispensação são aquelas cadastradas no Ministério da Saúde para receber e distribuir a medicação ao usuário mediante cadastro do mesmo. No caso do HIV/AIDS, as farmácias de dispensação funcionam nos hospitais de referência do Estado, ou seja, Gizelda Trigueiro e Rafael Fernandes. Nestes hospitais a medicação anti-retroviral é entregue ao paciente mediante duas vias da receita com o devido número de registro do usuário no sistema.

Dessa forma, o plano do governo federal é aumentar a rede de serviços destinada à assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS. A cobertura de atendimento aos portadores nas regiões Norte e nordeste é de apenas 76% nos serviços; a meta é ampliar a rede de serviços para 100% nessas regiões<sup>51</sup>.

Na área da prevenção, o país registrou, em 2003 o aumento de consumo de preservativos em 697,1 milhões; destes, 270 milhões na rede pública e 427,1 milhões comercializados. O governo quer elevar este consumo para 1,2 bilhão/ano. Isso será feito através da redução de impostos, ampliação dos pontos de venda e distribuição e preço fixo máximo para o consumidor de preservativos (BRASIL, 2003).

Contudo, para dar respostas a uma epidemia da magnitude do HIV/AIDS se faz necessário, não só aumentar a rede de serviços, mas ter profissionais e técnicos qualificados na atenção assistencial aos portadores. Conforme Mann (1993) a epidemia do HIV/AIDS coloca para as sociedades três tipos de necessidades específicas: médicas, psicossociais e de assistência social aos portadores. Isso porque na história da humanidade, nenhuma doença suscitou questões tão complexas e exigiu tamanha amplitude nas respostas por parte dos governos e dos serviços de saúde quanto à epidemia de HIV/AIDS.

É nesse sentido que no próximo capítulo aborda-se-á a inserção do Serviço Social nos programas de saúde voltados para a assistência aos portadores no âmbito dos hospitais especializados na epidemia do HIV/AIDS no Estado do Rio Grande do Norte.

---

<sup>51</sup> Ver manual do Ministério da Saúde, 2003.

## **CAPÍTULO 2 – A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NOS PROGRAMAS DE SAÚDE EM RESPOSTA À EPIDEMIA DO HIV/AIDS**

*“Os sentidos atribuídos a uma profissão não são estáticos, lineares ou uniformes; articulam, em torno desse objeto, informações, experiências, afetos, emoções, necessidades e interesses diversos, integrando formas de saber, de fazer e de viver que marcam indivíduos e grupos numa dada totalidade social; são continuamente ratificados ou retificados, numa atualização contínua” (Nicolau, 2000).*

A intenção deste capítulo é situar a profissão do Serviço Social na implementação da política de saúde. Pois nesta área, tem se registrado historicamente a maior concentração de profissionais que prestam assistência aos usuários de diferentes programas voltados para

atender e tratar as várias necessidades de saúde da população<sup>52</sup>. Na saúde pública, os assistentes sociais têm ocupado diferentes espaços sócio-ocupacionais. Neste trabalho, especificamente, a análise limita-se ao espaço de trabalho em hospitais públicos de referência com atendimento voltado à epidemia do HIV/AIDS.

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

A saúde pública, de acordo com as diretrizes básicas do SUS, se constitui em um direito social que deve ser garantido pelo Estado, em caráter universal, a todos. Contudo, as mudanças ocorridas no campo político, econômico e social atingiram, sobretudo, os direitos socialmente constituídos e assegurados na Constituição Federal (1988) impactando o trabalho dos profissionais do Serviço Social, que passaram a enfrentar desafios no processo de efetivação da saúde, enquanto direito social.

As mudanças se intensificam, sobretudo, a partir da década de 90 do século XX, com a consolidação de projetos diferenciados e antagônicos na área da saúde. Neste sentido, enquanto um projeto se apresenta democrático em defesa da saúde para todos o

---

<sup>52</sup> A última pesquisa sobre mercado de trabalho do assistente social no Estado do Rio Grande do Norte, realizada em 1999, pelo CRESS/RN, apontou que 55,3% dos profissionais do Serviço Social estão inseridos na área da saúde pública.

outro privatista, visa a reduzir e mercantilizar os serviços de saúde, contrapondo-se aos preceitos constitucionais regulamentados.

O projeto privado de saúde se contrapõe ao projeto ético-político, da profissão na sociedade contemporânea. Neste projeto profissional, as diretrizes apontam para um fazer profissional comprometido com a sustentabilidade, universalização e ampliação dos direitos sociais; daí a importância da presença do assistente social nos diferentes programas de saúde voltados a atender as necessidades da população no processo saúde/doença.

## **2.1 O Serviço Social na saúde pública e as implicações sociais da epidemia de HIV/AIDS**

No campo da saúde pública, o profissional do Serviço Social é requisitado a atuar em projetos e programas voltados ao atendimento das necessidades da população no processo saúde/doença. Nestes, compete ao assistente social “intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos”, que possam reduzir a “eficácia dos programas de prestação dos serviços, em nível de promoção, proteção, e/ou recuperação da saúde” (CFESS, 1990, p.3).

Conforme disposto na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), os determinantes da saúde resultam das condições concretas de vida da população, vinculados, portanto, às condições de trabalho, moradia, alimentação, saneamento, educação, lazer, social e política dos indivíduos em sociedade. A ausência dos determinantes se constitui, sobretudo, na causa da perda da saúde da população marginalizada e empobrecida.



Os determinantes se configuram em expressões da questão social que interferem na eficácia dos programas no campo da saúde. Em razão disso, o Serviço Social é acionado sempre que há “limitação ou impedimento de ordem sócio-econômica, cultural ou institucional ao desenvolvimento do conjunto de procedimentos necessários ao diagnóstico e ao tratamento” (COSTA, 2000, p.67).

Para além dos determinantes intervenientes na saúde da população, no atual sistema de saúde, há um choque entre as necessidades dos usuários com a quantidade a qualidade e a forma como os serviços ofertados estão organizados. Tal situação impulsiona a demanda existente no setor da saúde e no Serviço Social.

Dessa forma, as respostas institucionais aos agravos da saúde da população socialmente vulnerável, são vistas nas organizações de equipes multiprofissionais, nas quais os diferentes saberes e competências buscam garantir uma solução multidimensional às necessidades de saúde da população usuária dos serviços. Dentre os profissionais que compõem a equipe se faz presente o assistente social. Segundo Iamamoto, nesse contexto, o assistente social:

Mesmo realizando atividades partilhadas com outros profissionais, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação dos mesmos processos sociais e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o distingue do médico, do sociólogo, do psicólogo, do pedagogo etc. Cada um desses especialistas, em decorrência de sua formação e das situações com que se defronta na sua história social e profissional, desenvolve sensibilidade e capacitação teórico-metodológica para identificar nexos e relações presentes nas expressões da questão social com as quais trabalham e distintas competências e habilidades para desempenhar as ações propostas (2000, p.41).

A atividade desenvolvida pelo assistente social na equipe multiprofissional faz parte de uma organização coletiva inserida na divisão sócio-técnica do trabalho<sup>53</sup>. Ao compor o trabalho em grupo o assistente social mantém preservados, no seu exercício profissional, a sua identidade, autonomia e ética, apesar das particularidades encontradas nos diferentes processos de trabalho, as quais por “circunstâncias diversas vão atribuindo feições, limites e possibilidades ao exercício da profissão” (IAMAMOTO, 1998, p.108).

A particularidade do trabalho realizado pelo assistente social no campo da saúde é que sua ação incide sobre o processo saúde/doença do usuário, cujo resultado é difícil de prever por envolver outros fatores, como por exemplo, a realização de outras ações e outros procedimentos desenvolvidos pelos demais profissionais que compõem o trabalho coletivo.

Além dessas ações, o assistente social da saúde pública atua em diferentes programas, como: programa de atenção integral ao adulto; saúde bucal; vigilância epidemiológica; saúde mental; reabilitação do idoso; assistência à saúde da criança e da mulher; diabetes; hipertensão; HIV/AIDS, dentre outros (CFESS, 1990).

Nesses programas é atribuído ao assistente social “captar o que há de social relacionado à questão da saúde” (VASCONCELOS, 2002, p.450). Assim, compete ao profissional:

Estimular a pesquisa social para subsidiar as ações de controle; realizar perícias e laudos técnicos sobre matérias específicas do Serviço Social; esclarecer o usuário quanto aos direitos sociais, mobilizando-os ao exercício da cidadania; elaborar, coordenar, executar treinamentos, avaliação e supervisão para profissionais, estagiários e equipes ligadas aos programas e projetos na instituição; estabelecer encaminhamento e orientações sociais, junto a indivíduos, grupos e populações relacionados a fenômenos sociais junto à área de saúde; promover estudos sócio-econômicos dos usuários; promover e executar projetos integrados com

---

<sup>53</sup> Segundo Trindade (1999, p.53), a divisão do trabalho se desenvolve justamente no sentido de produzir respostas às necessidades resultantes da complexificação dos processos de produção e reprodução social no capitalismo, mais especializações profissionais são agrupadas na divisão sócio-técnica do trabalho. As necessidades se inserem tanto na esfera econômica quanto na esfera da regulação das relações sociais.

instituições na ação preventiva e educativa em saúde e atuar na integração da instituição com as associações comunitárias e entidades não-governamentais no planejamento, assessoria, implementação e avaliação de programas e projetos na área da saúde (CFESS, 1990, p.5).

Nos programas epidemiológicos específicos, no caso do HIV/AIDS, as atribuições giram em torno de usuários cuja doença já está instalada; ou seja, a atuação do profissional vai se dar na melhoria da qualidade de vida do usuário em relação à doença diagnosticada, considerando que, as ações de saúde vão se desenvolver em caráter curativo. O assistente social é requisitado para:

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

Nos diferentes programas de saúde, independente do espaço sócio-ocupacional, o assistente social atua como agente de interação e/ou “elo orgânico entre o SUS e as demais políticas setoriais” (COSTA, 2000, p.62). Isso ocorre porque o sistema único não conseguiu eliminar as contradições, nem tão pouco, promover a universalização no acesso aos serviços. Tais contradições requisitam a intervenção do Serviço Social junto às falhas que rebatem no cotidiano das unidades de atendimento, no sentido de buscar solução e/ou resolução das expectativas do usuário e nas demandas próprio sistema de saúde. Em decorrência dessas incoerências, é que as demandas do usuário, quase sempre, estão

“relacionadas com o funcionamento dos serviços prestados pelas unidades e/ou com a doença em si” (VASCONCELOS, 2002, p.171).

Para realizar este trabalho, o profissional é requisitado a desempenhar atividades de “assessoramento, intervenção social, educação em saúde, assistência, pesquisa social e ação comunitária (CFESS, 1990, p.3-4), além de “ações emergenciais, planejamento e educação em saúde”. São atividades de natureza sócio-educativas, nas quais o profissional do Serviço Social busca conhecer as intercorrências em saúde que afetam a população usuária dos serviços públicos de saúde” (COSTA, 2000, p.45).

Destarte, a saúde pública é a área privilegiada onde o assistente social pode através de sua ação viabilizar o:

Acesso dos usuários às informações e conhecimentos que permeiam a equipe de saúde, e sobre os direitos, no sentido de facilitar a participação dos usuários na proteção, recuperação e prevenção das doenças, viabilizando respostas necessárias às demandas mediatas e imediatas dos usuários (CRESS/7ª Região, 2003, p.20).

No entanto, o Serviço Social, enquanto profissão que articula o recorte social no processo saúde/doença, nem sempre esteve ligado às ações de caráter preventivo e de promoção da saúde da população, na qual os determinantes econômicos, culturais e sociais fossem vistos como elementos fundamentais nas condições de vida e de saúde da população.

Segundo Lessa (2003), o Serviço Social a princípio, era uma profissão “paramédica” cuja função era de auxiliar o corpo médico e o modelo médico prevalente era o “hospitalocêntrico” no qual as ações eram meramente curativas e a figura do médico era central em detrimento de qualquer outra categoria profissional.

O Serviço Social, na saúde, estava sob influência do “conservadorismo”<sup>54</sup>, a princípio do conservadorismo europeu, no qual a ação voltava-se para o “juízo moral do indivíduo”, e em seguida, sob influência do conservadorismo norte-americano, onde as ações eram substituídas por “uma análise de cunho psicológico da população-cliente” (BRAVO, 2004, p.28).

A ação centrava-se, portanto, na identificação e tratamento de problemas psicossociais que interferiam na saúde. Nesse tipo de ação, as condições de vida e de trabalho da população não eram considerados, uma vez que o trabalho desenvolvido pelo assistente social era voltado à ajuda psicossocial, na qual o cliente é abstraído de suas relações sociais tornando-se o único responsável pela sua condição de saúde.

A abordagem individual, sob forte “influência do Serviço Social Norte-Americano denominado de Serviço Social Médico, objetivava reforçar a aceitação do “cliente ao tratamento” (BRAVO, 2004). Esse tipo de ação é revestida de uma “racionalidade formal-abstrata”, na qual “os fatos e fenômenos são separados e automatizados entre si, fragmentados, limitando e, às vezes, impedindo os sujeitos de apreenderem as relações entre eles” (GUERRA, s.d, p.5).

---

<sup>54</sup> O conservadorismo está ligado à herança intelectual que impregnou a profissão desde a sua institucionalização na sociedade. Segundo Iamamoto (1992, p.174) o Serviço Social cresce no universo cultural do pensamento humanista-cristão e, mais tarde, vai se secularizar e se modernizar nos quadros do pensamento conservador europeu, que tende a ler a sociedade como uma grande comunidade, em que as classes sociais desaparecem da análise. Mais tarde incorpora a herança das ciências humanas e sociais, especialmente na sua vertente empiricista norte-americana. A estas fontes são incorporadas, na década de 1970, o estruturalismo herdado em Althusser, o marxismo vulgar, com uma análise de cunho marcadamente positivista e empiricista da sociedade. A respeito do período denominado de Serviço Social conservador, há vários autores que publicaram trabalho sobre essa fase da profissão. Consultar: Iamamoto e Carvalho, 1992; Iamamoto, 1992; Netto, 1991,1996.

Sob o véu do formalismo, a profissão do Serviço Social, tanto no campo da saúde, como em outras áreas, não considera a totalidade da vida social. Essa visão ingênua da sociedade sofre alterações com o processo de ruptura da profissão com a herança conservadora<sup>55</sup>. Segundo Bravo (2004), esse foi um momento de revisão interna da profissão, o qual vai favorecer a negação do fazer profissional em bases tradicionais que durante toda a década de 1970 esteve presente na profissão. O rompimento com o conservadorismo vai se consolidar durante a década de 1980.

A aproximação da profissão com uma proposta teórica-crítica e histórica, especialmente no âmbito acadêmico, permite um fazer-profissional revestido de uma nova “leitura e compreensão do homem, da sociedade e da própria profissão” (NICOLAU, 2004, p.104).

Todavia, no campo da saúde pública, a ruptura do Serviço Social com o conservadorismo ainda não está totalmente consolidada. Para Bravo, “os assistentes sociais verbalizam um compromisso com a população usuária, mas não conseguem transformá-lo em prática concreta” (2004, p.38). Ainda há uma preocupação excessiva por parte dos profissionais em reforçar apenas os objetivos institucionais, numa perspectiva conservadora.

Segundo Bravo (2004, p.42), na saúde existe um embate entre os profissionais que passa pela “crítica ao projeto hegemônico da profissão” e pela “reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção”. Tal postura favorece a “descrença na possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da

---

<sup>55</sup> O processo que favoreceu a ruptura da profissão com o conservadorismo foi o Movimento de Reconceituação em nível de América Latina e, no Brasil, Processo de Renovação. Para Netto (1991) esse processo teve três momentos distintos: perspectiva modernizadora; reatualização do conservadorismo e intenção de ruptura. A importância desse processo na renovação da profissão é contemplada nas obras de: Iamamoto e Carvalho, 1990; Iamamoto, 1992; Netto, 1991, 1996; Silva e Silva, 1995.

construção de um saber específico na área da saúde”, com uma clara negação ao saber adquirido no processo de formação profissional do Serviço Social.

No campo da saúde é possível, ainda hoje, identificar na categoria profissional três tendências, quais sejam:

A **primeira** é a constatação de que alguns profissionais, ao realizarem a formação em saúde pública, passam a não se identificar mais como assistentes sociais, recuperando uma auto-representação de sanitaristas. A **segunda** tendência, na atualidade com mais vigor, é a de resgatar no exercício profissional um privilegiamento da intervenção no âmbito das tensões produzidas subjetivamente pelos sujeitos e que tem sido autodenominada pelos seus executores como Serviço Social Clínico. E, por fim, percebe-se gradativamente o discurso da necessidade da criação de entidades ou da realização de fóruns de capacitação sobre o Serviço Social nas diferentes áreas de especialização da prática médica (BRAVO, 2004, p.42. Grifos Nossos).

Tais tendências têm impedido que os profissionais desenvolvam ações que estejam em consonância com o projeto profissional do Serviço Social<sup>56</sup>, elaborado na década de 90, do século XX, que conforma o projeto ético-político da profissão.

O projeto ético-político da profissão do Serviço Social é uma construção coletiva da categoria. O mesmo expressa “um conjunto de valores e concepções ético-políticas por meio das quais setores significativos dos assistentes sociais se expressam” (BRAZ, 2004, p.56). Este projeto consolida suas diretrizes no Código de Ética dos Assistentes Sociais

---

<sup>56</sup> Segundo Netto (1999, p.95) o projeto profissional é responsável pela auto-imagem de uma profissão, elege os valores que a legitimam socialmente, delimita e prioriza os seus objetivos e funções, formula os requisitos (teóricos, institucionais e práticos) para o seu exercício, prescreve normas para o comportamento dos profissionais e estabelece as balizas da sua relação com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as outras organizações e instituições sociais privadas e públicas (entre estas, também e destacadamente com o Estado, ao qual coube, historicamente, o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais).

(1993) na Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e nas Diretrizes Curriculares do Ensino em Serviço Social.

Nos documentos, há uma clara direção política que culmina com as diretrizes de saúde pública traçadas na ocasião da Reforma Sanitária e asseguradas pelo SUS. Assim, a saúde passa a ser compreendida como uma questão coletiva de natureza política e social, devendo seu acesso ser universal e oferecer serviços de qualidade com prioridade para as ações preventivas em detrimento das ações curativas, conforme determina o Art. 196, da Constituição Federal.

A direção social do projeto ético-político da profissão busca a defesa da equidade e justiça social, da consolidação da democracia, na perspectiva da universalização do acesso de bens de serviços relativos aos programas e políticas sociais. Nesse sentido, em sua concretude, o projeto busca fortalecer a “identidade e o ethos profissional, no tensionamento das relações na esfera da produção social – sociedade civil e Estado, espaço em que se situa o seu trabalho” (ABEPSS, 2004, p.74).

As exigências postas ao exercício profissional do assistente social pelo projeto ético-político é de que haja as seguintes ações: democratização de acesso às unidades e serviços; atendimento humanizado; uma maior interação da instituição de saúde com a realidade; interdisciplinaridade; trabalhos grupais, acesso dos usuários às informações e que sejam estimulados a participar das decisões em torno da política de saúde criada para atender suas necessidades (BRAVO, 2004).

Na verdade, tanto o projeto ético-político do Serviço Social quanto o projeto elaborado pelos reformadores sanitários sinalizam uma nova ordem societária, com justiça social e tratamento igualitário a todos os usuários da política pública de saúde. Entretanto, os profissionais de saúde, incluindo o assistente social, se deparam com projetos



diferenciados: o projeto democrático do SUS e o projeto privatista de saúde vinculado ao mercado. Tais projetos colocam requisições diferenciadas para o profissional do Serviço Social.

No projeto privatista de saúde é exigido que o profissional realize: seleção sócio-econômica dos usuários com o objetivo de excluí-los dos serviços, atuação psicossocial através de aconselhamento, fiscalize os usuários dos planos de saúde, pratique o assistencialismo, privilegie práticas individuais em detrimento do coletivo e responsabilize-se por atividades burocráticas e de gerenciamento das unidades, que visem reduzir gastos (BRAVO, 2004). Estas requisições têm o firme propósito de atender a política do “Estado Mínimo” cujo objetivo é privatizar e desmontar a estrutura pública dos serviços de saúde.

A política neoliberal do Estado Mínimo impõe uma nova direção ao fazer-profissional do assistente social, uma vez que estes, passam a trabalhar com critérios seletivos, excludentes e focalistas. Para Vasconcelos (2002, p.417):

O trabalho profissional resume-se a verificar o grau de pobreza necessária para inserir o usuário nos critérios de exclusão determinados pela política social e/ou delegar a outros esta inserção ou exclusão a partir de encaminhamentos.

A proposta de “Estado Mínimo” em vigor reduz o investimento em políticas públicas, conseqüentemente a saúde passa a conviver com:

Políticas sociais cada vez mais focalizadas, descentralizadas, mais privatizadas. Presencia-se a desorganização e destruição dos serviços sociais públicos, em conseqüência do “enxugamento do Estado”, em suas responsabilidades sobre a esfera de prestação de serviços sociais públicos que materializam direitos sociais dos cidadãos, de interesse da coletividade (IAMAMOTO, 1998, p.36).

O redesenho das ações sociais por parte do Estado impõe ao assistente social conviver com serviços deteriorados e de pouca qualidade. Essa política impacta também as condições de trabalho do assistente social, em razão da degradação salarial, da flexibilização das formas de contrato de trabalho, da falta de recursos materiais, financeiros e humanos; e ocasiona a inviabilização de alguns programas sociais nessa área.

Essa situação se reflete em todas as unidades de saúde, seja no hospital, posto ou unidade mista de saúde, são realidades que limitam a atividade do profissional, mas por outro lado, desafia o assistente social a buscar cada vez mais “encarar a defesa da democracia, das políticas públicas” e não aceitar os arranjos implementados pela nova forma de gestão do espaço público criado para absorver as necessidades de saúde da população.

