

Universidade Federal do Pampa

Autora: Liriane Guimarães Morais

**O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE
SOCIAL JUNTO ÀS USUÁRIAS SOROPOSITIVAS DO
PROGRAMA DST/AIDS DO MUNICÍPIO DE SÃO
BORJA**

Trabalho Final de Graduação

LIRIANE GUIMARÃES MORAIS

**O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO ÀS
USUÁRIAS SOROPOSITIVAS DO PROGRAMA DST/AIDS DO
MUNICÍPIO DE SÃO BORJA**

Trabalho Final de Graduação apresentado
ao curso de Serviço Social da
Universidade Federal do Pampa como
requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sheila Kocourek

**São Borja
2010**

LIRIANE GUIMARÃES MORAIS

**O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL JUNTO ÀS
USUÁRIAS SOROPOSITIVAS DO PROGRAMA DST/AIDS DO
MUNICÍPIO DE SÃO BORJA**

Trabalho Final de Graduação apresentado
ao curso de Serviço Social da
Universidade Federal do Pampa como
requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Serviço Social.

Trabalho defendido e aprovado em: 09/ 07/ 2010.
Banca Examinadora:

Profª. Drª. Sheila Kocourek
Orientadora
Serviço Social – Unipampa

Profª. Drª. Elisangela Maia Pessoa
Serviço Social – Unipampa

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus pelas bênçãos recebidas. Aos meus pais, Jair e Iolanda, pelo apoio sentimental, material, e pela paciência que tiveram para compreender os meus momentos de humor variado. À minha irmã Josiane que, mesmo longe, sempre me incentivou a seguir em frente. À Ana e a Fran, minhas colegas e amigas/irmãs, pelo companheirismo e lealdade em todos os momentos da graduação. Agradeço aos demais colegas que me acompanharam durante o período acadêmico. Agradeço a minha orientadora, professora Sheila Kocourek, que orientou e encaminhou meus estudos. Obrigada pelo diálogo e compreensão constantes. Agradeço às demais professoras, pelos ensinamentos que proporcionaram. Agradeço às minhas amigas e aos amigos que sempre torceram por mim. Agradeço às usuárias do Programa DST/AIDS, pela confiança na realização de meu trabalho.

*“Sabe-se muito bem que é difícilimo
erradicar preconceitos dos
corações cujos solos nunca foram
revolvidos ou fertilizados pela
educação: preconceitos crescem ali
fírmes como erva daninha entre
pedras”
(Charlotte Brontë).*

RESUMO

O presente trabalho apresenta relato de experiência realizado no Programa DST/Aids ,do município de São Borja, e tem como proposta apresentar uma reflexão sobre o processo de trabalho do profissional assistente social, problematizando primeiramente a categoria trabalho na sociedade capitalista e as transformações pelas quais o mundo do trabalho vem passando e que refletem no processo de trabalho do assistente social, tendo em vista que o Serviço Social é uma especialização escrita na divisão social e técnica do trabalho coletivo participante de processos de trabalho, o qual tem nas expressões da questão social sua matéria-prima, o seu objeto de trabalho, dando-se relevância à atuação do profissional do Serviço Social na área da saúde, que possui alguns parâmetros para a atuação profissional. Problematiza-se o projeto ético-político profissional, o qual deve nortear a atuação dos assistentes sociais nos seus processos de trabalho, trazendo a instrumentalidade do Serviço Social com que mais se trabalhou no estágio curricular, relevante para a atuação do profissional. Abordou-se ainda a política de saúde brasileira, bem como o HIV/aids e algumas categorias essenciais, para se apreender a temática, na perspectiva de que as demandas originadas pelo HIV/Aids na vida dos sujeitos constituem-se como expressões da questão social, tornando-se demandas para o profissional assistente social. Realizou-se também o relato de experiência, onde após a aplicação do projeto de intervenção visualizou-se uma melhora na auto-estima das usuárias, bem como a melhora do vínculo familiar. Refletiu-se ainda sobre a questão das redes sociais e da integralidade no atendimento em saúde no município, o que se apresenta como um desafio aos profissionais da saúde, inclusive para o assistente social.

Palavras-chave: Serviço Social. HIV/Aids. Processo de trabalho

ABSTRACT

The present work is an experience report conducted at the STD/AIDS in São Borja and its proposal to present a reflection on the work of the professional Social Worker, first questioning the working class in capitalist society and the transformations by which the world of work has been going and which reflect the process of social work, in order that Social Work is written in a specialized technical and social division of labor collective participant of work processes, the question is in terms of social its raw material, the object of his work, giving relevance to the professional practice of Social Work in the health field that has some parameters for professional practice.