Ressalta-se que o desmonte nos serviços públicos de saúde não é algo isolado a um Estado ou a um município, mas está no país inteiro. Entretanto, nos Estados mais pauperizados, como é o caso do RN, onde os serviços e as instituições já funcionavam de forma insatisfatória, o desmantelamento contribuiu para precarizar e reduzir ainda mais os serviços.

Destarte, no próximo item analisa-se o reflexo da política de saúde no Estado do RN, quando se mapeia os hospitais especializados em doenças infecto-contagiosas, enquanto espaço de atendimento ao portador de HIV/AIDS e local de trabalho do assistente social.

## **2.2 O hospital enquanto espaço sócio-ocupacional do assistente social**

No conjunto das unidades de saúde que compõem a rede de serviços encontram-se as unidades hospitalares, que podem ser: hospital geral, quando oferece serviços de diferentes especialidades clínicas; ou hospital especializado em determinadas doenças e que geralmente, oferecem serviços de média e alta complexidade<sup>57</sup>.

O Estado do RN dispõe de duas unidades hospitalares especializadas e de referência no atendimento às doenças infecto-contagiosas. Um hospital está localizado na capital e o outro, no interior do Estado.

Na capital, encontra-se o Hospital Giselda Trigueiro – H.G.T., fundado em 1950, que oferece atendimentos emergencial, ambulatorial e internamento das doenças: HIV/AIDS, hanseníase, tuberculose, hepatite, tétano, calazar, doença de chagas e dengue, além de atendimento ambulatorial em dermatologia, pneumologia e pediatria.

O H.G.T. possui um Centro de Informação Toxicológica - CIT<sup>58</sup> e uma unidade de Hospital-Dia - HD. O Hospital-Dia é voltado para a prestação de assistência ao paciente de AIDS que necessita de procedimentos terapêuticos, como medicação assistida, sem que para isso precise permanecer hospitalizado. A unidade de HD de Natal foi criada em 09 de março de 1995, através da Portaria n.16, do Ministério da Saúde.

Segundo a Portaria n.130, de 03 de agosto de 1994, do Ministério da Saúde, o Hospital-Dia “representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório”, devendo desenvolver programas de atenção e cuidados intensivos aos portadores de AIDS. Outrossim, a unidade deve estar situada em área específica, independente ou integrada a

---

<sup>57</sup> O nível de atendimento de média e alta complexidade diz respeito ao tipo de atendimento realizado no âmbito hospitalar. Desse modo, os hospitais de alta complexidade são aqueles que realizam procedimentos complexos como: cirurgias, transplantes, etc; e os de média complexidade realizam procedimentos de ambulatório, laboratórios, internações e necessitam dispor de uma equipe especializada para realizar tais procedimentos.

<sup>58</sup> O Centro de Informações Toxicológicas do Giselda Trigueiro disponibiliza tele-atendimento gratuito, 24 horas, durante sete dias da semana, para orientações emergenciais em casos de intoxicações por plantas venenosas, animais peçonhentos, medicamentos e substâncias químicas.

outra estrutura hospitalar, deve dispor de consultório médico, psicológico e de assistência social, além de sala para inalação, posto de enfermagem e enfermarias funcionando cinco dias na semana, com carga horária de, no máximo, 12 horas diárias (BRASIL, 1994).

Ainda em relação às atividades do Hospital-Dia, o Ministério da Saúde determina que estas devem incluir: “atendimento individual, atendimento grupal às famílias e/ou pacientes, visita domiciliar, atividades comunitárias que visem à integração e inserção social do portador de AIDS na comunidade” (BRASIL, 1994, p.2-3).

Em Natal, o H.G.T. está situado no Bairro das Quintas, zona periférica da cidade e dispõe atualmente de uma Unidade de Terapia Intensiva – UTI com capacidade para 06 leitos, mas, por falta de profissional especializado, só estão funcionando 05 leitos. Possui também três alas de enfermarias, distribuídas da seguinte forma: Misto I, com 24 leitos destinado às doenças diversas; Misto II, com 17 leitos restritos aos portadores de AIDS, e a enfermaria de fisiologia, com 25 leitos; além de 09 leitos no SAL (Pronto-socorro) que, dependendo da lotação, pode chegar a 15 leitos, contando com as macas que ficam no corredor.

Existe ainda um leito para UTI infantil que se encontra desativado em decorrência da reforma do hospital; e 25 leitos também destinados à pediatria. Dispõe ainda de 05 leitos no Hospital-Dia, leitos de isolamento, que geralmente, ficam na mesma ala das enfermarias; além de um centro cirúrgico para pequenas cirurgias e de uma farmácia de dispensação de remédios para hepatite, tuberculose, AIDS e esquistossomose.

Apesar dessa estrutura, o Hospital Giselda Trigueiro enfrenta problemas de superlotação, uma vez que a reforma não aumentou o número de enfermarias, apenas recuperou as já existentes, que por sinal, tem pouca ventilação e as camas são desconfortáveis, o que dificulta o bem-estar do paciente.

O fluxo de procura no hospital<sup>59</sup> é significativo contribuindo para as intermináveis filas e, além disso, a única ambulância disponível frequentemente está quebrada. Portanto, o H.G.T. não foge a realidade das demais unidades hospitalares do SUS nos grandes centros urbanos.

Quanto aos recursos humanos, o H.G.T. dispõe de 590 funcionários, entre médicos especialistas, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais (tem 10 profissionais de Serviço Social), dentistas e auxiliares de serviços gerais. Todavia, o hospital enfrenta dificuldades de falta de profissionais, pois, diante da demanda, o atual quadro é insuficiente.

No interior do Estado, encontra-se o Hospital Rafael Fernandes, fundado em 1993 e localizado na cidade de Mossoró. Recentemente, (2002) foi implantada uma unidade de Hospital-Dia nessa instituição, a qual segue as mesmas diretrizes do Hospital-Dia de Natal.

O Rafael Fernandes possui uma estrutura bem menor: dispõe de apenas 43 leitos, uma sala para pequenas cirurgias e não tem UTI. Quando um paciente precisa deste serviço, é deslocado para a capital e, às vezes em razão da proximidade, para Fortaleza (CE).

A equipe de funcionários é composta por médicos, enfermeiros, fisioterapeuta, assistente social e psicólogo, além da equipe de higienização. No total, o hospital tem 215 funcionários. Segundo a Secretaria de Saúde do Estado<sup>60</sup>, a média diária de atendimento de AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis é de 20 pessoas, e existem 800 pessoas cadastradas no serviço hospitalar referente à epidemia do HIV/AIDS. Em relação ao

---

<sup>59</sup> Segundo a Secretaria de Saúde do Estado, no ano de 2003, o Giselda Trigueiro registrou 26.955 atendimentos ambulatoriais, 28.898 consultas e 44.192 atendimentos de urgência no SAL ([www.saude.rn.gov.br](http://www.saude.rn.gov.br)). Acesso em 25 de maio de 2005.

<sup>60</sup> Consultar: [www.saude.rn.gov.br](http://www.saude.rn.gov.br)

Hospital-Dia, a média de atendimento ao portador gira em torno de dois atendimentos diários e 11 internamentos mensais.

O Hospital Rafael Fernandes assiste a outras doenças infecto-contagiosas como: tuberculose e hanseníase, e seu atendimento cobre todos os municípios da região oeste do Estado. Apesar disso, o hospital tem uma estrutura precária; as enfermarias são pequenas, escuras e sem ventilação, além da pouca oferta de leitos para a demanda. Assim como o H.G.T., o Rafael Fernandes também está passando por uma reforma, mas não haverá muitas mudanças na estrutura atual.

Conforme explicitado, a estrutura dos hospitais deixa a desejar, uma vez que a epidemia do HIV/AIDS no Estado está em fase de expansão. Segundo dados do Ministério da Saúde, no ano de 2001, o Estado registrava apenas 562 casos de AIDS; em 2002, aumentou para 1.282 casos; em 2003, registrou 1.365; e finalmente em 2004, esse número já chegava a 1.651 casos. Isso demonstra que é necessário um investimento maior nessas instituições hospitalares para que possa corresponder à demanda crescente.

Os investimentos devem contemplar, principalmente, o Hospital-Dia porque grande parte do atendimento ao portador é realizado nesta unidade, onde mensalmente o portador faz consulta, tratamento odontológico e acompanhamento social e psicológico.

Apesar disso, aqui em Natal, o Serviço Social não tem sala de atendimento na unidade do HD. O assistente social fica em uma sala no H.G.T. e o portador quando necessita do profissional é obrigado a se deslocar para o outro prédio. Em Mossoró, o assistente social, assim como o psicólogo, dispõe de uma sala no Hospital-Dia para realizar o atendimento ao portador.

Em relação ao local de atendimento do assistente social, existem diferenças entre os dois hospitais. Em Mossoró, a sala é pequena, com cadeiras confortáveis, ar-

condicionado e computador. Em Natal, a sala é um pouco maior, tem ar-condicionado, não tem computador, todo e qualquer registro é feito manualmente. Segundo a assistente social chefe do setor, já foram feitas várias solicitações de um computador, mas até agora ainda não foram atendidas. No H.G.T., o assistente social dispõe também de uma sala de repouso com cama e TV, além de um banheiro. Neste, o setor funciona 24 horas, enquanto que em Mossoró não tem plantão.

Em ambos os hospitais, o Serviço Social dispõe de uma funcionária auxiliar que fica responsável pela distribuição de fichas para o atendimento do usuário pela assistente social e atendimento do telefone na ausência das mesmas. Mas, as condições de trabalho não são das melhores. Em razão da falta de espaço, não existe privacidade nos atendimentos. É comum no H.G.T. ter três assistentes sociais atendendo ao mesmo tempo e na mesma sala. Quando o usuário necessita falar em particular com uma determinada profissional, as demais se retiram da sala. Em Mossoró, a situação se repete.

No Hospital Rafael Fernandes, o atendimento é sempre tranquilo. Em Natal, a situação é bem diferente: a demanda é muito grande para a quantidade de profissionais, geralmente ficam três ou duas assistentes sociais por plantão. O problema é que o Serviço Social fica dividido entre o SAL, as enfermarias e o Hospital-Dia, que apesar de não ter sala, as profissionais são constantemente solicitadas para resolver algum problema na unidade.

A presença do assistente social nas unidades hospitalares é extremamente importante, porque o adoecimento expõe outras necessidades que não se restringem apenas ao aspecto fisiológico, mas abrangem também os campos nutricionais, psicológicos e sociais. Tais necessidades subjetivas e objetivas dos usuários garantem a presença do profissional de Serviço Social na equipe de saúde do hospital. “No Brasil, o primeiro

hospital a incorporar assistentes sociais foi o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, em 1943” (LESSA, 2004, p.68).

Atualmente, o assistente social está presente em todos os hospitais públicos do RN. Os critérios de definição para o número de assistentes sociais no hospital são baseados no número de leitos disponíveis; mas, considera-se também o conjunto de usuários da unidade de serviço como um todo, englobando aí, o ambulatório e a emergência, quando a instituição dispõe destes serviços. Apesar desses critérios, conforme se comprovou na pesquisa, nem sempre o número quantitativo de profissionais do Serviço Social corresponde à realidade da instituição.

A inserção do assistente social no espaço sócio-ocupacional hospitalar faz “parte de um conjunto de procedimentos necessários à identificação e análise dos fatores que intervêm no processo saúde/doença” (COSTA, 2000, p.47) da população atendida no serviço. Cabe ao profissional da assistência dispor de informações sanitárias, econômicas e sociais sobre as condições de vida do usuário, com o intuito de garantir o acesso desde ao atendimento.

De um modo geral, as atividades do assistente social se concentram no plantão, considerado a porta de entrada do usuário ao serviço. É através dos plantões que chegam as demandas ao Serviço Social que advêm tanto da direção do hospital, como dos demais profissionais de saúde e dos usuários do serviço.

Quando são demandas de outros profissionais ou da direção, são conhecidas como demandas institucionais. As mesmas possuem um caráter burocrático, se configuram em problemas que surgem no decorrer da prestação do serviço ou solicitações para resolução de problemas junto aos demais funcionários. As requisições mais frequentes são: remoção hospitalar, comunicação de óbito e providências quando o paciente não tem família,



transporte para o paciente no momento da alta, declaração para o usuário comprovar que esteve na unidade de saúde<sup>61</sup>, alta social em caso do usuário sem família ou sem moradia, conflitos internos entre usuário/usuário/ e usuário e profissionais.

Em geral, as demandas vindas dos usuários são orientações sobre: previdência social, questões trabalhistas, serviços disponíveis na instituição e na comunidade. No caso de programas assistenciais e de saúde: documentação, relação conflituosa entre médico e usuário, médico e família e entre usuário e demais profissionais de saúde, quadro clínico do usuário sobre o tratamento indicado; sobre o óbito: direitos a seguros, previdência e funeral, medicamentos, acidente de trabalho, exames especializados e, principalmente, sobre os direitos relativos à política de saúde.

Há solicitações de encaminhamentos que viabilizem a inserção em programas assistenciais e de saúde de outras instituições, agilização de exames fora da unidade hospitalar, localização de familiares, cestas básicas, transferência ou remoção para outra unidade de saúde. O encaminhamento não se constitui em repasse do problema, mas, objetiva buscar solução para uma determinada necessidade do usuário. Portanto, o encaminhamento deve gerar uma resposta efetiva para o problema (anexo 10).

E por fim, o aconselhamento em relação a própria doença, importância do tratamento, restabelecimento dos laços familiares; bem como, o acolhimento do usuário pela família e cuidados preventivos (educação em saúde). Além disso, os assistentes sociais fazem visitas aos leitos diariamente para saber das necessidades do usuário que se encontra internado.

Essas demandas são colocadas para o assistente social pelo usuário do serviço hospitalar em geral. Entretanto, constatou-se na pesquisa que o portador de HIV/AIDS

---

<sup>61</sup> Ver atestado: anexo 11.

coloca outros tipos de necessidades para o profissional. Essas demandas serão mais bem trabalhadas no capítulo três desta dissertação.

No hospital, para atender os requisitos necessários ao seu trabalho, o assistente social utiliza alguns instrumentos que são fundamentais na concretização das ações. Os instrumentos técnico-operativos contribuem para a viabilização da intervenção profissional nas diferentes áreas de atuação. Para tanto, o instrumental não se limita apenas ao caráter técnico, mas, envolve todo o acervo teórico-metodológico, ético e político da profissão.

Dessa forma, para levantar informações acerca das condições sócio-econômicas do usuário, o assistente social da unidade hospitalar faz uso da entrevista social com o intuito de adquirir um conhecimento prévio sobre a realidade social do usuário e detectar qualquer obstáculo que possa interferir no processo saúde/doença do usuário.

Além da entrevista, o profissional lança mão também de “questionários, cadastros e diagnósticos sociais, ficha social e livro de ocorrências nos quais são privilegiados os dados relativos às condições sanitárias, habitacionais, composição familiar, emprego, renda, religião e referências pessoais” (COSTA, 2000, p.47). Essas informações facilitam o contato do profissional com a família, sendo utilizadas também, quando necessário, pelos demais profissionais como médico, enfermagem, psicólogo, nutricionista etc.

Em geral, diante das condições dos hospitais, o assistente social é acionado para realizar a triagem. Nesta, após um levantamento das condições sócio-econômicas do usuário, o profissional pode incluí-lo ou excluí-lo do programa. A triagem ocorre em face da impossibilidade de atender a todos os casos; daí a necessidade de estabelecer critérios de seletividade, os quais são definidos a partir de um diagnóstico social das condições do usuário. Vale salientar que a triagem, na atualidade, está se tornando uma prática corriqueira nos programas de saúde, em razão da escassez de recursos gerada pelo governo

neoliberal. Isso tem favorecido um corte cada vez maior de usuários ao serviço, estipulando a “inclusão segmentada, que expressa, ao mesmo tempo, a negação da cidadania” (IAMAMOTO, 1998, p.138).

Em seu exercício profissional no âmbito hospitalar, o assistente social depara-se com uma diversidade de demandas e solicitações que vêm do usuário ou da instituição, esta, diante da escassez de recursos tenta limitar o acesso e a oferta destes serviços. Isso gera uma tensão constante no cotidiano de trabalho do profissional da assistência que precisa estar sempre buscando alternativas de enfrentamento para o problema.

Nesse sentido, procurou-se levantar alguns dados sobre os profissionais com o intuito de traçar um perfil dos assistentes sociais inseridos nos hospitais, no sentido de conhecer melhor o profissional que atende cotidianamente os portadores de HIV/AIDS do nosso Estado.

### **2.3 Caracterização dos Assistentes Sociais inseridos nos Hospitais Giselda Trigueiro e Rafael Fernandes: Quem são esses profissionais?**

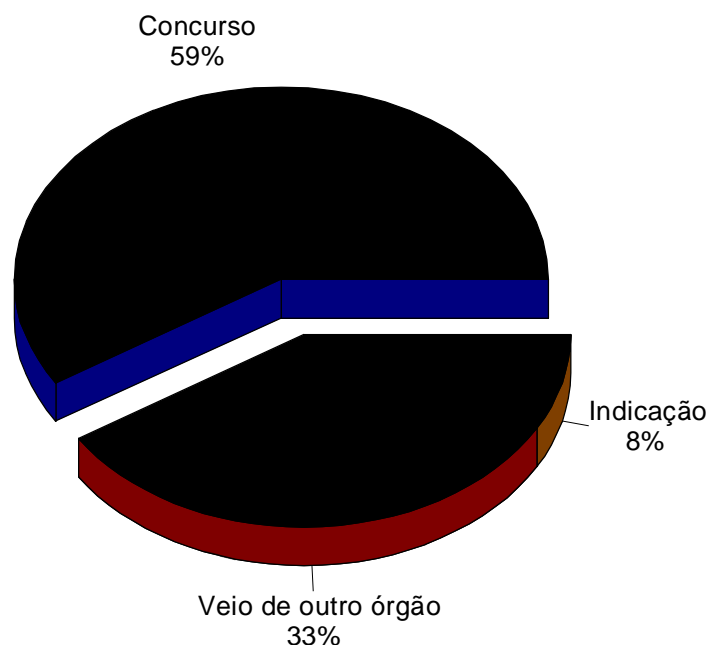
O perfil dos profissionais está relacionado ao sexo, tempo de trabalho na instituição, função que exerce, forma de contratação e carga horária. Outrossim, levantou-se aspectos referentes à formação profissional como: instituição de ensino, tempo de conclusão do curso, conhecimento acerca do projeto ético-político da profissão e se possui pós-graduação. Ressalta-se que todas as informações acerca do perfil dos profissionais foram colhidas através da aplicação de questionários em campo, no período compreendido entre agosto de 2004 a março de 2005.

De um total de doze (12) assistentes sociais, todas são do sexo feminino, o que revela a condição feminina nessa profissão dos seus primórdios até os dias atuais. Não se está afirmando que não exista assistente social do sexo masculino, mas, pesquisas realizadas anteriormente comprovam que no Estado do RN esse número é bastante reduzido, especialmente no âmbito hospitalar.

Em relação ao tempo de trabalho na instituição, constatou-se que 75% das profissionais possuem mais de dez (10) anos de trabalho no hospital e 25% têm menos de dez anos. Entre as profissionais com menos de dez anos, somente uma está a dois anos na instituição hospitalar, a mesma veio removida de um outro órgão do Estado.

Quanto à forma de contrato de trabalho, 59% das profissionais foram contratadas através de concurso público, 33% vieram transferidas de outros órgãos e 8% assumiram o cargo de assistente social através de indicação, em sua maioria, política. Conforme demonstra o gráfico abaixo:

**Gráfico 01: Forma de contrato de trabalho dos Assistentes Sociais**

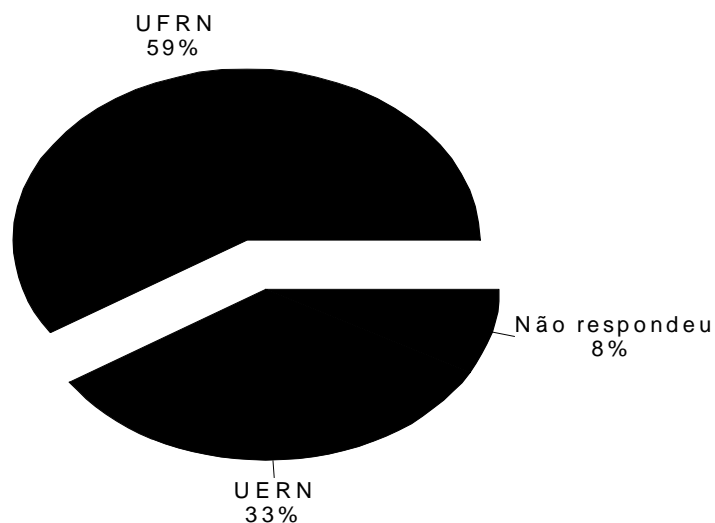


A questão da transferência é explicada pelo fato da profissional ao concluir a graduação em Serviço Social já trabalhar na instituição e solicitar remanejamento para o setor. Contudo, esse remanejamento só é possível quando o profissional já possui outro curso superior e ao concluir o de Serviço Social escolhe exercer a profissão, visto que, o Estado não tem consolidado um plano de carreiras. Algumas delas exerciam a profissão em outra unidade como posto de saúde.

A respeito da função exercida no setor, dez (10) exercem a função de técnicas e duas (2) ocupam o cargo de chefia. As chefes, além de fazer o atendimento ao usuário, são responsáveis pela organização da escala de plantões, participam de reuniões com a direção do hospital e são requisitadas a representar o setor sempre que houver solicitação interna ou externa.

A carga horária das assistentes sociais é de 40 horas semanais, distribuídas em plantões de doze horas. Entretanto, verificou-se que em Natal o setor de Serviço Social é aberto de domingo a domingo, enquanto que em Mossoró, o setor não funciona à noite. A explicação reside no fato de que, o H.G.T. dispõe de pronto-socorro 24 horas, daí a necessidade da presença do assistente social, especificamente, no que se refere ao internamento. Quando o paciente vem do serviço de urgência é o assistente social que faz o contato com a família, bem como repassa as orientações ao acompanhante.

**Gráfico 02: Formação Profissional dos Assistentes Sociais – Unidades de Ensino**



Quanto ao processo de formação profissional, têm-se os seguintes resultados: 92% concluíram a graduação na UFRN, 33% são oriundas da UERN e 8% não responderam.

Em relação ao tempo de formada, a maioria, ou seja, 92% das entrevistadas contabilizam mais de dez (10) anos de conclusão de curso e apenas 8% tem menos de dez (10) anos. No número da amostra, há profissionais que concluíram o curso no início da década de 80 do século XX. É importante observar que nesse período, o processo formativo do Serviço Social ainda não havia consolidado a ruptura com as teorias e o fazer-profissional conservador<sup>62</sup>.

A ruptura começa a se consolidar no âmbito da profissão somente a partir dos anos de 1980, mesmo assim, esta se deu de forma gradativa, pois só foi impulsionada de fato, no período de redemocratização política do país. Sobre essa nova conjuntura, Nicolau registrou que foi:

Possível trabalhar e repensar a proposta de ruptura com o tradicionalismo, a integração social e o confessionalismo, e começou a buscar caminhos para a superação do caráter paliativo, burocratizado e fragmentado do fazer-profissional, questionando a consideração do indivíduo e da sociedade abstraídos das relações sociais (2004, p.104).

O processo de ruptura com o conservadorismo favoreceu a aproximação e a adoção de uma teoria-crítica e histórica no processo formativo dos cursos de Serviço Social, a qual possibilitou “a preocupação com o domínio da fundamentação teórico-

---

<sup>62</sup> A profissão sofria influência do positivismo e do funcionalismo, o qual gerou um quadro dicotomizado entre teoria e prática, sujeito e objeto, transformando o assistente social em um profissional asséptico de intervenção, desvinculada da investigação [...] (IAMAMOTO, 1998, p.230).

metodológica que permite apreender, refletir e intervir, criticamente, nos mecanismos constitutivos dos processos em jogo social” (NICOLAU, 2004, p.104).

No campo da saúde pública, segundo Trindade (1999), nos primeiros anos de 1980, o assistente social continuava tendo uma “atuação psicossocial”, a qual é fundamentada na fenomenologia e favorece o atendimento individualizado; a intervenção pauta-se numa “relação dialógica” entre profissional e “cliente”. Ainda segundo a autora, até a segunda metade dos anos de 1980, a participação de assistentes sociais nos fóruns que lutavam por um novo tipo de saúde pública (movimento sanitário) era inexpressiva. A aproximação dos assistentes sociais com “propostas inovadoras e emergentes na política de saúde”, vai se dá de forma gradual (TRINDADE, 1999, p.262).

Na visão de Bravo (2004), a ruptura do Serviço Social com o conservadorismo, mais especificamente com a fenomenologia na saúde pública, não está totalmente consolidada. É possível perceber essa afirmação quando o profissional discorre sobre o atendimento realizado nos hospitais, conforme relato a seguir:

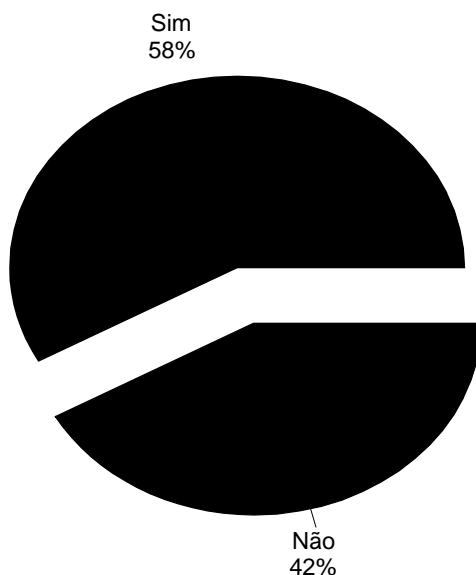
Aqui no hospital, alguns casos de desestrutura familiar requer um atendimento de caso [...]. O atendimento é individualizado, algumas coisas são resolvidas em comum, mas a prática é individualizada (ENTREVISTA - 01).

Em uma outra fala, ainda se os resquícios do conservadorismo quando o profissional afirma que é necessário fazer a “reintegração do portador para uma melhor qualidade de vida” (ENTREVISTA - 02). Ambas as falas revelam uma visão “fatalista” (IAMAMOTO, 1998) da profissão e de sua possibilidade de ação, esvaziada de uma leitura

crítica, de uma ausência de sintonia com os novos tempos e com a atualização dos conhecimentos, denotando que esse profissional continua articulando o mesmo discurso adquirido em sua formação profissional concluída no início da década de 1980.

Constatou-se também no quesito sobre qualificação profissional que 58% das assistentes sociais possuem pós-graduação em nível de especialização; em contrapartida, 42% das demais permanecem com a formação recebida na graduação, conforme demonstra o gráfico:

**Gráfico 03: Qualificação Profissional dos Assistentes Sociais**



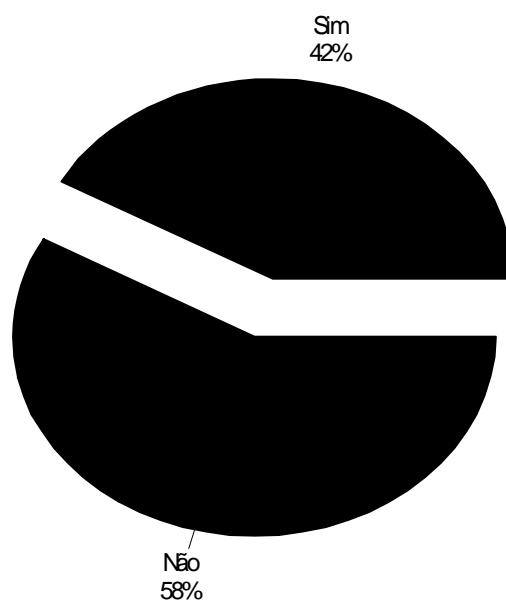
Constatou-se que aqueles assistentes sociais (58%) que investiram na qualificação profissional em nível de especialização, somente dois (2) escolheram atualizar seus conhecimentos em Serviço Social; os demais escolheram áreas de conhecimento bem diversificadas como: psicomotricidade, psicopedagogia, antropologia, sexualidade e saúde pública.



Os dados revelam que não há interesse por parte dos profissionais em aprimorar e/ou aprofundar os conhecimentos em sua área de formação, apesar do esforço empreendido desde 1999 pela ABEPSS, CFESS e CEAD/UNB em oferecer um Curso de Capacitação Continuada à Distância<sup>63</sup> para os assistentes sociais de todo o país. O distanciamento dos profissionais com as questões atuais que perpassam a profissão ficou evidenciado quando abordou-se sobre o seu conhecimento acerca do projeto ético-político do Serviço Social.

Em relação ao projeto, apenas 42% dos profissionais afirmam conhecê-lo; enquanto que a maioria, ou seja, 58% desconhecem o projeto, conforme demonstra o gráfico abaixo.

**Gráfico 04: Assistentes Sociais que conhecem o Projeto Ético-Político do Serviço Social**



---

<sup>63</sup> O Curso de Capacitação em Serviço Social e Política Social objetiva capacitar os assistentes sociais para uma compreensão da realidade brasileira e seus impactos no trabalho profissional – demandas, respostas e peculiaridades diante da questão social, buscando ampliar a competência teórica, política e técnica desses profissionais e do seu compromisso com a consolidação do projeto ético-político do Serviço Social na atualidade (ABEPSS/CFESS, 1999).

O desconhecimento do projeto pela grande maioria dos profissionais revela dois aspectos. O primeiro é o distanciamento dos profissionais dos espaços deliberativos e consultivos da profissão, como: Conselho Regional do Serviço Social – CRESS; Conselho Federal do Serviço Social – CFESS e Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. Estes são os espaços e os canais de discussões sobre a profissão, construídos historicamente pela categoria profissional. O segundo aspecto revela o desconhecimento dos assistentes sociais das discussões contemporâneas que norteiam a profissão, expressando a necessidade de atualização das questões éticas e políticas que vêm sendo construídas de forma hegemônica no interior da profissão.

O processo de construção do projeto ético-político do Serviço Social atravessa toda a década de 80 do século XX e consolida-se na década de 90, sob os pilares do novo Código de Ética do Assistente Social (1993) na nova Lei de Regulamentação da Profissão (1993) e no âmbito da formação com as novas Diretrizes Curriculares dos Cursos de Serviço Social (1993) (BRAZ, 2004, p.57).

O projeto da profissão objetiva consolidar o rompimento com o conservadorismo teórico e metodológico propondo novos rumos nas diversas instâncias do Serviço Social, tanto na formação quanto no exercício profissional (Ib, idem). Na verdade, o projeto ético-político materializa o amadurecimento da profissão nas questões teórico-metodológicas quando rompe com as bases conservadoras e com a ética de base filosófica tradicional, isto é, a ética da neutralidade. Como também sintonizar a profissão com a sociedade democrática e cidadã reconhecida na Constituição Federal de 1988.

Nesse sentido, o projeto ético-político do Serviço Social reconhece a liberdade como valor central e aponta para a construção de uma nova ordem societária, sem

dominação e/ou exploração de classe; posiciona-se a favor da equidade, da justiça social e da preservação integral dos direitos do cidadão, sejam eles: políticos, econômicos, civis ou sociais.

Segundo Netto (1999, p.105), do ponto de vista profissional, “o projeto implica o compromisso com a competência, que só pode ter como base o aprimoramento intelectual do assistente social”. Sendo assim, a importância deste projeto para a profissão é despertá-la para desenvolver estratégias e respostas qualificadas ao cenário das mudanças em curso na sociedade, principalmente, no que se refere à relação de cunho neoliberal estabelecida entre Estado e sociedade civil.

O projeto ético-político do Serviço Social não é algo abstrato, ao contrário, ele materializa-se nas ações cotidianas do fazer-profissional. O desafio está em construir e reinventar mediações capazes de articular as necessidades e/ou demandas dos usuários com o “mundo público do direito e da cidadania, no tempo miúdo do trabalho cotidiano” (YASBECK, 2002, p. 8).

No próximo capítulo, analisa-se o trabalho “miúdo” do assistente social face às demandas postas pelo portador de HIV/AIDS nos hospitais públicos do RN. Enfoca-se também os desafios enfrentados, no âmbito institucional, pelos profissionais para atender a essas demandas e efetivar a inclusão social dos portadores nos serviços de saúde, na família, na comunidade; enfim, nas diferentes redes de relacionamentos na sociedade.

**CAPÍTULO 3 – O SERVIÇO SOCIAL E A EPIDEMIA DO HIV/AIDS: demandas e desafios no processo de inclusão social dos portadores nos hospitais públicos.**

*Deve-se dizer que sem os assistentes sociais a criação e a invenção de direitos no Brasil não teria conhecido os avanços que registra (Francisco de Oliveira, 2004).*

Neste capítulo, será apresentada a análise dos dados coletados através do questionário com perguntas abertas e fechadas e da entrevista semi-estruturada realizada com 12 (doze) Assistentes Sociais que trabalham nos hospitais públicos de referência no atendimento ao portador de HIV/AIDS no Estado do Rio Grande do Norte.

Nesse sentido, analisa-se as principais demandas colocadas pelos portadores ao setor de Serviço Social enfatizando as respostas e estratégias desenvolvidas pelos profissionais, bem como, os desafios e/ou dificuldades enfrentadas pelos mesmos no processo de inclusão social dos usuários.

### **3.1. O atendimento aos portadores nos hospitais públicos de referência do RN: principais demandas no processo de inclusão social.**

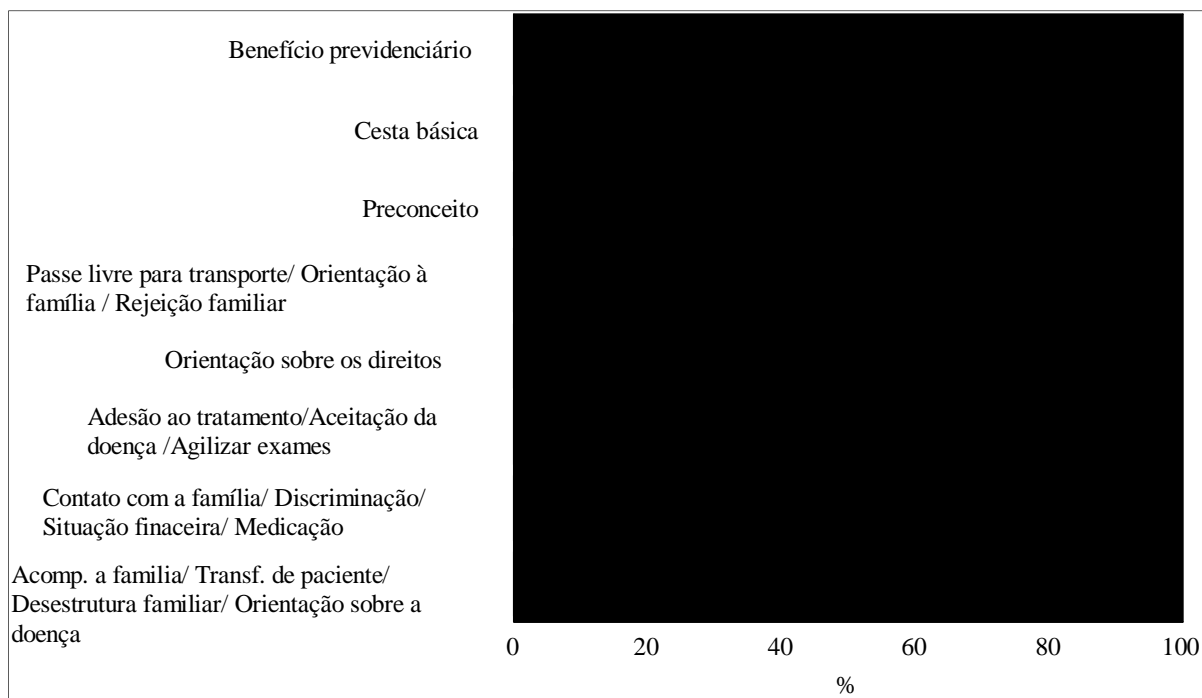
O atendimento ao portador de HIV/AIDS realizado pelo assistente social no hospital, geralmente, é individualizado. O profissional recebe o usuário que vem encaminhado pelo médico ou por outro profissional da saúde ou que vem ao setor de forma espontânea.

Este contato, conforme observado, ocorre quase sempre de forma breve. O profissional recebe o usuário e escuta suas necessidades sociais que chegam como demandas profissionais. As demandas profissionais “são respostas qualificadas e institucionalizadas às necessidades sociais das classes sociais” (GUERRA, s.d, p.56). No entanto, para que essa resposta seja qualificada, o profissional necessita acionar um determinado “arsenal instrumental-operativo”, que possibilite a ultrapassagem da aparência imediata da demanda. Tal ultrapassagem evita que a profissional tenda a “perceber as situações sociais como problemáticas individuais” (Id, p.59).

Esse movimento é de fundamental importância na ação profissional, visto que, as demandas com as quais “os assistentes sociais trabalham são totalidades saturadas de determinações (econômicas, políticas, culturais e ideológicas), que exigem mais do que ações imediatas” (GUERRA, s.d, p.59).

O levantamento das demandas postas pelo portador de HIV/AIDS ao Serviço Social nos hospitais deu-se através de entrevista gravada com os profissionais. Conforme apresenta o gráfico 05, as demandas vindas do usuário com um agravo de saúde específico, diferem de algumas demandas mais gerais e recorrentes na saúde, conforme explicitado no capítulo dois.

#### **Gráfico 05: Demandas postas pelo portador de HIV/AIDS ao Serviço Social**



Verificou-se que 75% da demanda que chega ao setor de Serviço Social está relacionada ao benefício previdenciário. Essa demanda é encaminhada pelo médico do ambulatório do Hospital-Dia ou vem de forma espontânea, conforme o depoimento da assistente social:

Quando o paciente vai ao médico, pergunta: doutor essa doença não dá direito para eu me aposentar? Ai o médico encaminha: vá para o Serviço Social que ela explica. Mas, alguns vêm porque estão sabendo, independente de ter conversado com o médico, às vezes sai da sala do médico com o diagnóstico e vem nos procurar para saber sobre esse direito (ENTREVISTA – 02).

A questão previdenciária é uma demanda explícita e recorrente no setor pelo fato do portador não ter clareza da legislação. Segundo a assistente social, muitos portadores acham que pelo fato de terem contraído o vírus ou ter desenvolvido a doença já tem direito à aposentadoria pagando ou não o INSS.

O depoimento de uma outra profissional deixa claro a origem da idéia que povoa o imaginário do usuário de que todo portador tem direito ao benefício sendo contribuinte ou não.

Isso acontece porque quando surgiu a AIDS, o INSS disse que todo paciente portador tinha direito de se aposentar. Com o advento dos antiretrovirais, com o aumento da qualidade de vida, o INSS recuou, ai não é todo mundo que tem direito, afinal, o portador pode trabalhar, na realidade ele está bem, homem jovem pode trabalhar. Mas, no entendimento do usuário pelo fato de ser portador já dá direito a não trabalhar (ENTREVISTA – 10).

A seguridade social brasileira, conforme explicitado em capítulo anterior, é composta de dois princípios distintos: a universalidade referente à saúde e a assistência social e a contribuição referente à previdência social. Neste sentido, a previdência social opera sob o princípio da condicionalidade, ou seja, o direito ao benefício da aposentadoria ou a qualquer outro benefício está condicionado à contribuição.

O portador, na condição de segurado, tem direito ao benefício temporário de auxílio-doença e ao benefício permanente como a aposentadoria por invalidez. Todavia, ambos os tipos de benefícios estão sujeitos a critérios de carência, além de exames que comprovem o nível de CD4 baixo (defesa imunológica) e carga viral alta (quantidade de vírus circulante no organismo). É através desses exames que é comprovada a vulnerabilidade do segurado para o trabalho, visto que, a suscetibilidade para as infecções oportunistas é bem maior.

Na verdade, ao se reportar a essa questão, o profissional não demonstra muita clareza quando diz que o portador não quer trabalhar. Ao que parece, o usuário ao procurar o setor, quer ter orientações corretas sobre os direitos que tem, pelo fato da legislação previdenciária ser algo que a população não domina e/ou não conhece.

No Brasil, boa parte dos portadores ao descobrirem o diagnóstico de HIV não estão na condição de segurado, isso é ocasionado pelo alto índice de desemprego que assola o país. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD de 2003, o Brasil registrou em 2002, uma taxa de desocupação de 11,6% para as mulheres e para os homens em 7,4%. Em relação ao tipo de ocupação, a pesquisa revela que a categoria de trabalhadores por conta própria concentra 70% da população ocupada. Destes, 34% estão na Região Nordeste, ou seja, são trabalhadores que estão à margem da proteção securitária.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2003), a baixa contribuição previdenciária desses trabalhadores está relacionada ao rendimento per capita de  $\frac{1}{2}$  salário mínimo; são trabalhadores sem carteira assinada e submetidos a condições precárias, vulneráveis e temporárias de trabalho. O instituto alerta ainda que no país inteiro existem 54,8% de pessoas que não contribuem com a previdência. Este percentual reflete a situação sócio-econômica da maioria dos trabalhadores brasileiros.



Em relação ao portador de HIV/AIDS, a utilização dos medicamentos anti-retrovirais reduziu a procura por aposentadoria, mas elevou o número de benefício do auxílio-doença. Segundo pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde (2003), no período de 1996 a 2002, o auxílio-doença representou 62% dos benefícios, seguido da aposentadoria 24,9%, isso em relação aos indivíduos com diagnóstico de AIDS.

Todavia, para o portador de HIV/AIDS que não é segurado, a única forma de inclusão no benefício previdenciário de caráter assistencial é através do Benefício de Prestação Continuada – BPC, previsto na Constituição Federal de 1988 e regulamentado através da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, em 1993, e implementado em 1996 (GOMES, 2001).

A procura por este benefício é bem elevada, justamente por não haver necessidade de uma contribuição prévia pelo solicitante, conforme demonstra a fala do profissional.

A maioria deles pleiteiam o benefício previdenciário através da Lei de Amparo, mas ela é muito restritiva, ela só dá direito àquela pessoa cujas funções vitais para a vida estão limitadas, não é o caso do portador [...] (ENTREVISTA- 10).

Na verdade, percebe-se uma certa confusão na fala do assistente social sobre o benefício, quando utiliza a denominação “lei de amparo”. O BPC é um amparo assistencial que substituiu a Renda Mensal Vitalícia, o auxílio-natalidade e o auxílio-funeral, benefícios assistenciais destinados às pessoas idosas e inválidas para o trabalho. A renda mensal vitalícia vigorou até o ano de 1996.

Segundo Gomes (2001), o BPC garante um salário mínimo mensal às pessoas portadoras de deficiência, que estejam incapacitadas para a vida independente e para o trabalho; e ao idoso com 70 anos ou mais. Entretanto, para que seja concretizado o acesso

ao benefício, a renda per capita da família não pode ultrapassar  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo, nem pode ser acumulado com outro benefício no âmbito da seguridade social, excetuando a assistência e a saúde pública.

O benefício limita também o número de pessoas na família, ou seja, se tiver dois deficientes, ou um idoso e um deficiente, somente um poderá requerer o benefício, isso porque a soma da renda familiar não deve ultrapassar o critério estabelecido de  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo.

Quanto à questão da deficiência ou incapacidade para o trabalho, é avaliada pela perícia médica da previdência, que utiliza como critério para a inclusão ao benefício uma avaliação conhecida como “acróstico social”, onde são avaliados “níveis de dificuldades nas áreas de: visão, audição e fala; níveis de dificuldades para exercer as atividades diárias; níveis de dificuldades de locomoção; níveis de dificuldades de instrução e controle dos excretos” (GOMES, 2001, p.120).