Problematizes the ethical-political project work, which should guide the actions of social workers in their work processes, bringing the instrumentality of Social Service with which most worked in the traineeship, which is relevant to the professional's performance. We address also the policy of the Brazilian heat health and HIV/AIDS and some categories essential to grasp the theme, with the expectation that the demands generated by the HIV/AIDS on the lives of professionals, including social worker individuals who are as expressions of the social demands to become professional social worker. We also work in that the story of experience, reflecting on the issue of social networks and the integration with health care in the county which is presented as a challenge to health.

Keys words: Social work, HIV/AIDS, work process

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 – Quadro das Perdas dos soropositivos	56
---	----

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AI - Ato Institucional
AI 5 - Ato Institucional n. 5
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS - Caixas de Aposentadoria e Pensão
CAPS - Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CD 4 - Co-receptor de células protetoras
CD 8 - Co-receptor de células protetoras
CEMAE - Centro Médico de Atendimento Especializado
CGT - Comando Geral dos Trabalhadores
CLT - Consolidação das Leis Trabalhistas
COAS - Centro de Orientação e Apoio Sorológico
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
CRESS – Conselho Regional de Serviço Social
CUT - Central Única dos Trabalhadores
DOPS - Departamento de Ordem Política Social
DST - Doença Sexualmente Transmissível
ESF's – Estratégia de Saúde da Família
Fiocruz - Fundação Osvaldo Cruz
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
IAPS - Institutos de Aposentadoria e Pensão
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
LOPS - Lei Orgânica da Previdência Social
MS - Ministério da Saúde
PVHA – Pessoas vivendo com HIV/Aids
SES - Secretaria Estadual de Saúde
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado
SUS - Sistema Único de Saúde
TARV - Terapia anti-retroviral
UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNE - União Nacional dos Estudantes

APÊNDICE

Apêndice A – Formulário Sócio-econômico	88
Apêndice B – Formulário para levantamento do perfil das usuárias.....	90
Apêndice C – Termo de Consentimento	91

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL	13
2.1 A categoria trabalho na sociedade capitalista	13
2.2 O processo de trabalho do Serviço Social na área da saúde	18
2.3 Projeto Ético-Político da profissão	27
2.4 Instrumentalidade do Serviço Social	33
2.4.1 <i>Acolhimento</i>	35
2.4.2 <i>Observação</i>	36
2.4.3 <i>Visita Domiciliar</i>	37
2.4.4 <i>Entrevista</i>	39
3 HIV/AIDS E DEMANDAS PARA O SERVIÇO SOCIAL	42
3.1 A política de saúde brasileira.....	42
3.2 O HIV/Aids no mundo e no Brasil.....	51
3.3 Estigma que envolve o HIV/Aids e o universo feminino.....	56
3.4 Mortificação do Eu e inclusão dos portadores de HIV/Aids.....	58
4 PROJETO DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL E COMPROMISSO COM O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL.....	62
4.1 Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde de São Borja e o Programa DST/Aids.....	62
4.2 Projeto de intervenção: Superando o preconceito e a exclusão.....	66
4.3 Produto do processo de trabalho – limites e possibilidades.....	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS.....	82
APÊNDICES.....	88

1 INTRODUÇÃO

Embora já tenha transcorrido quase trinta anos desde o surgimento da epidemia de HIV/Aids, esta ainda é cercada pelo estigma e preconceito em relação ao portador. Acredita-se que isto se deva ao fato de o vírus HIV ser um vírus sexualmente transmissível, e por estar relacionado ao sexo, assunto que ainda é considerado tabu, mesmo sabendo-se que há outros meios de contágio.

Buscou-se, por meio do trabalho final de graduação II, mostrar o processo de trabalho do assistente social junto às usuárias soropositivas do programa DST/AIDS, do município de São Borja, com o intuito de demonstrar a relevância da atuação profissional junto a esse público, em virtude de que as situações ocasionadas pelo vírus HIV na vida dos sujeitos, como o desemprego, o preconceito e exclusão se constituírem em expressões da questão social, sendo demandas para o profissional assistente social.

A origem do trabalho está assentada na experiência de estágio curricular em Serviço Social que ocorreu na Secretaria Municipal de Saúde, onde se desenvolveu um projeto de intervenção junto ao programa DST/Aids. Naquela oportunidade, identificou-se como desafio o desenvolvimento das competências ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas, para intervir junto às expressões da questão social, vivenciadas por mulheres usuárias do referido programa.

Nesta perspectiva, foi relevante trabalhar com as usuárias, no sentido de que não escondessem a sua condição de soropositivo, mas buscassem o apoio de suas famílias para dar continuidade à vida, enfrentando o medo do preconceito e da discriminação e superassem os malefícios físicos e sociais causados pelo HIV/AIDS.