No caso do portador de HIV/AIDS, o acesso ao BPC só é possível quando o mesmo desenvolve a doença AIDS num estado muito avançado e, possivelmente, com diversas seqüelas ocasionadas pelas infecções oportunistas, conforme a tabela de incapacidade funcional, deve somar 17 pontos no acróstico social.

Apesar dos critérios excludentes, o Ministério da Saúde afirma que entre 1996 e 2002, a concessão do BPC cresceu 18 vezes nesse período. A concessão desse benefício para os portadores de HIV/AIDS é 4,3 vezes maior na Região Norte/Nordeste se comparada à Região Sudeste (BRASIL, 2002, p.6).

Para o Ministério, essa taxa de crescimento do BPC entre os “grupos excluídos, funciona como um possível indicador da pauperização da epidemia entre as populações com alto grau de exclusão social” (BRASIL, 2002, p.7).

Na avaliação de Gomes (2001, p.120), “o BPC constitui-se um direito restrito e arbitrário, posto que guiado pelo critério de menos elegibilidade, tem sofrido consideráveis e sucessivas restrições”. As mudanças nas formas de acesso aos benefícios previdenciário ou assistencial têm se constituído em uma importante peça do ajuste neoliberal materializado no amplo projeto de reforma do Estado brasileiro<sup>64</sup>. Para o assistente social, é impossível acompanhar todas as mudanças em curso, especialmente em relação à previdência social. Ao se indagar sobre o procedimento adotado pelo profissional, é ressaltado que:

Nós, com relação ao INSS, a gente dá aquelas orientações mais básicas que a gente tem, mas como essa questão de INSS tem mudado de forma muito rápida e às vezes a gente nem está informada sobre as mudanças, nós encaminhamos para o Serviço Social do próprio INSS para tirar as dúvidas (ENTREVISTA – 10).

Evidencia-se que o profissional tem clareza sobre as mudanças e sobre o procedimento a tomar quando o setor não tem capacidade de resolver em sua integralidade as questões, principalmente sobre a previdência, apontada por todas as profissionais como uma demanda difícil de resolver. Entretanto, nenhuma das assistentes sociais articulou as mudanças da legislação previdenciária com a reforma do Estado e da própria previdência.

---

<sup>64</sup> A reforma do Estado brasileiro não se constitui em objeto de estudo para se fazer uma análise exaustiva sobre essa questão. Entretanto, dentre os processos básicos elencados na reforma estão: redução do grau de interferência do Estado (desregulamentação); estabelecimento de mecanismos de controle; aumento da governança do Estado; aumento da governabilidade; delimitação de sua área de atuação (CAVALCANTI, 2001, p.41). A esse respeito consultar também: Behring, 2003; Yamamoto, 1998, Montaña, 2002.

Visto que, ambas as reformas significam um retrocesso no campo dos direitos sociais constituídos através das lutas da classe trabalhadora<sup>65</sup>.

A reforma do Estado brasileiro, na perspectiva neoliberal ainda em curso, propõe “reduzir despesas, diminuir atendimentos, e restringir meios financeiros, materiais e humanos para implementação de projetos” (IAMAMOTO, 2000, p.51). Esse desmonte leva o agravamento da questão social em suas múltiplas expressões, sobretudo, porque vem acompanhado de uma visível transferência para a sociedade civil de responsabilidades que historicamente, pertencem ao Estado, numa clara tendência de “refilantropização da questão social”, cuja consequência para a sociedade é o aumento da pobreza e da desigualdade social.

O crescimento da pobreza aparece no setor de Serviço Social expressa pelo portador de HIV/AIDS, através da solicitação diária de cestas básicas. Conforme a pesquisa, os pedidos de cestas básicas somam 67% da demanda, por outro lado, existe também, uma demanda relacionada à questão financeira, com procura em torno de 17%. Ao cruzar-se as duas demandas percebe-se que 84% da procura do usuário ao Serviço Social está relacionada à situação sócio-econômica.

Essas necessidades expressam o avanço da epidemia nas camadas pauperizadas da sociedade. No quesito do questionário que trata da pauperização, 92% dos profissionais afirmaram que a epidemia está atingindo mais as camadas pauperizadas e, apenas 8% discordaram.

---

<sup>65</sup> Ressaltamos que ambas as reformas acarretam inúmeras perdas para a população no campo previdenciário como: “tempo de contribuição, em detrimento do tempo de trabalho, teto máximo de benefícios, que hoje é de R\$ 1.869,34 estimulando assim, a busca pela previdência complementar privada” (BEHRING, 2003, p.263).

A pauperização da epidemia já é algo concreto no Brasil, apenas não esta oficializada e documentada<sup>66</sup>. Essa realidade é expressa nos depoimentos das profissionais do Serviço Social quando afirmam que:

Tem uma parcela grande de pacientes com as condições sócio-econômicas muito baixa, e que, num dado momento, ele não tem do que sobreviver (ENTREVISTA 10).

Em relação à questão sócio-econômica é uma situação muito grave, a maioria dos pacientes tem uma situação muito difícil constatada por nós mesmos (ENTREVISTA – 07).

A fala das assistentes sociais comprova a situação de empobrecimento e, por vezes de miséria, em que vive o portador de HIV/AIDS atendido no serviço público de saúde. Em sua maioria, são pessoas que não têm emprego e dificilmente será empregado novamente pela sua condição de ser portador de HIV ou ter desenvolvido a AIDS. Isso ainda acontece apesar do esforço desenvolvido ao longo das décadas pelos organismos internacionais (OIT; UNAIDS) e pelos Ministérios do Trabalho e da Saúde no Brasil, através de legislações que protegem contra atos discriminatórios no mundo do trabalho<sup>67</sup>.

A pesquisa revela que o assistente social tem clareza das dificuldades do portador em relação ao mundo do trabalho quando diz:

---

<sup>66</sup> Ainda não existe no país uma pesquisa que retrate e comprove a pauperização da epidemia em nível nacional. Segundo o MS, existe um “possível indicador desse processo de empobrecimento, esse indicador aparece no aumento do benefício do BPC” (BRASIL, 2003, p.6).

<sup>67</sup> Sobre a legislação de defesa dos direitos trabalhistas dos portadores, consultar: VALENTIM, João Hilário. Legislação Nacional sobre HIV/AIDS no mundo do trabalho. Brasília. OIT, 2002.

Emprego tá difícil para quem não é portador, imagina para quem é portador, é dez vezes mais [...] a gente aqui já teve caso assim, o patrão sabe que o trabalhador é portador e quer demitir [...] é como se fosse contagioso você está frente a frente com o portador, é por ai... (ENTREVISTA -03).

Na verdade, a perda do emprego pelo portador deixa explícito a carga de preconceito e de discriminação em que está enraizada na sociedade. Segundo Junqueira (2002, p.24), “e muito preocupante o elevado grau de falta de informação, educação e capacitação de pessoal em lidar com o HIV/AIDS no local de trabalho”.

A condição de pobreza do portador de HIV/AIDS no RN reflete as condições de pobreza da própria Região Nordeste, responsável por 42,5% dos pobres brasileiros (POCHMANN, 2005, p.99). Os indicadores sociais do IBGE (2003) revelam que a taxa de desocupação no RN é de 6,4% para os homens e de 6,8% para as mulheres. Revela também que as famílias com rendimento de até R\$ 400,00 mensal (51,52%) encontram muita dificuldade para suprir suas necessidades durante o mês, principalmente, a necessidade alimentar.

A questão alimentar é extremamente importante para o portador, pois o tratamento requer uma boa alimentação. Para o assistente social é impossível o portador suportar o tratamento sem uma alimentação adequada, pois as drogas utilizadas são muito fortes e são vários comprimidos diários. A questão alimentar põe em risco, inclusive, o tratamento do usuário porque:

A maioria dos pacientes tem uma situação econômica muito difícil, não tem renda fixa e tudo isso dificulta a qualidade de vida dele e acarreta problemas para o tratamento [...] estamos lidando com uma realidade concreta com a pessoa que está se alimentando mal ou não tem o que comer e precisa fazer o tratamento (ENTREVISTA -07).

A situação de procura por cestas básicas no Serviço Social do Hospital Rafael Fernandes, em Mossoró, levou os profissionais a fazerem um documento para a Secretaria de Ação Social do município expondo a situação e solicitando que o órgão viabilizasse alguma resposta a essa demanda, visto que, o Serviço Social não dispõe de recursos para suprir essa necessidade do portador.

Hoje, em Mossoró, a Secretaria de Ação Social, fornece 180 cestas básicas para os portadores em tratamento naquela unidade hospitalar. As cestas são distribuídas pelo Grupo Vidha, uma organização não-governamental que desenvolve um trabalho de apoio com os portadores. A distribuição da cesta básica é feita a partir de um cadastro dos usuários repassado pelo assistente social. Entretanto, o fornecimento das cestas hoje é insuficiente porque:

No momento em que se conquistou isso o número era bem menor, hoje em dia talvez esse número tenha duplicado e a gente não conseguiu aumentar o número de cestas. Então é um problema porque, quem chega primeiro pega e tem alguns que ficam sem (ENTREVISTA -07).

A luta pelas cestas básicas nesse município só foi possível por causa da mobilização dos profissionais do Serviço Social juntamente com os portadores. Nesse caso, o somatório de forças demonstra a capacidade criativa e inventiva do assistente social enquanto conhecedor da realidade e dos carecimentos daqueles portadores.

Conforme afirma Iamamoto (1998), essa categoria profissional em seu trabalho cotidiano lida com as diferentes manifestações da questão social, além de dispor de um “acervo de dados e informações” sobre situações concretas vivenciadas pelos usuários.

Essas informações podem e devem contribuir para uma nova dimensão interventiva e operativa do profissional na busca pela concretização dos direitos sociais.

Em Natal, diferentemente de Mossoró, os profissionais, não se articularam ainda, para reivindicar uma ação mais concreta da Secretaria Municipal de Trabalho e Ação Social – SEMTAS, responsável pela implementação das ações assistenciais no município. Ao contrário, a idéia passada em alguns depoimentos dos profissionais é de que nada pode ser feito. Percebe-se inclusive, que há um certo desconhecimento sobre as instituições que podem encaminhar alguma solução referente ao carecimento alimentar enfrentado pelos portadores de HIV/AIDS. O profissional relata que:

Os pacientes são muito carentes, eles tomam muita medicação e a alimentação deixa a desejar, não existe realmente um programa no município, tem essa ONG, essa Rede que acabou e agora esta voltando, mas mesmo assim, tudo deles é aqui no hospital, o referencial deles (portadores) é aqui e a gente não pode resolver tudo, porque depende de leis, da justiça e do financeiro. Às vezes, o paciente chega aqui no hospital com fome pedindo comida e o hospital não pode, tem que dizer que não tem, não pode viciar o paciente a vida toda [...] (ENTREVISTA - 05).

Sabe-se que o hospital não tem como fornecer comida para o portador que não esteja internado, até porque não é sua função. Mas, o assistente social pode, a partir dessa demanda, sistematizar melhor a ação para poder dar um melhor encaminhamento à questão. Em outro relato, o profissional admite que não existe uma sistematização das informações acerca dessa demanda colocada para o setor.

Nós não temos nada cadastrado aqui com relação à cesta básica, mas temos doação para eles, pessoas que vem doar e quer que essas doações sejam para eles (ENTREVISTA -03).



Entende-se que para dar um melhor encaminhamento a essa questão, o setor deve ter um conhecimento prévio da rede de serviços assistenciais no município, fazer contato com esses serviços e procurar firmar parcerias, no intuito de publicizar para outros órgãos públicos a existência dessa demanda. Entretanto, só é possível se o setor sistematizar as informações colhidas, através de cadastro e de diagnóstico social das condições de vida do usuário em tratamento que precisa desse tipo de solicitação.

As ONGS/AIDS de apoio ao portador existem e são atuantes, basta que os profissionais estreitem os laços com as mesmas. A Coordenação Estadual de DST/AIDS possui um setor que trabalha diretamente com a articulação das ONGS/AIDS no Estado, dentre outras está a Rede citada pelo profissional<sup>68</sup>. No entanto, a pesquisa constatou que 67% dos assistentes sociais afirmam conhecer as ONGS do município e 33% desconhecem essas organizações.

Dessa forma, se o Serviço Social é o referencial para os portadores, significa que o setor precisa estar articulado e informado sobre outras instituições e/ou serviços no município, no sentido de buscar complementação ao seu trabalho, ou seja, sua ação deve romper os muros do hospital.

Verificou-se na pesquisa que os assistentes sociais ainda não se apropriaram dos canais participativos existentes hoje nos diferentes campos de atuação, como os Conselhos. Nenhum profissional do Serviço Social inserido nos hospitais participa do Conselho de Saúde.

---

<sup>68</sup> A Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/AIDS – RNP+ foi criada em 1995, visando promover o fortalecimento das pessoas positivas ao HIV nas instâncias de decisão governamental e nas ONGS. A Rede não é uma ONG, mas uma associação de pessoas (GALVÃO, 2000).

O Conselho de Saúde é um espaço público, institucionalmente reconhecido cujo objetivo é de realizar o controle social de políticas públicas setoriais ou de defesa de direitos de segmentos específicos (GOMES, 2000). A participação do assistente social no conselho de saúde supõe:

Um trabalho coletivo que não pode prescindir das articulações, alianças e parcerias com os diversos atores envolvidos [...]. Neste, é indispensável o uso da pesquisa e do tratamento técnico de dados e informações para subsidiar propostas viáveis, justificadas e fundamentadas, ao tempo em que se dá visibilidade às questões (GOMES, 2000, p.170).

Se é na prática institucional que o assistente social mantém contato e conhece as reais necessidades dos usuários, entende-se também ser no terreno institucional que o profissional, de posse das solicitações que chegam ao setor individualmente, pode transformá-las em “demandas coletivas potencializadoras de novas conquistas e direitos sociais ou de novos serviços e projetos voltados aos interesses diretos da população atendida” (SARMENTO, 2000, p.107).

Contudo, para que a demanda adquira um perfil coletivo, é necessário que o profissional abandone o casulo da “aparência”. Isso implica, sobretudo, em capacitação teórico-metodológica crítica capaz de romper com o trefismo, no sentido de implementar ações e respostas concretas e qualificadas que possam mudar a realidade social da população demandante.

Outra demanda muito presente e freqüente no cotidiano do Serviço Social é a questão do preconceito sofrido pelo portador na sociedade, que aparece com um percentual de 58%. Porém, quando se cruza o dado do gráfico com a discriminação, esta apresenta um índice de 17% de procura ao setor pelo portador. Juntas, portanto, o preconceito e a

discriminação perfazem um total de 75% da demanda que chega para o assistente social no hospital.

Todas as profissionais entrevistadas admitem haver, ainda hoje, um preconceito muito grande com a AIDS na sociedade porque:

A AIDS começou de uma forma totalmente preconceituosa, começou como se fosse uma para homossexuais, então acarretou aí todo um preconceito, então os homossexuais são discriminados pela sociedade e a doença estigmatizada, como se fosse só de homo e a gente sabe que não é por aí (ENTREVISTA -03).

A questão do preconceito e da discriminação está enraizada na sociedade desde o surgimento dos primeiros casos da doença. Segundo Câmara e Lima (2000, p.36), “o simbolismo da AIDS é concretizado nas reações marcadas pelos preconceitos e pelas discriminações”. Este simbolismo pode ser entendido como: “reações de medo, inexistência de informação ou mesmo informações distorcidas”.

Quando indagadas sobre os motivos que alimentam o preconceito e a discriminação ainda hoje, em pleno século XXI, os assistentes sociais citam: o medo da contaminação, desinformação, razões culturais, pela questão de ser uma doença transmissível e estar ligada à sexualidade. Segundo a profissional:

A maioria dos preconceitos e da exclusão do paciente na sociedade é exatamente por falta de conhecimento entorno da questão [...] ser portador não vai mudar seu caráter por causa do vírus [...] (ENTREVISTA -07).

Outra profissional entende que o medo é a principal mola propulsora do preconceito e da discriminação:

Porque o preconceito do que você não tem acesso causa medo, principalmente, daquilo que acarreta danos. Então, a população ainda tem um certo temor. Por exemplo, eu sou portador, você me conhece e não sabe que eu sou, eu me trato e é tudo normal, a partir do momento que você sabe que sou portador já passa a me ver com um outro olhar (ENTREVISTA -11).

Segundo Silva (1999, p.57), “a vida em sociedade é marcada pela permanente tensão entre o individual e o coletivo”. Tensão essa que chega ao cotidiano profissional do assistente social emoldurado no preconceito e na discriminação carregado pelo portador. Esses processos discriminatórios e preconceituosos excluem os indivíduos de participarem de um projeto societário mais amplo. Pois a diferenciação sofrida pelo portador na sociedade reflete na sua maneira de ver e agir no mundo. Tal processo desencadeia uma “violência simbólica” que se expressa através de imagens, palavras e práticas nas relações sociais constituídas (PARKER, 2001).

Percebe-se que o medo e a falta de informação incentivam o preconceito, e este, por sua vez, a discriminação. Ambos aparecem em graus diferenciados, ou seja, na negação dos direitos, no constrangimento moral, na exclusão dos portadores dos mais diversos espaços de sociabilidade e, com frequência, na anulação do outro enquanto cidadão.

O Serviço Social frente a essas anulações é acionado para intervir e construir respostas que venham modificar atitudes e amenizar os efeitos devastadores da doença na vida dessas pessoas. Essa ação envolve estratégias não isoladamente, mas, juntamente com os sujeitos envolvidos, tornando-os sujeitos participantes na solução do problema vivenciado por eles.

A questão do preconceito, segundo os profissionais, é complexa, porque envolve não somente o preconceito da sociedade, mas também, e com mais freqüência o preconceito carregado pelo próprio portador, conforme relatado:

Entendo que o preconceito muito grande é do próprio paciente, ele mesmo tem preconceito, é muito difícil a aceitação [...] quando a gente diz que ele precisa aprender a conviver com o vírus, falamos sobre os cuidados para não desenvolver as doenças oportunistas, ele mesmo não aceita, tem vergonha, tem medo que as pessoas saibam. Eu sempre digo: se ele quer tratamento igual, então ele precisa se comportar de maneira igual, senão, ele mesmo está criando a discriminação pra ele (ENTREVISTA -10).

O assistente social é um profissional que “tem uma prática que se consolida na vida privada dessas pessoas” (MARTINELLI, 1998, p.140), tem a possibilidade, portanto, de trabalhar a maneira de agir, sentir, pensar e ver dos indivíduos. Nesse caso, sua ação incide na dimensão subjetiva dos cidadãos. É uma ação que exige, sobretudo, uma relação de troca e de confiança entre o profissional e o usuário.

Todavia, para que essa ação venha promover a emancipação dos portadores e resguardar os seus direitos, principalmente, os direitos humanos é necessário que esteja ancorada em referenciais teóricos e princípios éticos e políticos consistentes.

Contudo, a pesquisa revela que uma atitude preconceituosa e discriminatória não é algo restrito apenas às pessoas leigas e desinformadas; ela abrange também os profissionais da saúde. Segundo os assistentes sociais, este é o segmento mais difícil de ser trabalhado. Tal constatação é expressa na fala do profissional:

Às vezes eles (portadores) vêm de outro hospital dizer que perceberam atitudes discriminatórias dos profissionais com eles, o profissional de enfermagem fazendo procedimento sem luvas e quando chega à vez dele o profissional coloca a luva [...] Existe discriminação de alguns profissionais na saúde com os portadores, acho que a Secretaria de Saúde deveria trabalhar melhor essa questão

junto aos profissionais, principalmente, com aqueles que estão em outras unidades ditas não especializadas em doenças infecto-contagiosas (ENTREVISTA -09).

Exigir tratamento igualitário e digno em qualquer esfera das relações sociais faz parte da construção diária da cidadania. Nesse caso, percebe-se que ainda há um índice significativo de desinformação entre os profissionais de saúde, ou seja, torna-se cada vez mais necessário o investimento em recursos humanos, no sentido de oferecer treinamento continuado. Apesar disso, vem ocorrendo uma redução bem significativa nos recursos disponíveis para a área de treinamento desde 1998, quando apenas 3,4% do orçamento do Programa Nacional de DST/AIDS foi destinado para treinamento (ARRILHA, 2001).

A gravidade do problema na saúde em relação ao preconceito e à discriminação fica evidenciada no depoimento do profissional, quando se reporta à classe médica:

O maior desafio é o preconceito até na área médica. A paciente tem um nódulo na mama e é portadora do vírus, tem que operar e aí começa o jogo de empurra, isso não é comigo, é com fulano. As gestantes soropositivas, todo hospital segundo à Norma do Ministério da Saúde, deveria atender e estar preparado para atender essa gestante, mas eles (hospital e médicos) entendem que o médico, o único obstetra/ginecologista que está cadastrado na rede do município trabalhando com HIV fazendo o pré-natal com a gestante deve ser chamado a toda hora pra fazer o parto, quando na realidade não é isso. Ele trabalha no pré-natal e pode até passar as informações ao colega que vai fazer o parto. Mas, o parto deve ser feito pelo médico plantonista que está lá e o hospital deve ter todas as condições de atender, inclusive, ter os antiretrovirais para ser aplicado durante e após o parto. Então, essa é uma grande dificuldade que a gente tem hoje na saúde (ENTREVISTA - 10).

A epidemia da AIDS é um sinal inequívoco dos impasses, contradições e lacunas presentes na sociedade. O seu surgimento expõe de maneira contundente os limites da medicina e a fragilidade da espécie humana, ainda que de forma aparentemente pouco

evidente. O profissional de medicina é formado para salvar vidas independente das circunstâncias. A recusa ao atendimento do usuário cometido pelo médico infringe várias leis juridicamente regulamentadas na sociedade e infringe, inclusive, o seu Código de Ética Profissional.

Segundo Vasconcelos (2004, p.60), “dentre os dezenove princípios fundamentais do Código de Ética Médico”, destaca-se que esta é “uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade sem discriminação de qualquer natureza”. O profissional que se recusa a realizar o parto, além de cometer um grave ato antiético, contraria a Lei n.9.313/96 que, além de tratar do fornecimento gratuito da medicação para os portadores, estabelece também que “não se pode negar atendimento no SUS sob alegação de não possuir conhecimento especializado na matéria ou estar em situação de risco de ser contaminado” (BRASIL, 1996, APUD, GAPA-BA, 2000, p.164).

O profissional do Serviço Social não deve compactuar com essas ações, nem com profissionais da saúde pública que fazem uso de práticas que não priorizam a condição humana. O profissional necessita se apropriar dos instrumentos legais para desenvolver uma ação que denuncie e/ou torne esse tipo de atitude pública<sup>69</sup>.

Ainda em relação às demandas e de acordo com o gráfico 05, pode-se verificar que 50% da procura do usuário ao Serviço Social está relacionada a três demandas, quais sejam: passe livre para o transporte coletivo, orientação à família e a rejeição familiar.

A questão do passe livre no transporte municipal e intermunicipal é assegurada pela Lei 7.803/2000. Este benefício, segundo a profissional entrevistada:

---

<sup>69</sup> De acordo com o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, em seu Art.10, “são deveres do assistente social: ser solidário com outros profissionais, sem, todavia, eximir-se de denunciar atos que contrariem os postulados éticos contidos neste código” (BRASIL, 1993).

Foi uma conquista deles, foi uma luta deles que conseguiram a muito custo, principalmente, os intermunicipais. Os grupos de associação conquistaram esse direito (ENTREVISTA - 01).

O passe livre nos transportes intermunicipais beneficiou os portadores que residem em outros municípios e não dispõem de atendimento especializado em HIV/AIDS. Essa foi uma conquista fruto da luta desencadeada pelas ONGS/AIDS do Estado. Todavia, para que o portador tenha acesso à gratuidade é necessário que esteja em tratamento na unidade hospitalar; para comprovar a sua permanência no serviço, o portador precisa apresentar à Secretaria de Transportes Urbanos um formulário assinado pelo médico e pela assistente social, no qual consta a condição sócio-econômica do portador. Ver formulário de declaração (anexo 12).

Quanto à demanda que envolve a orientação e a rejeição familiar, estas apresentam um aspecto conjugado, ou seja, são demandas que estão intimamente ligadas e, em alguns casos, a rejeição precede ao trabalho de orientação.

Para a família ter alguém no núcleo familiar com AIDS é algo inesperado. Isso porque no imaginário coletivo da família, HIV/AIDS é uma coisa que atinge outra família e não a dela. Essa nova situação interfere nos vínculos familiares, pois, envolver o medo da contaminação, o preconceito e a discriminação. Segundo Figueiredo (2001, p.214)~, “o medo e o preconceito estão espalhados na sociedade e a família provavelmente não se livrou deles”.

O impacto causado pela AIDS na estrutura familiar gera reações que podem variar na sua forma e intensidade. A família pode, inclusive, adoecer junto com o paciente,



chegando a ter reações sintomáticas iguais às dele (FERREIRA, 2000). Por esta razão, a família de um portador necessita de assistência tanto quanto o indivíduo adoecido.

Ao se interpelar os profissionais sobre a realização de trabalho desenvolvido pelo setor com as famílias, 83% dos profissionais responderam sim e 17% responderam que não desenvolvem trabalho com as famílias. Percebe-se com isso, uma contradição entre os profissionais.

Quando se perguntou sobre o tipo de trabalho desenvolvido, os profissionais relataram que fazem: orientação, aconselhamento e apoio psicossocial. A orientação envolve esclarecimentos sobre a doença, tais como: formas de transmissão, cuidados que devem ter com o portador e, principalmente, a importância do apoio familiar na recuperação do paciente em um momento de crise.

O apoio da família é fundamental pra que o paciente numa crise quando entra no serviço consiga ser resgatado, isso daí é fundamental na recuperação (ENTREVISTA – 11).

Contudo, esse “acolhimento ou não por parte da família está muitas vezes relacionados a laços afetivos anteriores, forma de contágio e sentimentos que isto provocou” (FIGUEIREDO, 2001, p.219). Daí a necessidade dos familiares receberem orientações “precisas, claras e consistentes sobre a infecção, risco potencial de contágio, incluindo normas de limpeza, o que fazer em acidentes com sangue, sexo seguro, entre outros” (Id, ibidem).

Na verdade, a orientação, o aconselhamento e o apoio psicossocial são atividades que visam preparar a família do portador para a nova realidade. Para a família há sempre o choque inicial quando descobre a condição sorológica do indivíduo. Segundo os

profissionais, o choque pode transformar-se em sofrimento ou mesmo na rejeição familiar. Apesar disso, o trabalho com as famílias é fragmentado e pontual, ou seja, apesar da demanda ser explícita não existe um trabalho coletivo direcionado; isso explica porque 17% dos profissionais consideram que não desenvolvem trabalho com as famílias.

A explicação dada pelos profissionais para a ação fragmentada é de que o contato com as famílias só ocorre quando o familiar procura “espontaneamente” o setor. Geralmente, o contato acontece quando o portador é internado e, muitas vezes, a família só vem saber que aquela pessoa contraiu o vírus da AIDS no internamento. Os profissionais relatam que a maioria dos pacientes esconde da família que é portador.

Na verdade, o portador faz uso do direito de confidencialidade, ou seja, a sua condição sorológica só pode ser divulgada, mesmo que seja para a família, se este autorizar<sup>70</sup>. O profissional da saúde só pode revelar a condição sorológica do paciente quando este colocar em risco de contaminação outras pessoas.

O trabalho com os familiares dos portadores é essencial. No entanto, o mesmo não pode se constituir em oferecer respostas imediatas e vazias de uma reflexão mais aprofundada da ação realizada. Até porque, os problemas decorrentes com a família por causa da doença passam a interferir, inclusive, no tratamento e no bem estar do portador. Um trabalho mais consciente pode evitar, inclusive, que seja desencadeado o processo de rejeição familiar, que segundo os profissionais, é bem significativo no universo da epidemia de HIV/AIDS.

---

<sup>70</sup> A prerrogativa da confidencialidade encontra-se ancorada no Art. 5º da Constituição Federal, quando trata dos direitos invioláveis; no Código de Ética do Médico (art.105) que veta o profissional de revelar informações confidenciais sobre os pacientes e também, no Código Penal (art.154) que trata da violação da intimidade (GAPA-BA, 2000).

A questão da rejeição familiar se configura em um dos aspectos sociais mais difíceis da epidemia; isso é um consenso entre todas as profissionais entrevistadas. Todas já atenderam no hospital casos que envolveram a rejeição do familiar. Quando perguntado sobre as razões que levam à rejeição, os assistentes sociais dizem que as principais são: o preconceito, o medo da contaminação e a desinformação.

Entretanto, a rejeição é desencadeada também por outros fatores como: o distanciamento nas relações entre o portador e a família (muitas vezes o distanciamento é anterior à descoberta da doença) e a condição sócio-econômica da família, uma vez que o empobrecimento no universo da AIDS está crescente e isso contribui para que haja uma vulnerabilidade maior à rejeição familiar.

A rejeição familiar vem quase sempre acompanhada da exclusão, na qual o portador é tolhido da prerrogativa dos direitos de cidadania chegando por vezes, as formas extremas como os maus-tratos e o isolamento. Segundo o profissional, tais problemas só são detectados quando o portador é internado.

Não se sabe como a família está tratando essa pessoa, a gente sabe de paciente que a família não trata bem, constrói um quartinho lá atrás com banheiro e deixa ele isolado [...] na hora em que se tenta retornar o paciente ao convívio familiar, reativar os laços familiares é muito difícil [...] (ENTREVISTA – 02).

Apesar da grande necessidade de assistência à família do portador, em Natal, diferentemente de Mossoró, o Serviço Social não dispõe de carro para realizar uma visita domiciliar<sup>71</sup> àqueles portadores em que haja suspeita ou mesmo confirmação de rejeição por parte da família. Neste sentido, o trabalho fica restrito aos muros do hospital. Os

---

<sup>71</sup> A visita domiciliar é um instrumental de trabalho utilizado pelo Serviço Social. Através deste, torna-se possível “potencializar as possibilidades de conhecimento da realidade do usuário”, e tem como “ponto de referência a garantia de seus direitos” (SARMENTO, 1999, p.289).

profissionais afirmam que diante da impossibilidade de agir além do hospital, eles acionam outras vias legais como: Ministério Público, mais especificamente, a Promotoria dos Direitos Humanos ou mesmo a Ordem dos Advogados do Brasil – OAB, onde tentam encontrar algum advogado disponível que queira representar o paciente.

Constatou-se que, apesar desse discurso, existe uma paciente morando há dois anos no hospital em Natal, devido à rejeição da família. Neste caso, os profissionais não fizeram nenhuma referência ao aparato legal, nem explicaram de que forma esse tipo de asilamento é tratado no hospital, sobretudo, pela direção. Aliás, não ficou claro se esse asilamento é do conhecimento da direção da instituição. Ao contrário, a assistente social fala da dificuldade de mantê-la no hospital, mas não aponta uma ação concreta para resolver tal problema e diz:

A paciente mora aqui no Gizelda porque a família não a quer em casa, apesar de ser uma pessoa que tem salário, que podia estar em casa [...] (ENTREVISTA – 02).

Pra mim, o pior é a rejeição familiar, nós temos uma paciente aqui que vai fazer dois anos e ela não vai pra casa porque a família não aceita de forma alguma, o tratamento dela nessa casa é horrível. Ela só está viva até hoje porque está aqui. A gente já conversou com os pais, são pessoas totalmente ignorantes e idosas, difíceis de entender e acham que o Estado tem que arcar mesmo com o cuidado (ENTREVISTA – 03).

Para os profissionais, a dificuldade em relação à rejeição aumenta pelo fato do município de Natal não dispor de uma Casa Abrigo para os portadores que se enfrentam esse tipo de problema. Nas grandes capitais brasileiras, já existem casas abrigo para portadores de HIV/AIDS, alguns desses abrigos são frutos da iniciativa das ONGS em

parceria com o Governo Federal, Estadual e Municipal. O fato é que os abrigos servem não apenas para as vítimas da rejeição familiar, mas também, para aqueles portadores que residem em municípios que não dispõem de atendimento e exames especializados e ao se deslocarem para os grandes centros não têm casas de familiares para ficar.

Paralelo a isso, persiste ainda hoje no imaginário de alguns familiares a idéia de transferência da responsabilidade do paciente para o Estado, para o hospital e também para o Serviço Social, conforme relata o profissional:

Aqui, a rejeição familiar é bem significativa. Quando faço entrevista com algum familiar que tem portador de HIV é assim, internar e pronto, é de responsabilidade do governo, não gente, até que prove o contrário à família é responsável pelo seu paciente. Eu quero mostrar com isso, a questão da transferência, eles transferem toda a responsabilidade do paciente para o hospital e para o Serviço Social (ENTREVISTA – 04).

A questão da “transferência” remonta a visão que a sociedade formou do hospital ao longo dos anos, que é de controlar e excluir pessoas consideradas sem condições para a convivência social saudável. Reconstrói também a idéia do hospital como asilamento, ou um local para morrer. Esse tipo de pensamento é mais freqüente naquelas famílias que se recusam a cuidar de seus doentes ou se sentem ameaçadas pela a doença. Além disso, o depósito do paciente no hospital é uma estratégia encontrada pela família diante de suas condições de vida.

As famílias sobrevivem com severas limitações econômicas, e este é um fator preponderante no processo de rejeição familiar. Ter uma pessoa com doença crônica em casa envolve cuidados especiais, sobretudo, com a alimentação, o que se torna inviável ante a condição de miserabilidade da família.

Na visão dos profissionais, a rejeição agrava-se devido a inexistência na esfera governamental, especificamente na política de assistência social, de um programa voltado para os portadores de HIV/AIDS que se encontram em situação financeira difícil ou que tenham sido rejeitados pelos familiares.

As dificuldades no atendimento ao portador aqui no hospital é exatamente a falta de programas, porque o programa do Ministério não atinge todos os portadores de uma forma que você diga assim, nesse programa os portadores de HIV/AIDS do RN são assistidos. Geralmente, quando chega alguma coisa para o portador já vem de cima pra baixo e vai ser apenas cumprido e talvez não seja nem o anseio, nem a necessidade do portador de HIV, pode ser pra quem elaborou, por isso eu acho que tinha que sair da base, de nós, porque nós somos a porta de entrada do hospital [...]. Não existe uma ação concreta e permanente voltada para o portador, eles não têm condições de sobreviver, eu acho que a realidade é complicada (ENTREVISTA – 04).

O profissional tem clareza da situação precária em que vive o portador, como também da exclusão deste na política de assistência. A luta pela inclusão do portador na agenda pública da política da assistência não deve ser reduzida a apenas uma profissão, mas pelo conjunto da sociedade civil organizada, sobretudo, pelas ONGS/AIDS que lutam pelos direitos dos portadores.

A ausência de programas assistenciais limita a ação dos profissionais que trabalham na saúde pública com os portadores de HIV/AIDS. Mas, os limites não devem servir de mola nem de esconderijo para que os profissionais desistam de buscar alternativas. Ao contrário, diante das diversidades é que o profissional deve dar maior visibilidade ao trabalho, potencializando a sua dimensão política e, sempre que possível, denunciar o “desrespeito dos direitos humanos e sociais identificados, reforçando a dimensão pública das ações profissionais” (IAMAMOTO, 1998, p.146).

As questões referentes aos direitos sociais e humanos se constituem em demandas expressivas no cotidiano de trabalho do assistente social nos hospitais públicos. No Brasil, sabe-se que os direitos sociais adquirem uma concepção universalista com a Constituição Federal em 1988.

Nesta, uma nova relação é estabelecida entre o mundo social e o universo público da cidadania, com vistas à ampliação da igualdade e da equidade e, sobretudo, da justiça social. No caso da epidemia do HIV/AIDS, além dos direitos sociais constituídos, existem também os direitos criados para proteger o portador em suas relações sociais, seja no mundo do trabalho ou na convivência comunitária.

O trabalho desenvolvido pelo Serviço Social junto ao portador, no tocante aos direitos, consiste em divulgar e informar o usuário sobre os meios legais de acessar e acionar os mesmos. Para o profissional, uma das funções do assistente social na instituição é fazer valer os direitos do paciente independente de qualquer situação, nesse sentido:

Explicar os direitos e ficar incondicionalmente ao lado dele (paciente) até o fim naquela luta sobre o direito [...]. No nosso dia-a-dia a gente contribui com eles sobre a questão do direito porque a gente interpreta, orienta e ver qual é o melhor caminho a seguir, para só então, encaminhar o usuário na conquista daquele direito (ENTREVISTA – 02).

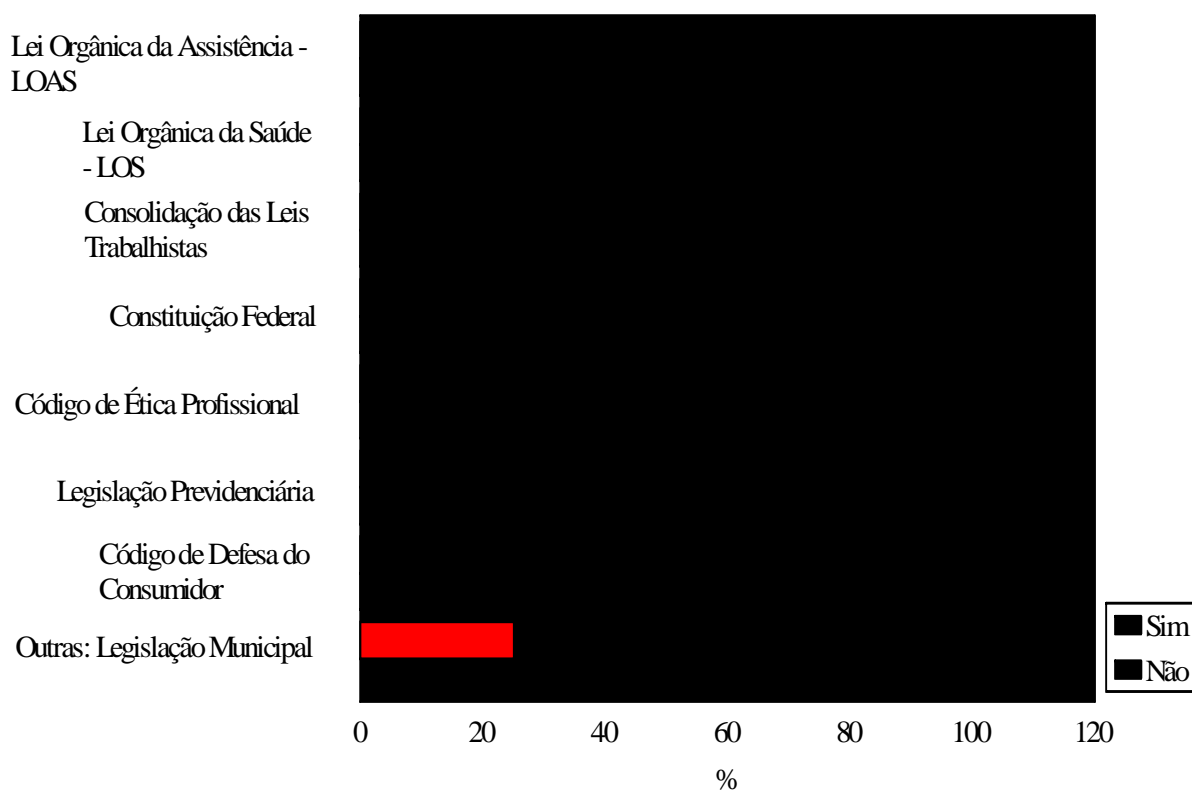
A direção social e política da ação profissional explicitada no projeto profissional envolvem, dentre outras escolhas, a defesa intransigente dos direitos humanos e sociais, com vistas à ampliação da cidadania como condição necessária na efetivação dos direitos legalmente constituídos em qualquer área de atuação do assistente social, seja na saúde, educação, assistência, trabalho, etc. Cabe ao profissional informar a população demandante

os seus direitos, mas também, estimulá-la a lutar pelo cumprimento da lei, conforme relata o profissional:

A gente deve dar oportunidade pra que ele lute pelos seus direitos, mas não puxar na mão e levar e cuidar do direito dele, porque se nós aqui brigamos e ele não toma consciência, na hora em que a gente largar a mão, ele fica perdido [...] é preciso que a gente caminhe junto com ele pra que ele saiba lutar pelos seus direitos enquanto cidadão, portador e ser humano (ENTREVISTA – 10).

O processo de conscientização da população para reivindicar direitos e a forma de participação desta nos processos decisórios torna-se possível através da socialização da informação. Isso porque exercer a cidadania envolve participação, ninguém delega a outrem o direito de ser cidadão. Para tanto, a informação clara e precisa sobre os direitos é fundamental para que o assistente social desenvolva sua ação com segurança junto aos usuários.

#### **Gráfico 06: Conhecimento dos Assistentes Sociais sobre a Legislação Social de Proteção ao Portador de HIV/AIDS**





Procurou-se verificar através da aplicação do questionário o nível de conhecimento dos profissionais sobre a legislação social, em razão desses instrumentos legais serem referências para o fazer-profissional do assistente social frente às diferentes formas de expressão da questão social. Note-se que o gráfico não se refere apenas à legislação social de proteção ao portador de HIV/AIDS, mas a todos os cidadãos em geral.

O que mais chamou atenção sobre a legislação social foi o desconhecimento dos profissionais acerca da Lei orgânica da Saúde que regulamenta as ações de saúde em todo o território nacional; da CLT que trata da legislação trabalhista; da Constituição Federal marco maior da regulação jurídica e social do país, além do expressivo número de profissionais que desconhecem o código de ética da profissão, conforme evidencia o gráfico 06.

É possível o assistente social atuar no campo da saúde desconhecendo quais são, de fato, os direitos dos usuários assegurados nos instrumentos legais? Entende-se que ao desconhecer a legislação, o profissional fica impedido de voltar a sua ação para a socialização desses direitos limitando sua capacidade de assegurá-los e ampliá-los conforme determina o projeto ético-político profissional.

A socialização das informações, principalmente concernente aos direitos, segundo Silva (2000, p.116), “é uma ação profissional de elevado valor pelo efeito que produz”, principalmente porque instrumentaliza e “fortalece o usuário no acesso e no processo de mudança da realidade na qual se insere, na direção da ampliação dos direitos e efetivação da cidadania” (Idem, p. 114).

Dessa forma, o assistente social, enquanto profissional viabilizador de direitos, tem na legislação social um elemento fundamental do seu trabalho cotidiano, pois é através desta que o profissional pode promover a inclusão social dos usuários. Segundo Couto

(1999, p.207), “é impossível trabalhar na ótica dos direitos sem conhecê-los”, assim como é impossível também “pensar na sua ampliação se não estiver atento às dificuldades de sua implementação”.

Entretanto, ao desconhecer a legislação nacional, o profissional desconhece também as leis criadas no âmbito do município. Em Natal, existem várias leis que tratam da proteção ao portador de HIV/AIDS, porém nenhuma foi citada pelos profissionais<sup>72</sup>.

Essa legislação é de fundamental importância tanto para o portador, como para o profissional que, entre outras atribuições, desenvolve um trabalho educativo junto aos portadores sobre seus direitos.

No entanto, para o profissional, a socialização dos direitos é dificultada pelo grau de escolarização do usuário do serviço de saúde portador de HIV/AIDS. A profissional expressa que:

A população é muito desprovida de seus direitos, da condição humana, da informação mesmo na época da globalização. Nós estamos num país que tem um contingente muito grande de miseráveis, de analfabetos empobrecidos, tudo isso leva o indivíduo a ter mais dificuldades de processar algumas informações e conseqüentemente de buscar os seus direitos (ENTREVISTA – 11).

O profissional reconhece que o analfabetismo e o empobrecimento são elementos limitadores no exercício da cidadania, isso contribui para aumentar a responsabilidade do assistente social no trabalho sobre o esclarecimento e divulgação dos direitos sociais.

---

68.A propósito, o gráfico não aborda nenhuma legislação específica do portador no município, mas também, a única legislação mencionada pelos profissionais foi o Passe Livre. Entretanto, em Natal, o Poder Executivo Municipal criou a Leis que tratam de: atos discriminatórios, comercialização de preservativos, isenção de IPTU e normas éticas para o atendimento de pacientes com AIDS. Essa legislação encontra-se disponível nos anexos (1-7).

O analfabetismo no Brasil, segundo a PNAD (2003), atinge um contingente de 14,6% milhões de brasileiros. As regiões Norte e Nordeste apresentam a maior concentração de analfabetos do país. No universo epidêmico do HIV/AIDS, o Boletim Epidemiológico de AIDS (2004) aponta um adoecimento maior em pessoas de baixa escolaridade, ou seja, 46,4% dos casos da doença atingem pessoas do sexo masculino que possuem entre 1 a 7 anos de estudo. O sexo feminino com menor escolaridade é o mais atingido, representando 51.2% dos casos em relação ao universo masculino (BRASIL, 2004, p.33).

A questão da efetivação dos direitos torna-se problemática, principalmente pela a omissão do Estado na viabilidade dos mesmos, uma vez que as políticas sociais passam a ter um caráter cada vez mais focalizado, com clara destituição do direito de cidadania no campo da proteção social.

No trabalho desenvolvido pelo Serviço Social com o portador de HIV/AIDS, verifica-se uma gama variada e complexa de demandas, principalmente aquelas vinculadas diretamente à epidemia e ao processo contínuo de tratamento, como é o caso da adesão ao tratamento.

Apesar do investimento do governo federal para disponibilizar a medicação anti-retroviral<sup>73</sup>, a adesão ao tratamento pelo portador se constitui num desafio para os profissionais de saúde, dentre eles, o assistente social. Este é requisitado para desenvolver um trabalho educativo junto ao portador, no qual enfatiza a questão da aceitação da doença e a importância do tratamento.

---

<sup>73</sup> O Brasil é o único país da América Latina a fornecer gratuitamente o tratamento às pessoas vivendo com AIDS. Segundo o MS (2003), a medicação anti-retroviral (ARVS) possibilitou a sobrevivência das pessoas e em cinco anos evitou 358 mil internações, entre 1996/2000, a economia com assistência aos portadores foi da ordem de U\$2,2 bilhões de dólares, destes U\$ 1,23 bilhões foram economizados com tratamento e internações provocados pelas infecções oportunistas. Hoje, o país fabrica oito dos quinze medicamentos utilizados no coquetel, isso só foi possível com a quebra de patente desses medicamentos junto à OMS, em 2000.

Segundo os profissionais, é extremamente importante, na efetividade do tratamento, a adesão à medicação, entretanto, esta só ocorre quando o portador aceita o diagnóstico. Sabe-se que os anti-retrovirais melhoram a qualidade de vida dos usuários porque diminuem as constantes interações causadas pelas doenças oportunistas, mas, apesar da gratuidade, a resistência ao uso dos ARVS é muito grande:

A adesão do paciente ao tratamento é muito difícil, a maioria para aderir ao tratamento é preciso muito trabalho de orientação, de aceitação da doença mesmo, a gente faz isso diariamente até haver uma adesão total do paciente (ENTREVISTA – 07).

A aceitação do diagnóstico e o uso dos anti-retrovirais estão associados ao deslocamento da “condição de soropositivos para doentes de AIDS; o início do tratamento é um divisor de águas entre a vida e a proximidade da morte” (NARCISO; PAULILO, 2001, p.6). Além disso, a não adesão está associada a outros fatores como: tempo de tratamento, efeitos colaterais, confiança do portador em relação à medicação e as condições sócio-econômicas dos mesmos.

A adesão ao tratamento em doenças consideradas crônicas tem sido estudada (e sabe-se que a não adesão é como uma questão universal) já que a mesma não se restringe somente aos países pobres, mas atinge também os países ricos. Outras doenças como diabetes, hipertensão arterial, asma, doenças psiquiátricas etc, encontram resistência igual ou maior do que a AIDS. (NARCISO; PAULILO, 2001).

O que desestimula o paciente a fazer o tratamento é que uma vez começado não pode parar nem deve ser usado de maneira irregular. Porque o vírus fica mais resistente,

passando inclusive, a não responder mais ao tratamento, então as doenças oportunistas tornam-se mais severas.

Por outro lado, a medicação anti-retroviral provoca inúmeros efeitos colaterais indesejáveis ao portador.<sup>74</sup> Segundo Ferreira (2000), os efeitos colaterais que envolvem sintomas psiquiátricos podem ser acentuados pelo uso do álcool e pelo processo de exclusão e isolamento social ao qual o portador é submetido.

Outro aspecto que envolve a questão da adesão diz respeito à relação de confiança estabelecida entre o portador e os profissionais de saúde. Para Figueiredo et al (2001, p.129), “a adesão do paciente ao tratamento depende em grande parte da capacitação e sensibilização dos profissionais envolvido nesta orientação”. Em razão disso, a presença do assistente social nesse processo de sensibilização é de fundamental importância, por desenvolver uma relação mais próxima do paciente e conhecer melhor alguns aspectos da história de vida do portador.

Todavia, os assistentes sociais entendem que o maior entrave no processo de adesão do usuário ao tratamento ainda é a condição sócio-econômica do mesmo. Visto que, para suportar os efeitos colaterais severos da medicação é imprescindível que o mesmo tenha uma alimentação adequada. Por outro lado, não existe um programa assistencial que dê suporte àqueles que estão em tratamento e que vivem em situação de miséria. Essa situação é percebida pelo profissional que afirma:

Eu acho que poderia ter políticas que dessem um suporte maior a isso, enquanto a pessoa estivesse em tratamento poderia se estabelecer algum critério sabe, a questão da pessoa não ter renda mesmo, acho que o Estado deveria se responsabilizar de uma certa forma por essas pessoas. Talvez, se houvesse

---

<sup>74</sup> Segundo Oliveira e Dalgalarondo (2001, p.62) os principais efeitos colaterais estão associados aos distúrbios neuropsiquiátricos, tais como: convulsões, confusão mental, insônia, cefaléia, psicoses, tremores, déficit de memória, irritabilidade, depressão e perda de apetite.

alguma forma dele prestar um certo serviço e o governo pagar por isso, seria uma alternativa, só sei que nenhum paciente suporta fazer o tratamento sem uma boa alimentação. A droga é muito forte e são vários comprimidos por dia, o Estado deveria dar toda assistência de medicamento e alimentação para aqueles que não têm condições (ENTREVISTA – 07).

Trabalhar com a AIDS significa agir sobre diferentes formas de exclusão social e de desrespeito aos direitos humanos e sociais. Não basta apenas compreender as lacunas na política voltada para este segmento, mas necessita, sobretudo, que haja ações concretas que efetivem mudanças na realidade social do portador. De acordo com Paiva, sendo o assistente social um trabalhador especializado que lida com essa realidade:

Deve apresentar propostas profissionais que vislumbrem soluções para além da requisição da instituição, cujas demandas são apresentadas na versão burocratizada e do senso comum, destituídas da tradução ético-política ou da interpretação teórico-metodológica. Cabe ao assistente social a responsabilidade de imprimir na sua ação os saberes acumulados pela profissão, ao longo do processo de reelaboração das demandas a ele encaminhadas (1999, p.81).

O universo do portador é um mundo de vidas fragilizadas e graves problemas sociais. Em consequência, as demandas advindas desse segmento são revestidas de complexidades e contradições que, por vezes, limita e inviabiliza o trabalho e o resultado almejado pelo assistente social. Atender as demandas colocadas pelo portador e promover a sua inclusão social exigem que o profissional extrapole os objetivos institucionais e as práticas humanitária, messiânica e espontaneísta. Esse universo contraditório requer que o profissional seja capaz de:

Empreender estratégias e ações que favoreçam os interesses e as necessidades dos usuários. Isso só depende da capacidade de desvendamento e apreensão

dessas contradições, o que demanda uma qualidade de análise da realidade trabalhada que resulta em conhecimentos e informações necessárias para a criação de formas de acesso aos recursos, enquanto direitos sociais, e de exercício de relações democráticas, solidárias e justas (VASCONCELOS, 2002, p.418).

Nesse sentido, o empreendimento de estratégias e ações viabilizadoras de inclusão social requer um projeto de trabalho que possibilite o profissional a se desprender das respostas pragmáticas e imediatistas, para que este possa reelaborar e redefinir as formas de enfrentamento às diferentes demandas postas em seu cotidiano profissional.

A ação pautada em um projeto de trabalho possibilita um novo fazer profissional. Para tanto, procurou-se saber se o Serviço Social no hospital possuía um projeto de trabalho. Do total de profissionais, 50% responderam sim e os outros 50% afirmaram não ter um projeto de trabalho próprio do setor na unidade de serviço. Os profissionais que responderam negativamente estão inseridos no hospital no município de Natal. A justificativa é de que estão elaborando o projeto. O entrave, segundo eles, é a reforma do hospital que se prolonga há três anos deixando o trabalho pouco sistematizado em razão das constantes mudanças dos setores. Na ocasião da pesquisa, o Hospital-Dia estava funcionando provisoriamente em uma ala de enfermaria.

No outro hospital, em Mossoró, os profissionais afirmaram ter um projeto de trabalho, mas não se teve acesso ao mesmo. Neste, a prioridade, segundo os profissionais, são os usuários, confirmado em 58% das respostas; os outros 42% não conseguiram responder quem são os atores privilegiados no projeto.

Um projeto de trabalho do Serviço Social é um elemento fundamental no cotidiano institucional, porque fortalece a autonomia da profissão na instituição, estabelece novos mecanismos de democratização dos serviços, estimula a pesquisa sobre a realidade social

trabalhada e facilita a definição de objetivos a serem alcançados, bem como torna possível adotar novos procedimentos de ação. Para tanto, esse trabalho envolve “escolhas e ações que estejam conectados a projetos profissionais aos quais subjazem referenciais teóricos e princípios ético-políticos” (GUERRA, 2000, p.59).

A pesquisa verificou também o método de trabalho do Serviço Social, se em equipe multiprofissional ou interdisciplinar. A este questionamento, 83% responderam sim e 17% responderam não. Entretanto, percebeu-se na fala dos profissionais uma negação em relação ao trabalho em equipe, alguns assumem que o trabalho, na maioria das vezes, é individualizado:

O hospital fica muito no imediatismo da doença em si, os outros fatores que interferem não faz, não aceita [...]. Apesar de ter o nome de equipe, o atendimento é individualizado. Eu, assistente social, vou lá e vejo o paciente; o nutricionista resolve o dele, o médico e a enfermagem vão lá e resolvem o deles. Algumas coisas são resolvidas em comum, mas a prática é individualizada [...] o próprio sistema de saúde estimula essas práticas individualizadas [...] (ENTREVISTA – 01).

A enfermeira fica num canto, o médico noutra, o assistente social noutra, mas aquele espírito de equipe, de você pegar um caso discutir, resolver, não existe. Existe a equipe, porque a equipe é diferente do grupo. A gente vai passando o paciente de um profissional para outro, é assim, cada um vai fazendo sua parte, a gente vai se encontrando no corredor e dizendo, olha o paciente que você encaminhou eu verifiquei tal, mas, o grupo trabalhar junto, não acontece [...] (ENTREVISTA -02).

O sistema de saúde não estimula ações isoladas e individualizadas, ao contrário, dentre seus objetivos, o SUS estabelece que a assistência às pessoas deve priorizar as ações integradas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O estímulo à prática interdisciplinar é incentivado pelo Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, quando trata das suas relações com outros



profissionais. O trabalho em equipe requer um planejamento das ações para que se chegue a uma direção ou resultados pretendidos; e envolve alianças, parcerias e articulação entre os diferentes profissionais. Segundo Couto (1999, p.209), “a construção coletiva de estratégias de enfrentamento dos limites impostos hoje nas políticas públicas”.

O trabalho desenvolvido pelo assistente social com os portadores de HIV/AIDS nos hospitais públicos, independente de ser em equipe ou não, exige que o profissional conheça o usuário, suas necessidades, sua realidade social, suas condições de vida e as intercorrências sociais que contribuem para o agravamento da sua saúde.

Nesse processo de trabalho, é imprescindível que o setor faça registro dos atendimentos realizados com os usuários. Nas instituições pesquisadas, os principais documentos de registro das atividades são: livro de ocorrência (83%); ficha individual (50%) e prontuário (17%).

O primeiro contato com o usuário é feito através da entrevista social, na qual o profissional informa as normas institucionais e os serviços disponíveis, além de levantar informações sobre as condições sócio-econômicas e sanitárias do mesmo. Esses dados são registrados na ficha individual<sup>75</sup>, nesta também é escrito dados pessoais e possíveis problemas familiares. No prontuário é registrado o que determinou a busca pelo atendimento, as causas da internação e as solicitações feitas ao setor. O prontuário contém dados pessoais e a situação do paciente em relação ao tratamento, se houve abandono ou não.

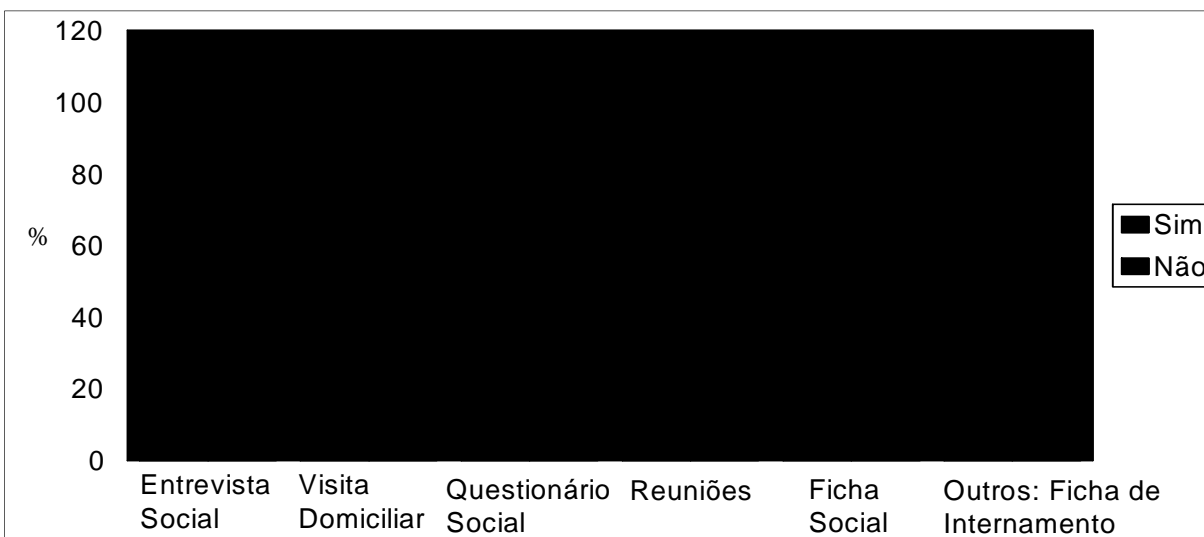
No livro de ocorrência é registrado o atendimento realizado no plantão: os internamentos, altas e óbitos. Como também, as pendências para que o profissional que está assumindo o plantão dê continuidade à ação.

---

<sup>75</sup> Ver ficha de evolução do usuário e ficha social: anexos 13-14

Além desses documentos, nos quais o profissional faz o registro de suas ações, utiliza também instrumentais técnico-operativos que fazem parte do processo interventivo, conforme apresenta o gráfico 07.

**Gráfico 07: Instrumental técnico-operativo utilizado pelo Assistente Social no hospital**



O instrumental técnico-operativo utilizado pelo profissional não se resume apenas a um amontoado de técnicas a serem manipuladas aleatoriamente. O acervo instrumental operacionalizado pelo assistente social potencializa a objetivação do trabalho quanto aos objetivos e resultados a serem obtidos.

Ao acionar os instrumentais em seu fazer profissional, o assistente social enquanto receptor da demanda e mediador do repasse do serviço, pode trabalhar com instrumentais de caráter individual ou coletivo. Independente do seu caráter, o instrumental é uma mediação feita pelo profissional entre a demanda explícita e a implícita. Isto é, a utilização qualificada do instrumental permite que o profissional reconfigure criticamente a demanda num processo de recriação em todas as suas dimensões, sejam elas, políticas, econômicas

ou sociais, a fim de que sua ação possa construir estratégias que potencializem de fato um redirecionamento social da necessidade e/ou demanda inicial (GUERRA, 2000).

No entanto, para que o profissional acione o instrumental em sua intervenção a partir de uma visão crítica que possibilite a reconstrução desta, é necessário que esteja embasado em um sólido referencial teórico-metodológico vinculado a um projeto profissional, cuja direção permita viabilizar e ampliar direitos e políticas sociais, assegurando assim, a inclusão social do usuário a um determinado serviço ou política social.

Nesse sentido, o instrumental subsidia o conhecimento do profissional em relação à realidade social do usuário. Os instrumentais apresentados no gráfico 03, como: entrevista, questionário e ficha social permitem um maior conhecimento e aproximação das condições de vida do usuário por parte do profissional. Esses instrumentos potencializam o levantamento de dados, tornando possível identificar elementos que não sejam apenas biológicos os quais incidem e interferem no desenvolvimento das doenças e do tratamento.

O levantamento de dados, além de subsidiar o acesso do usuário ao serviço, fornece para o assistente social e os demais profissionais, principalmente o médico, informações sobre as condições de vida do usuário, sobretudo, os fatores intervenientes que possam dificultar o tratamento do paciente.

O conhecimento acerca das condições de vida do usuário “não é só um verniz que se sobrepõe superficialmente à prática profissional, mas é um meio pelo qual é possível decifrar a realidade e clarear a condução do trabalho a ser realizado” (IAMAMOTO, 1998, p.63). Nesse sentido, é fundamental que o profissional conheça o mais próximo possível a realidade social dos sujeitos com os quais atua, esse conhecimento não pode ser isolado, estanque e vazio das determinações históricas dos processos sociais que as reproduzem.

Todavia, verificou-se que dentre os instrumentais elencadas pelos assistentes sociais as reuniões não são utilizadas em nenhuma instituição hospitalar. Em Natal, o entrave para a realização da mesma é a reforma do hospital. Segundo os profissionais, antes da reforma este instrumental era utilizado coletivamente com os usuários portadores de HIV/AIDS, para democratizar informações acerca da doença, da prevenção e do tratamento. Em Mossoró, as reuniões não são efetivadas por falta de espaço; o hospital não dispõe de uma sala que seja adequada para a realização da mesma.

A reunião enquanto instrumento, é um espaço para expressão das condições individuais e grupais dos usuários. A utilização desta, só deve ocorrer quando “dados, informações, recursos, etc, necessitam ser socializados entre pessoas envolvidas nas mesmas situações ou interesses comuns” (SARMENTO, 1994, p.284).

Ainda em relação aos instrumentais, verificou-se também que a visita domiciliar é utilizada apenas em Mossoró. O hospital dispõe de um veículo próprio do Programa de DST/AIDS que fica à disposição dos profissionais. Esse veículo serve para transportar os pacientes de alta ou aqueles que estão impossibilitados de se locomover, bem como para a visita domiciliar quando o caso requer um acompanhamento mais de perto<sup>76</sup>.

Em Natal, a impossibilidade de realizar a visita domiciliar pela falta de transporte prejudica e dificulta o trabalho realizado pelo Serviço Social, conforme expressa o profissional:

Existe a dificuldade da gente não ter um transporte para fazer uma visita domiciliar, para averiguar uma questão em lócus da família. Você sabe que a doença ultrapassa o muro do hospital. A gente teria que ter mais vínculo fora do

---

<sup>76</sup> Na verdade, a aquisição do veículo para o Hospital-Dia em Mossoró foi conseguida através de um projeto enviado ao Ministério da Saúde por duas assistentes sociais daquela instituição. O veículo faz parte do Programa de Assistência Domiciliar Terapêutica, incentivado pelo MS, cujo objetivo é “oferecer assistência integral e especializada na casa do paciente com a participação da família, com vistas à redução de internamento” ([www.aids.gov.br/final/asss/servocos.htm](http://www.aids.gov.br/final/asss/servocos.htm)) Acesso em 26/03/2005.

hospital, eu não diria que teria que acompanhar todos os casos, mas alguns precisam ter um acompanhamento maior (ENTREVISTA – 02).

A visita domiciliar, bem como frisou o profissional, é um instrumento que deve ser acionado em casos específicos. Esta não deve se transformar numa rotina de trabalho, mas também, não deve chegar ao extremo de nunca ser feita (SARMENTO, 1994). Esse tipo de instrumental é acionado quando é necessário conhecer, de forma mais aprofundada, as condições em que vivem os sujeitos. Objetiva, portanto, conhecer aspectos cotidianos das relações sociais geradoras de uma determinada situação social.

No caso do portador de HIV/AIDS, a visita domiciliar ocorre quando este abandona o tratamento, sofre discriminação e rejeição no âmbito familiar; ou diante de uma outra situação em que o profissional necessite conhecer melhor outras particularidades que envolvam o caso. No entanto, a visita domiciliar não deve ser uma ação policialista pautada em relações de dominação, de caráter invasivo na vida privada dos cidadãos. Ao contrário, deve ter como ponto de partida a garantia dos direitos.

A epidemia do HIV/AIDS coloca inúmeras demandas para o assistente social inserido nos hospitais públicos. Tais demandas atestam que trabalhar com AIDS não significa agir apenas sob uma forma de adoecimento, mas, sobretudo, sobre novas formas de exclusão social, que se materializa enquanto uma expressão da questão social em diversos aspectos, seja no convívio em comunidade, na família, no mundo do trabalho, nos serviços de saúde. O desafio dos profissionais é “ir além das rotinas institucionais e buscar apreender o movimento da realidade para detectar tendências e possibilidades nela presentes passíveis de serem impulsionadas”, apesar dos limites, das dificuldades e desafios que certamente fazem parte dessa realidade social (IAMAMOTO, 1998, p.21).

Ressalta-se que o cenário é de grandes desafios para o assistente social que trabalha com as seqüelas sociais da epidemia do HIV/AIDS nos serviços públicos de saúde, os quais exigem do profissional competência e criatividade, principalmente, frente à fragilidade da política de saúde e ao desmonte das instituições de saúde estimulada pelo ideário neoliberal implantado no país.

### **3.3. O trabalho dos Assistentes Sociais e os desafios no processo de efetivação da inclusão social dos portadores de HIV/AIDS.**

Frente às inúmeras e diversificadas demandas postas ao assistente social inserido nos hospitais públicos de referência no atendimento às doenças infecto-contagiosas, mais especificamente, em HIV/AIDS, constatou-se através das informações contidas nos questionários e entrevistas que os profissionais encontram desafios de diferentes naturezas que impactuam o trabalho voltado para a inclusão social dos portadores na sociedade.

Ressalta-se que esses desafios se manifestam dentro de um contexto social-político e econômico multifacetado, assim como é multifacetada a própria evolução dos problemas sociais referentes à epidemia no Brasil e a política de saúde pública em resposta a esses problemas. Nesse sentido, a natureza dos desafios vincula-se tanto às questões decorrentes dos efeitos sociais da doença, quanto em relação à responsabilização do Estado na implementação de políticas e serviços sociais para atender esse segmento.

Um dos desafios colocados pelo assistente social diz respeito à aceitação do diagnóstico por parte do portador e da própria família. A resistência à aceitação da doença é problemática por envolver e desencadear outras questões que, na maioria das vezes, comprometem a sobrevivência e a qualidade de vida dos pacientes. Quando o portador não

aceita sua condição sorológica, há um retardo no tratamento; o que faz com que aumente a incidência de infecções oportunistas, e conseqüentemente, aumente o número e o período de internamento.

O assistente social frente à atitude de negação do usuário reforça o trabalho educativo voltado para uma orientação que visa fortalecer a dimensão subjetiva do portador elevando sua auto-estima. O impacto do diagnóstico pode variar de usuário para usuário, mas é sempre um impacto, isso porque as crenças, os valores e os medos se intensificam frente à nova realidade.

A reação de aceitar ou não a doença, segundo os profissionais, ocorre pelo fato de acentuar no imaginário do usuário os valores sociais negativos que permeiam o mundo do portador, quais sejam: o preconceito, a discriminação e o amplo processo de exclusão social. Para o profissional, o desafio reside na mudança de pensamento, de atitude e comportamento, o que exige um trabalho de longo prazo. Conforme o depoimento do profissional, quando o trabalho envolve a subjetividade das pessoas nada é imediato, porque:

A gente sabe que não é do dia pra noite que se consegue uma mudança de pensamento, de atitude e, principalmente, quando ela está ligada a uma doença cuja etiologia ainda tem muitas questões a serem estudadas. A AIDS é outra questão, você sabe que ele será portador para sempre e a sua luta vai ser pra ele aceitar conviver bem com aquele vírus sem transmitir para as outras pessoas e sem adoecer (ENTREVISTA – 10).

O Serviço Social, na instituição hospitalar, é responsável pelo acompanhamento social do portador. Nesse trabalho, o fundamental é “fortalecer o usuário e conferir a ele condições concretas de enfrentamento a toda situação que vivencia, além de construir uma

consciência impregnada de autonomia, de esperanças e de expectativas” (KERN, 2003, p.65).

No entanto, o desafio da aceitação não se restringe somente ao portador, mas também a sua família. Nesse caso, o desafio aumenta porque o trabalho visa o fortalecimento dos laços familiares para que não haja a rejeição familiar. Esta é socialmente produzida e revestida pelo medo, pelo preconceito, pela discriminação, pela desinformação, e por isso, logo se transforma em rompimento de vínculos. Os desafios aumentam pela carga de responsabilidade depositada no profissional do Serviço Social quando na realidade são problemáticas que deveriam envolver toda a equipe de saúde, conforme a entrevistada:

Tem coisas que estão além da gente, mas tem coisas que se a gente tivesse uma equipe entrosada a gente conseguiria [...], a questão da base, do ouvir é que leva você a detectar determinadas questões e a partir daí, vê como trabalhar, isso falta muito para algumas categorias profissionais (ENTREVISTA – 08).

A dificuldade para realizar o trabalho em equipe perspassa pela visão distorcida da capacidade e atribuições que outros profissionais de saúde têm do assistente social, e que por mais que o profissional tente camuflar, isso é uma visão persistente ainda hoje nas instituições de saúde. Para Bravo (1998, p.258), essa visão ainda persiste pelo fato “dos assistentes sociais na sua prática na área da saúde ficarem restritos a uma ação burocrática, focalista e subordinados à prática hegemônica da medicina”.

Para romper com essa visão, fugir do imobilismo e das práticas burocráticas e rotineira é necessário que o profissional tenha um projeto de trabalho claro e definido na instituição. Para tanto, isso requer “competência para propor, para negociar com a



instituição os seus projetos, para defender o seu campo de trabalho, suas qualificações e funções profissionais” (IAMAMOTO, 1998, p.21).

A condição de vida da população é apontada pelos assistentes sociais como um dos maiores desafios na área da saúde pública. O aumento de miseráveis decorrente do processo de empobrecimento da população faz aumentar a demanda para a profissão. Os agravos de saúde se acentuam quando a população não tem acesso à alimentação, à moradia digna e, principalmente, ao trabalho.

Em se tratando da epidemia de HIV/AIDS, as condições de vida interferem, sobretudo, no desenvolvimento da doença e no seu tratamento. As necessidades sociais somadas às necessidades biológicas agravam as condições de saúde do usuário que passa a conviver com situações limites que sempre esbarram no social; e a única via encontrada é a sala do Serviço Social.

São desafios que se vinculam à questão macro-econômica do Estado com inspiração neoliberal, no qual as ações governamentais resultam em políticas sociais compensatórias e de baixa efetividade frente às inúmeras contradições sociais, materializadas no aumento da desigualdade social, na fome, na miséria e na exclusão social de boa parte da população menos favorecida.

Os fatores outros que interferem na saúde relacionados às condições de vida do usuário se tornam complexos pelo fato de não existir programas que complementem o atendimento realizado pela saúde pública:

Se você for buscar resolver o problema no social, não tem um intercâmbio intersetorial, não se sabe hoje, quais são os programas de ação social ou de educação ou outras instituições que possam somar a esse atendimento (ENTREVISTA – 01).

Os programas sociais voltados para atender as necessidades sociais, assim como as políticas sociais neoliberais, são pulverizados, descontínuos e focalizados entre aqueles mais pobres. Esses programas, quando existem, não visam à universalidade; tem alcance social restrito, com severos critérios de seletividade. Nesses, “a intersetorialidade aparece frágil, limitada, evidenciando falta de clareza acerca do necessário caráter global da proteção social” (YASBECK, 2004, p.19).

O Estado, sob a égide neoliberal, diminui os espaços que tratam do social e transfere a responsabilidade deste para a sociedade civil, com o incentivo às práticas filantrópicas, embasadas em ações de caráter compensatório que acabam por aprofundar e ampliar as desigualdades sociais.

O aumento da desigualdade social e a piora das condições de vida da população chegam a limites extremos, impulsionados, sobretudo, pelo alto índice de desemprego ou pelos subempregos quase sempre precários, temporários e informais, nos quais inexistem a proteção social e a condição universal de cidadania, configurando uma verdadeira barbárie social que:

Se efetiva com a presença de enorme contingente populacional, cada vez mais crescente, composto por um lado, das parcelas que se encontram, temporariamente, fora das regras formais de cidadania e que se pulverizam nas situações diversas de precariedade de vida, subemprego e desemprego e, por, daqueles que sempre estiveram alijados de tais regras (ALMEIDA, 1999, p.6).

Dessa maneira, o assistente social que intervêm e atua diretamente com as condições de vida da população através das políticas e programas sociais, se depara com uma fratura cada vez maior entre o direito formalmente reconhecido e o difícil acesso de exercê-lo por parte dos excluídos que vivem em situações de risco e vulnerabilidade sociais permanente.

Um outro desafio constatado diz respeito à sobrecarga de trabalho que se acentua com a falta de investimento por parte do Estado em recursos materiais e humanos. No momento em que aumentou a demanda pelo serviço, devido ao acirramento da questão social, houve uma diminuição no quadro de funcionários, inclusive de assistente social.

Esse processo é resultante do “enxugamento” realizado no aparelho do Estado, que deixa de realizar concurso público para suprir a lacuna deixada pelas aposentadorias. De forma que os profissionais que permanecem na instituição ficam sobrecarregados. “A falta de profissionais dificulta, mas, não é uma questão que venha afetar o tratamento do paciente, porque a gente tenta suprir na medida do possível, essa dificuldade” (ENTREVISTA – 07).

A sobrecarga de trabalho no hospital inviabiliza o profissional de realizar pesquisas sobre as condições de vida da população e suas principais formas de adoecimento, no sentido de que este possa apreender a realidade com a qual trabalha numa perspectiva de totalidade que permita, inclusive, a construção de outras mediações no desvendamento dessa realidade.

Por outro lado, constatou-se que o assistente social que trabalha com a epidemia não acompanha a realidade epidemiológica do HIV/AIDS no Estado e no município. Sobre esse questionamento, somente 42% dos profissionais costumam verificar o boletim epidemiológico, enquanto que 58% não consideram essa verificação importante.

A ausência de pesquisa no fazer profissional, assim como o não reconhecimento das já existentes, leva os profissionais a “reproduzir práticas autoritárias, acríticas, controladoras e basistas em nome dos interesses e necessidades dos usuários” (VASCONCELOS, 2002, p.91). Esse tipo de prática só fortalece o projeto privado de saúde estimulado pelo Estado, o qual se contrapõe ao princípio de universalidade de acesso, e prima pelas as ações focalizadas e pontuais.

Na verdade, quanto menor for o gasto do Estado com investimento na saúde pública, melhor para os defensores deste projeto privatista, especialmente no que se refere aos recursos humanos. Os profissionais apontam que existe uma lacuna enorme nessa área, a qual se constitui num desafio, porque, ao mesmo tempo em que trabalhar com o HIV/AIDS necessita de atualização constante acerca das novas descobertas e de novos direitos, o Estado não estimula a capacitação desses profissionais.

Quando questionado se a instituição estimula os profissionais a participar de congressos, seminários ou encontros sobre a AIDS ou específico da categoria, 50% responderam sim; 42% afirmaram que não e 8% não responderam a questão.

Os profissionais alegam que esse tipo de atividade não é prioridade na instituição, quando alguém participa de algum evento tem que assumir os custos com o próprio salário, que quase sempre é muito baixo. Percebeu-se que a política de capacitação no SUS ainda é precária, embora exista uma necessidade visível de uma retroalimentação de conhecimentos para os profissionais inseridos nas instituições. Isso reflete na avaliação dos mesmos em relação à atuação da Coordenação Estadual de DSTs/AIDS, considerada ruim por 42% dos profissionais, razoável por 42%, enquanto que 16% não opinaram.

A pesquisa constatou que somente 50% dos profissionais do Serviço Social que atendem aos portadores de HIV/AIDS nos hospitais, passaram por treinamento específico

sobre a doença, enquanto que um número significativo (42%) não teve qualquer tipo de treinamento e 8% não opinaram sobre a questão.

Este resultado vai de encontro à tendência atual do mercado de trabalho que privilegia a competência e o processo de qualificação. Compreende-se que o assistente social ao inseri-se em uma determinada área deve especializar-se e conhecer profundamente o espaço de sua atuação, sob pena de perder os espaços profissionais, a legitimidade e reconhecimentos profissionais ou mesmo sofrer algum tipo de rebaixamento na hierarquia institucional (ALMEIDA, 1999).

Os profissionais do Serviço Social vivem cotidianamente a tensão entre o Estado que se nega a garantir os direitos dos usuários dos serviços de saúde e o aumento da demanda por esses serviços enquanto direito social institucionalizado. Esse conflito só pode ser superado e administrado se tiver suporte na qualificação profissional, que contribua, inclusive, para que a profissão busque formas de incluir socialmente os usuários.

Ainda em relação aos desafios, os profissionais consideram que a efetivação de inclusão social do portador seja, talvez, o mais difícil. A questão da inclusão é percebida de forma diferenciada entre os profissionais. Na visão de alguns, a inclusão é um processo amplo e difícil, que não depende apenas do profissional do Serviço Social, mas deve envolver outros profissionais e a sociedade em geral porque:

Eu acho que é uma coisa maior, não depende só da gente é um trabalho de formiguinha [...]. Acho que incluir é difícil, a gente contribui nesse dia-a-dia de levar para eles os direitos, de interpretar, de orientar, de ver e de encaminhar (ENTREVISTA – 02).

Em um outro depoimento, a profissional tem a percepção de que a inclusão é possível, entretanto ressalta:

Eu vejo que nós, enquanto profissionais, não só do Serviço Social, mas de todas as áreas, precisamos trabalhar na inclusão social de todos, não só dos portadores. A gente deve dar oportunidade para que ele lute pelos seus direitos enquanto cidadão, portador e ser humano. Eu vejo assim, isso é uma luta de todas as categorias profissionais e não só do Serviço Social, mas é importante que a enfermagem, o médico, o educador entendam assim (ENTREVISTA – 10).

A inclusão social, seja ela do portador ou de qualquer outro segmento, envolve, sobretudo, a “igualdade dos direitos da população, sem restringir o acesso a eles nem estigmatizar as diferenças que conformam os diversos segmentos que a compõem” (SPOSATI, 1997, p.32). Desse modo, no momento em que o assistente social possibilita, através de sua ação, que o portador tenha acesso ao serviço de saúde enquanto direito social, o profissional está contribuindo para a efetivação da inclusão do mesmo.

Ainda em relação aos desafios na efetivação da inclusão social dos portadores, procurou-se saber se os profissionais consideram o Programa Nacional de DST/AIDS inclusivo. A maioria dos assistentes sociais (50%) acham que o programa é inclusivo porque distribui gratuitamente a medicação, enquanto que 33% entendem que o programa não pode ser considerado inclusivo apenas porque distribui remédios. Para esse grupo, o programa não supriu, nem supri as demais necessidades geradas pela à epidemia, ainda falta muito para poder considerar o programa inclusivo; os demais 17% não quiseram opinar sobre o programa.

Por outro lado, ainda persiste entre alguns profissionais uma visão pessimista da possibilidade de inclusão desse segmento. Conforme o depoimento, percebe-se que há uma

associação entre a impossibilidade da inclusão devido ao processo de estigma que está muito enraizada na sociedade:

Você tem que partir da premissa de que nós estamos lidando com uma doença estigmatizante, então o indivíduo com essa doença fica marcado [...]. Acho que ainda vai demorar para chegar o dia em que o indivíduo portador não vai ter problema e as pessoas vão encarar a AIDS sem problema, ainda vai ter muito chão pela frente, muito chão mesmo [...] (ENTREVISTA – 11).

Que a doença AIDS carrega um forte estigma na sociedade é verdade, mas a inclusão é um processo inverso ao que está posto; ou seja, é um processo contínuo, concretizado em ações cotidianas que buscam fortalecer a identidade social do indivíduo, não como portador, mas como um cidadão igual a qualquer outro. Segundo Sposati (2001, p.84), a “política de inclusão social supõe a identidade e o reconhecimento da cidadania” numa perspectiva coletiva e pautada na “necessária fundamentação da ética e da justiça social”.

Nesse sentido, não é possível entender ou efetivar a inclusão a partir de uma relação social discriminatória ou de subordinação; ao contrário, a inclusão de qualquer segmento desfavorecido na sociedade supõe uma forma de convivência social com respeito às diferenças e às limitações de cada um.

A inclusão social de qualquer segmento na sociedade brasileira, extremamente desigual, torna-se um desafio para todos. Vive-se em um país em que a desigualdade social é banalizada, assim como são a fome, a miséria, a violação dos direitos, o analfabetismo, etc. Mas, em relação aos portadores, o desafio é permanente, em razão dessa doença ser desafiante para a medicina, para o assistente social e para o próprio portador que vê sua

vida ser mudada da forma mais desumana, na sua existência enquanto um cidadão de direitos igual a todas as outras pessoas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**



No decorrer desta pesquisa, procurou-se focar o trabalho desenvolvido pelo Serviço Social hospitalar no atendimento às demandas advindas dos portadores de HIV/AIDS do Estado do RN. Embora limitado a dois hospitais, o trabalho conseguiu atingir os objetivos estabelecidos, o que permite dizer que as demandas postas ao Serviço Social são muito diversificadas, mas os profissionais conseguem, apesar das limitações, respondê-las com profissionalidade.

A epidemia evidencia inúmeros problemas sociais que interferem diretamente no processo de tratamento dos seus portadores. Estes problemas, em sua maioria, estão relacionados à forma como se desenvolveu a Aids na sociedade brasileira e com as respostas viabilizadas pela política de saúde.

Evidenciou-se que as demandas postas pelos portadores estão relacionadas ao forte estigma que a AIDS carrega na sociedade, que contribui para desencadear um amplo processo de exclusão/inclusão social dessas pessoas em sua rede de sociabilidade gerando situações de vulnerabilidades sociais.

Constatou-se que o processo de exclusão acentua os problemas na convivência comunitária e, no âmbito familiar, com a difícil aceitação do diagnóstico pelos familiares que quase sempre vem seguida do rompimento dos vínculos, e a forte rejeição da família pelo portador. Esse processo contribui também para fortalecer o preconceito e a discriminação na sociedade.

Outrossim, as seqüelas sociais ocasionadas pela exclusão na vida dos portadores se materializam pelo desrespeito aos direitos socialmente constituídos, pela precariedade das condições de vida que favorece a interrupção do tratamento, pela não-inserção no mercado

de trabalho, pela falta de alimentação causada pelo empobrecimento cada vez mais acentuado do portador; ou seja, constatou-se que o portador de HIV/AIDS convive hoje na sociedade com um tipo de cidadania cada vez mais restrita.

Sendo assim, pode-se afirmar que todas essas seqüelas sociais se constituem em objeto de intervenção do assistente social atuante diretamente com esse segmento nos hospitais. Por outro lado, verifica-se que as demandas postas pelo portador de HIV/AIDS para o assistente social estão, de alguma forma, relacionadas à informação. São informações acerca dos direitos, da doença em si, da rede de serviços no município e principalmente, sobre o tratamento. Na verdade, são informações que necessitam ser articuladas a um trabalho educativo sistematizado que requer uma atualização constante do profissional.

Na verdade, o mercado de trabalho contemporâneo coloca como exigência, para todas as categorias profissionais diante da complexidade da sociedade e dos problemas sociais, a qualificação permanente. É através desta que os profissionais podem desenvolver estratégias de ação eficientes e eficazes, principalmente, frente à complexidade da epidemia de HIV/AIDS apesar dos obstáculos e desafios.

Em relação aos desafios, verificou-se que a precariedade dos serviços de saúde e das instituições são instrumentos limitadores da ação do profissional de Serviço Social. A redução de verbas no campo da saúde pública diminui também o investimento em recursos materiais, financeiros e humanos, os quais contribuem para inviabilizar a ação, não só do assistente social, mas de todos os profissionais envolvidos no atendimento ao usuário, contribuindo inclusive, para o déficit de profissionais em vários campos de especialidades, conforme se constatou nos hospitais pesquisados.

Diante da complexidade das demandas e dos desafios evidenciados, teceu-se algumas recomendações para os assistentes sociais envolvidos no atendimento ao portador de HIV/AIDS no Estado do RN, quais sejam:

- ❖ Investir mais na qualificação e atualização profissional para que possa empreender respostas qualificadas ao seu trabalho e conhecer o projeto ético-político da profissão no sentido de fortalecer o seu trabalho;
- ❖ Estreitar a participação com os canais e espaços deliberativos da profissão, como: CFESS, ABEPSS, CRESS para manter-se atualizado sobre as discussões contemporâneas que perpassam a profissão e a categoria profissional;
- ❖ Manter um cadastro atualizado da rede de serviços do município e das ONGS/AIDS para que possa fazer os encaminhamentos quando o hospital não atender a solicitação do usuário;
- ❖ Sistematizar melhor o trabalho para evitar que as ações fiquem soltas e tendam a se transformar em serviços burocráticos e rotineiros. Nesse sentido, um plano de trabalho para o setor é imprescindível porque favorece, inclusive, a realização de pesquisa sobre a realidade social da população atendida no serviço;
- ❖ Trabalhar, sempre que possível, as demandas coletivamente, ao invés de atender individualmente;
- ❖ Desenvolver trabalhos com grupos, principalmente com as famílias envolvidas no processo de rejeição familiar;
- ❖ Conhecer a legislação social de proteção aos usuários dos serviços, na medida em que esta se constitui em uma ferramenta de trabalho indispensável para o

profissional, principalmente o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais.

Sendo assim, conclui-se que a exclusão social dos portadores de HIV/AIDS na sociedade aumenta as demandas profissionais para o assistente social inserido no hospital. Todavia, para que este tenha capacidade de respondê-las com competência é necessário que seja reforçado o conhecimento não só em relação à epidemia, mas também, conhecimentos específicos da profissão de Serviço Social na contemporaneidade.

A epidemia segue mudando de rosto ao longo dos anos e outros dilemas e necessidades sociais surgirão para os profissionais que trabalham com o social, como também para os portadores que continuarão convivendo como cidadãos de segunda classe em um país que naturaliza a exclusão social.

Outrossim, ao longo deste estudo deparamo-nos com questões que nos instigaram e que podem ser investigadas em pesquisas posteriores. No entanto, reconhecemos os limites deste trabalho que não permite aprofundarmos as questões sobre: a pauperização da epidemia no Nordeste; a questão da rejeição familiar e o seu impacto na vida dos portadores; a proteção ao portador na política de assistência social, de uma forma geral, e especialmente, a percepção que o portador tem sobre essas questões.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL/ CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Apresentação. In: \_\_\_\_\_. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília: CEAD, 1999. Módulo 1.

\_\_\_\_\_. Formação do Assistente Social no Brasil e a consolidação do projeto ético-político. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 25, n.79, p.72-81, 2004. Edição Especial.

ALMEIDA, Bernadete de Lourdes F. de. O processo de trabalho face às atuais metamorfoses do Estado e da sociedade civil: as representações dos assistentes sociais. In: Jornada Internacional sobre Representações Sociais, 1., 1998, **Anais**. Natal: UFRN, 1998.

\_\_\_\_\_. O processo de trabalho do assistente social frente a desregulação trabalhista e social. In: Encontro de Ciências Sociais Norte/Nordeste. ANPOCS, 9., 1999, **Anais**. Natal: UFRN, 1999.

ARRILHA, Margareth. **Políticas Públicas de Saúde, Mulheres e DSTs/AIDS: reajustando o olhar**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. (Coleção ABIA – Saúde Sexual e Reprodutiva, v.4).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Barueri, SP: Manole, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. AIDS, trabalho e inclusão social. In: **Boletim da Rede de Direitos Humanos em HIV/AIDS**, ano 6, n.1 p.26, Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Semanas epidemiológicas: 27 a 40. **Boletim Epidemiológico – AIDS**. Brasília, ano, 15, n.1, jun/set, 2001.

\_\_\_\_\_. Semanas epidemiológicas: 14 a 52. **Boletim Epidemiológico - AIDS**. Brasília, ano, 16, n.1, abr/dez, 2002.

\_\_\_\_\_. Semanas epidemiológicas: 1 a 52. **Boletim Epidemiológico - AIDS**. Brasília, ano, 17, n.1, jan/dez, 2003.

\_\_\_\_\_. Semanas epidemiológicas: 1 a 26. **Boletim Epidemiológico - AIDS**. Brasília, ano 1, n.1, jan/jun, 2004.

\_\_\_\_\_. AIDS. Disponível em: < [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br) >. Acesso em: 13 abr. 2003.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por amostra de Domicílios (2002)**. Síntese dos Indicadores Sociais. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 23 abr. 2005.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2002-2003**. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 23 abr. 2005.

\_\_\_\_\_. **Radar Social – 2005**. Disponível em: <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 15 jun. 2005.

BRASIL, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Secretaria de Assistência á Saúde. **Portaria n.130 de 3 de agosto de 1994**. Estabelece as diretrizes e normas para implantação e tratamento em Hospital-Dia ao paciente de HIV/AIDS. Brasília, 2005. Disponível em: <[www.aids.gov.br/final/biblioteca/legislação](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/legislação)>. Acesso em: 31 mar. 2005.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria n.16, de 9 de março de 1995**. Autorização para o funcionamento dos hospitais-dia. Brasília, 1995. Disponível em: <[www.aids.gov.br/final/biblioteca/legislação.htm](http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/legislação.htm)>. Acesso em: 31 mar. 2005.

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. Comissão de Constituição e Justiça e de Redação. **Projeto de Lei n.41/1999** (Apenso PL, n.106, de 1999). Dispõe sobre os direitos básicos dos portadores do vírus da AIDS e dá outras providências. Substitutivo ao Brasília, 2000. Disponível em: <[www.abiaids.org.br/cgi/public.htm](http://www.abiaids.org.br/cgi/public.htm)>. Acesso em: 31 mar. 2005.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. 2. ed. São Paulo, 2003.

BARÁIBAR, Ximena. Articulación de lo diverso: lecturas sobre la exclusión social y sus desafios para el Trabajo Social. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.59, p.80 -101, 1999.

BRAZ, Marcelo. O governo Lula e o projeto ético-político do Serviço Social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 25, n.78, p. 48-68, jul. 2004.

BRAVO, Maria. Inês S. **Serviço Social e Reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

BRAVO, Maria Inês S. ; MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. Inês S. et. Al. (Orgs.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 2004.

BRAVO, M. Inês S. ; MATOS, Maurílio Castro de. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. Inês S. ; PEREIRA, Potyara A. P. (Orgs.). **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BARROS, Aidil de Jesus P. de ; LEHFELD, Neide Aparecida de S. **Projeto de Pesquisa**: propostas metodológicas. 14. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1990.

BARBOSA, Regina M. ; LAGO, Tânia Di Giacomo do. AIDS e direitos reprodutivos: para além da transmissão vertical In: PARKER, Richard (Org.). **Políticas, instituições e AIDS**: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.p.163-175.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BOCHETTI, Ivonete. **Assistência Social no Brasil**: um direito entre originalidade e conservadorismo. 2. ed. Brasília, 2003.

CÂMARA, Cristina; LIMA, Ronaldo. M. de. Histórico das Ongs/Aids e sua contribuição no campo das lutas sociais. **Cadernos Abong**, São Paulo, n.28, out. 2000.

CAMARGO Júnior, Kenneth Rochel de. Políticas públicas e prevenção em HIV/AIDS. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane; BESSA, Marcelo S. (Orgs.). **Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 1999. p.227-262.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

CASTILHO, Euclides. A. ; BASTOS, Francisco Inácio. AIDS (1981 -97): o rastro da tormenta. **Revista USP**, São Paulo, n.33, p.7-19, mar. /abr. /maio, 1997. [Dossiê Aids].

CASTILHO, Euclides A. ; CHEQUER, Pedro. Epidemiologia do HIV/AIDS no Brasil. In: PARKER, Richard (Org.). **Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997. p.17-42.

CAVALCANTE, Raquel S. **AIDS, Trabalho e Proteção Social: elementos para uma leitura crítica das condições de vida dos pacientes do Hospital Universitário Oswaldo Cruz**. 2000. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)-Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2000.

CAVALCANTI, Soraya Uchoa. Reforma do Estado e políticas sociais no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 22, n.68, p.34-53, nov.2001.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Intervenção Profissional do Assistente Social no campo da saúde**. Brasília, 1990.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL-14.REGIÃO. O perfil dos (as) Assistentes Sociais frente às redefinições no mercado de trabalho na contemporaneidade, uma análise da realidade norte-riograndense. In: Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 9, 1999, **Cadernos**, Goiânia, 1999.

\_\_\_\_\_. Código de Ética Profissional do Assistente Social. In: \_\_\_\_\_. **Coletânea de Leis**. Natal, RN, 1999.

\_\_\_\_\_. Lei Orgânica da Saúde. In: \_\_\_\_\_. **Coletânea de Leis**. Natal, RN, 1999.



\_\_\_\_\_. Lei de Regulamentação da profissão do Assistente Social. In: \_\_\_\_\_. **Coletânea de Leis**. Natal, RN, 1999.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL-7. REGIÃO. **O Serviço Social em hospitais: orientações básicas**. Rio de Janeiro, 2003.

COHN, Amélia. A saúde na Previdência Social e a na Seguridade Social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo (Orgs.). **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998, p. 9-55.

COSTA, Maria Dalva H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) Assistentes Sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 21, n. 62, p.35-72, mar. 2000.

COSTA, Liduina Farias Almeida da. O público e o privado na política de saúde: panorama atual do SUS e o Serviço Social. In: COSTA, Liduina. F. da. ; Lessa, Ana Paula G. (Orgs.) **O Serviço Social no Sistema Único de Saúde**. Fortaleza: Edições UECE, 2003. Anais do Seminário.

COUTO, Berenice Rojas. O processo de trabalho do assistente social na esfera municipal. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISA E ENSINO EM SERVIÇO SOCIAL. **Capacitação em Serviço Social e Política Social: Reprodução social, Trabalho e Serviço Social**. Brasília: CEAD, 1999, Módulo 2.

SILVA, Ademir Alves da. As relações Estado-Sociedade e as formas de regulação social. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISA E ENSINO EM SERVIÇO SOCIAL. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Reprodução Social, Trabalho e Serviço Social. Brasília: CEAD, 2000, Módulo 2.

SCOREL, Sarah. **Vidas ao léu: trajetórias da exclusão social**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1999.

FALEIROS, Vicente de Paula. A democratização e as Políticas Sociais: Conflitos de Poder e Conflitos Distributivos – Tendências dos anos 90. **Cadernos de Serviço Social**, Campinas, São Paulo, p.60-88, 2000. Número Especial.

FERREIRA, Vinícius Renato Thomé. AIDS e família. Pensando a terapia familiar como possibilidade de ação psicoterápica de apoio às famílias com membros HIV+. **Revista de Filosofia e Ciências Humanas**, Passo Fundo, RS, ano 16, n.1, p.68-86, 2000.

FIGUEIREDO, Rosely Moralez de. Cuidadores de pacientes com AIDS: atos assistenciais e aspectos emocionais envolvidos. In: COLOMBRINI, Maria Rosa Ceccato et. al. (Orgs.). **Leito-Dia em AIDS: uma experiência multiprofissional**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2001.

GAPA-BA. Direitos Humanos e AIDS: a transversalidade dos direitos humanos como referencial ético e político da ação do GAPA-Ba. **Cadernos Abong**, São Paulo, n, 28, out. 2000.

GALVÃO, Jane. **Aids no Brasil: a agenda da construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: ABIA, São Paulo: Ed. 34, 2000.

\_\_\_\_\_. **1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo**. Rio de Janeiro: ABIA, 2001. p.1-33. (Coleção ABIA – Políticas Públicas, v.2).

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOMES, Ana Ligia. O benefício de prestação continuada: uma trajetória de retrocessos e limites. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 22, n.68, p.111-139, nov.2001.

\_\_\_\_\_. Os Conselhos de políticas e de direitos. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISA E ENSINO EM SERVIÇO SOCIAL. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: CEAD, 2000. Módulo 4.

GUERRA, Iolanda. Instrumentalidade do processo de trabalho e Serviço Social. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 21, n.62, p.5-34, mar.2000.

\_\_\_\_\_. Instrumentalidade no trabalho do assistente social. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: CEAD, 2000. Módulo 4.

\_\_\_\_\_. **As dimensões da prática profissional e a possibilidade de reconstrução crítica das demandas contemporâneas**. Rio de Janeiro: [2001?] p.1-19. Mimeo.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. Tradução: Carlos Nelson Coutinho e Leandro Konder. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1992.

IAMAMOTO, Marilda V. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Atribuições privativas do (a) assistente social em questão**. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_. Transformações societárias, alterações no “mundo do trabalho” e Serviço Social. **Revista Ser Social**, Brasília, n.6, jan/jun. 2000.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional** - São Paulo: Cortez, 1998.

\_\_\_\_\_. **Renovação e Conservadorismo: ensaios críticos**. São Paulo: Cortez, 1992.

IAMAMOTO, Marilda V.; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 1990.

IANNI, Octávio. **A sociedade global**. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998.

YASBECK, Maria Carmelita. As relações entre questão social e serviço social. In: **Seminário: Questão social na contemporaneidade**, PUC, SP, p.1-13, jun. 2002.

\_\_\_\_\_. Política Social, Assistência Social e Filantropia. In: BOMTEMPO, Denise B. C. de et. al. (Orgs.). **Novos paradigmas da política social. Ser Social**, Brasília, p.411-428, 2002. Edição Especial.

\_\_\_\_\_. As ambigüidades da assistência social brasileira após dez anos de LOAS. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano, 25, n.77, p.11-29, mar.2004.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber**: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Tradução: Heloísa Monteiro; Francisco Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda.; Belo Horizonte UFMG, 1999.

LESBAUPIN, Ivo. **Poder local x exclusão social**: a experiência das prefeituras democráticas no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

LESBAUPIN, Ivo; MINEIRO, Adhemar. **O desmonte da nação em dados**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

LESSA, Ana Paula G. O trabalho do assistente social no SUS: desafios e perspectivas. In: COSTA, Liduina. F. da. ; Lessa, Ana Paula G. (Orgs.). **O Serviço Social no Sistema Único de Saúde**. Fortaleza: Edições UECE, 2003. Anais do Seminário.

MOTA, Ana Elizabeth (Org.) **A nova fábrica de consensos**: ensaios sobre reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas do Serviço Social. São Paulo: Cortez, 1998.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. São Paulo: Cortez, 2002.

MIOTO, Regina Célia T. Família e Serviço Social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 18, n.55, p.114-130, nov. 1997.

\_\_\_\_\_. Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISA E ENSINO EM SERVIÇO SOCIAL. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: CEAD, 2000. Módulo 4.

MINAYO, Maria Cecília. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MESTRINER, Maria Luiza. **O Estado entre a filantropia e a assistência social**. São Paulo: Cortez, 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MATTOS, Ruben Araújo. Sobre os limites e as possibilidades dos estudos acerca dos impactos das políticas públicas relativas à epidemia de HIV/AIDS: algumas reflexões metodológicas feitas a partir do caso brasileiro. In: PARKER, Richard; GALVÃO, Jane; BESSA, Marcelo S. (Orgs.). **Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 1999. p.29-87.

MARTINS, José de Souza. **A sociedade vista do abismo: novos estudos sobre exclusão, pobreza e classes sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

\_\_\_\_\_. **Exclusão social e a nova desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1997.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O Serviço Social na transição para o próximo milênio: desafios e perspectivas. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 19, n.57, p.133-148, jul. 1998.

MARQUES, Maria Cristina da C. **A história de uma epidemia moderna: a emergência política da Aids/HIV no Brasil**. São Carlos: Rima, 2003.

MANN, Jonathan et. al. **A AIDS no Mundo**. Tradução: José Stalin Pedrosa e Lilá Rossi. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

NARCISIO, Argélia M. S. ; PAULILO, Maria Ângela S. Adesão e AIDS: alguns fatores intervenientes. **Serviço Social e Revista**, Londrina, v.4, n.1, 2001. Disponível em: <[www.ssrevista.uel.br/c\\_v4n1\\_adesao.htm](http://www.ssrevista.uel.br/c_v4n1_adesao.htm)>. Acesso em: 28 mar. 2004.

NETTO, José Paulo. As relações entre questão social e Serviço Social. In: **Seminário: Questão social na contemporaneidade**. PUC, SP, p.1-23, jun, 2002.

\_\_\_\_\_. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

\_\_\_\_\_. Cinco notas a propósito da “Questão Social”. **Temporális**, Brasília, ano, 2 n. 3. jan/jul. 2001.

\_\_\_\_\_. Transformações societárias e Serviço Social – notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 17, n.50, p.87-132, abr. 1996.

\_\_\_\_\_. A construção do projeto ético-político do Serviço Social frente à crise contemporânea. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISA E ENSINO DE SERVIÇO SOCIAL. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília: CEAD, 1999. Módulo 1.

NICOLAU, Maria Célia Correia. Formação e fazer profissional do assistente social: trabalho e representações sociais. **Revista Serviço Social e Sociedade**, ano 25, n.79. São Paulo, 2004. p.82-107. Edição Especial.

\_\_\_\_\_. **O aprender do fazer** (Representações Sociais do saber fazer de Assistentes Sociais). 1999. Tese (Doutorado em Educação)- Universidade Federais do Rio Grande do Norte, Natal, 1999.

OLIVEIRA, Maria do Carmo M. De. ; DALGALORRONGO, Paulo. Aspectos neuropsiquiátricos em pacientes com HIV/AIDS. In: COLOMBRINI, M<sup>a</sup>. Rosa Ceccato et. al. (Orgs.). **Leito-Dia em AIDS**: uma experiência multiprofissional. São Paulo: Ed. Atheneu, 2001.

PAULILO, Maria Ângela S. **AIDS**: os sentidos do risco. São Paulo: Veras Editora, 1999. (Série Temas; 3).

PAUGAM, Serge. Fragilização e ruptura dos vínculos sociais: uma dimensão do processo de desqualificação social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 20, n.60, p.41-59, jul. 1999.

PASTERNAK, Jacir. AIDS: história pessoal de uma epidemia. **Revista USP**, São Paulo, n.33, p.20-37, mar. / abr. / maio, 1997. Dossiê Aids.

PARKER, Richard (Org.). **Políticas, instituições e Aids**: enfrentando a epidemia no Brasil. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

\_\_\_\_\_. **Na Contramão da Aids**: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

\_\_\_\_\_. et. al. (Orgs.). **Saúde, Desenvolvimento e Política:** respostas frente à Aids no Brasil. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 1999.

PARKER, Richard; AGLLETON, Peter. **Estigma, discriminação e Aids.** Rio de Janeiro: ABIA, 2001. p.1-46. (Coleção ABIA - Cidadania e Direitos, v.1).

PAIVA, Beatriz Augusto. Reflexões sobre pesquisa e processos de formulação e gestão. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISA E ENSINO EM SERVIÇO SOCIAL. **Capacitação em Serviço Social e Política Social.** O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília. CEAD, 2000. Módulo 4.

POCHMANN, Márcio et. al. (Orgs.). **Atlas da exclusão social:** agenda não liberal da inclusão social. São Paulo: Cortez, 2005. v.5.

PIMENTA, Maria Cristina et. al. (Orgs.). **HIV/Aids no mundo do trabalho:** as ações e a legislação brasileira. Brasília: OIT, 2002.

PEREIRA, Potyara A. P. A saúde no sistema de seguridade social brasileiro. **Revista Ser Social**, Brasília, n.10, jan/jun. 2000.

RAICHELIS, Raquel. **Esfera pública e Conselhos de assistência social:** caminhos da construção democrática. São Paulo: Cortez, 1998.

RAIZER, Eugênia Célia. **O estatal, o público e o privado e suas expressões na epidemia da AIDS.** 1997. Tese (Doutorado em Serviço Social) -Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1997.

RIO GRANDE DO NORTE. Câmara Municipal de Natal. **Lei n.134**, de 12 de setembro de 1995. Estabelece penalidades aos estabelecimentos que discriminem portadores de HIV/AIDS no Estado do Rio Grande do Norte. Natal /RN, 13 de setembro 1995.

\_\_\_\_\_. Prefeitura Municipal de Natal. **Lei n. 4.598**, de 10 de janeiro de 1995. Dispõe sobre a comercialização de preservativos masculinos de látex de borracha nas bancas de jornal e floriculturas do município de Natal. Natal / RN, 11 de janeiro de 1995.

\_\_\_\_\_. Câmara Municipal de Natal. **Lei n.130**, de 11 de setembro de 1995. Estabelece a isenção de IPTU para os imóveis dos portadores do vírus HIV que ganhem até dois salários mínimos. Natal / RN, 13 de setembro de 1995.

\_\_\_\_\_. Lei n.7.803, de 17 de janeiro de 2000. Determina a gratuidade nos transportes rodoviários intermunicipais para as pessoas soropositivas e doentes de AIDS. **Diário Oficial** (do) Estado, Poder Executivo, Natal, RN, 17 de janeiro de 2000.

RUA, Maria das Graças; ABRAMOVAY, Miriam. **Avaliação das ações de prevenção de DST/Aids e uso indevido de drogas nas escolas de ensino fundamental e médio em capitais brasileiras**. Brasília: UNESCO, 2001.

SARMENTO, Hélder Boska de M. Serviço social, das tradicionais formas de regulação sociopolítica ao redimensionamento de suas funções sociais. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISA E ENSINO EM SERVIÇO SOCIAL. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília. CEAD, 2000. Módulo 4.

\_\_\_\_\_. **Instrumentos e técnicas em Serviço Social: elementos para uma rediscussão**. 1994. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1994.

SILVA E SILVA, Maria Ozanira da. (Coord.). **O Serviço Social e o popular: resgate teórico-metodológico do projeto profissional de ruptura**. São Paulo: Cortez, 1995.

SOARES, Laura Tavares. **Os custos sociais do ajuste neoliberal na América Latina**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. (Coleção Questões da Nossa Época; v.78).

\_\_\_\_\_. **O desastre social**. Rio de Janeiro: Record, 2003.

SOARES, Marcelo. **A AIDS**. São Paulo: Publifolha, 2001. Folha Explica.

SPOSATI, Aldaíza. Globalização da economia e processos de exclusão social. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISA E ENSINO EM SERVIÇO SOCIAL. **Capacitação em Serviço Social e política social**. Crise Contemporânea, Questão Social e Serviço Social. Brasília: CEAD, 1999. Módulo 1.



\_\_\_\_\_. Mínimos sociais e seguridade social: uma revolução da consciência da cidadania. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 18, n.55, p.9-37, nov.1997.

\_\_\_\_\_. A inclusão social e o Programa de Renda mínima. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 22, n.66, p.76-90, jul.2001.

\_\_\_\_\_. Regulação tardia: características das políticas sociais latino-americanas na passagem entre o segundo e terceiro milênio. **Caderno Ideação**, Porto Alegre, p.33-55, 2002.

STEIN, Rosa Helena. Organização e gestão das políticas sociais no Brasil: implementação de políticas sociais e descentralização político-administrativo. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISA E ENSINO EM SERVIÇO SOCIAL. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Política Social. Brasília: CEAD, 2000. Módulo 3.

TELLES, Vera da Silva. **Pobreza e Cidadania**. São Paulo: USP: Ed. 34, 2001.

TEIXEIRA, Paulo Roberto. Políticas públicas em AIDS. In: PARKER, Richard (Org.). **Políticas, instituições e AIDS: enfrentando a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997. p. 43-68.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1997.

TRIPADALLI, Elidia. **Aids e seus impactos nas relações de trabalho: uma discussão doutrinária e jurisprudencial**. Florianópolis: OAB/SC Editora, 2003.

TRINDADE, Rosa Lúcia Prédes. **Desvendando o significado do instrumental técnico-operativo na prática profissional do Serviço Social**. 1999. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

WANDERLEY, Mariângela B. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, Bader.(Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social** Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. p.16-26.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do serviço social:** cotidiano formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

VALENTIM, João Hilário. Legislação nacional sobre HIV/AIDS no trabalho. In: PIMENTA, Maria Cristina et. al. (Orgs.). HIV/AIDS no mundo do trabalho: as ações e a legislação brasileira. Brasília. OIT, 2002. p.40-97.

KERN, Francisco Arseli. Estratégias de fortalecimento no contexto da AIDS. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, ano 24, n.74, p.42-67, jul.2003.

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)