O profissional assistente social trabalha na defesa e garantia dos direitos sociais, norteados pelo projeto Ético-Político da profissão, o qual preconiza em um dos princípios do Código de Ética profissional, que o assistente social deve ter empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e a discussão das diferenças, visando à defesa intransigente dos direitos humanos e a luta pela construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Outro fato relevante é a importância da criação de conhecimentos referentes à temática, após constatar-se que ainda é pouca a produção acerca desta no Serviço Social, e de que o HIV/Aids se constitui atualmente como uma das principais demandas para o profissional assistente social na área da saúde.

O trabalho final de graduação II constitui uma exigência do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Pampa (Unipampa), contemplando um dos requisitos à obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Quanto à estrutura do trabalho final de graduação, apresenta-se em quatro capítulos. No segundo capítulo, caracterizou-se o processo de trabalho do assistente social, problematizando a categoria trabalho na sociedade capitalista, bem como o processo de trabalho do Serviço Social na área da saúde. Ainda no segundo capítulo, abordou-se o Projeto Ético-político da profissão, o qual vem sendo construído pela categoria profissional, desde a década de 1970. Também se enfocou a instrumentalidade do Serviço Social, mostrando como este foi trabalhado no referido campo de estágio.

No terceiro capítulo, fez-se a contextualização da política de saúde brasileira, desde a década de 1930 até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram elencados aspectos quanto à Aids no mundo e no Brasil, trazendo as situações que esta acarreta na vida dos usuários, as quais se apresentam como demandas para o Serviço Social. Realizou-se também a apresentação do espaço sócio-ocupacional onde se realizou a experiência de estágio supervisionado, bem como o Serviço Social na instituição.

No quarto capítulo, problematiza-se a materialização dos princípios do código de ética profissional, com o desenvolvimento do projeto de intervenção. Elaborou-se uma avaliação propositiva do processo de trabalho, apontando alguns desafios apresentados durante a execução do projeto de intervenção, bem como seus limites e possibilidades.

2 O PROCESSO DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL

No presente capítulo, será abordada a categoria trabalho na sociedade capitalista, bem como o processo de trabalho, além de se problematizar as transformações que ocorreram no trabalho, a partir da década de 1970. Ainda nesse capítulo se refletirá o processo de trabalho dos assistentes sociais na área da saúde, tendo em vista que o Serviço Social é uma especialização do trabalho inscrita na divisão sócio-técnica do trabalho coletivo, participante de um processo de trabalho, sendo assim constituída pelos três elementos que compõem o processo de trabalho, ou seja, é composto por uma atividade adequada a um fim, o trabalho propriamente dito, o objeto de trabalho, a matéria sobre a qual se aplica o trabalho, e os meios de trabalho, que são os instrumentos e técnicas utilizados pelo profissional assistente social, que resultam em um produto. Será feita também uma problematização da instrumentalidade da profissão e do projeto ético-político profissional, o qual deve servir de norte à atuação profissional em todos os processos de trabalho em que o profissional assistente social se inserir.

2.1 A categoria trabalho na sociedade capitalista

O modo de produção capitalista se funda na exploração do trabalho, e é caracterizado pela relação assalariada de produção, ou seja, pelo trabalho assalariado, bem como pela propriedade privada dos meios de produção. O capitalismo substituiu o feudalismo e, conforme Netto (2006),

Enterrado o Antigo Regime, abre-se o século XIX com o Estado criado pela burguesia triunfante, o Estado burguês. [...], a nova classe dominante articulou a superestrutura necessária para o desenvolvimento das novas forças produtivas de que seu ascenso era o inequívoco indicador: criam-se as melhores condições para a concretização histórica do modo de produção que tem como uma de suas classes fundamentais a burguesia – trata-se do modo de produção capitalista, gestado no ventre do feudalismo e no interior do qual a produção generalizada de mercadorias ocupa o centro da vida econômica (NETTO, 2006, p.75).

Surge dessa forma o modo de produção capitalista, que é dividido em duas classes sociais: a burguesia e o proletariado, e que tem como objetivo o lucro. “O processo de produção capitalista é um processo de relações sociais entre classes” (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006, p. 53) e as relações de produção capitalista constituem relação de produção de mercadorias, visando acumular capital, através da extração de mais-valia produzida pelo trabalhador no processo de produção capitalista.

O trabalhador vende sua força de trabalho ao capitalista, que é o proprietário dos meios de produção, para obter, através do salário, a sua sobrevivência. A força de trabalho torna-se, assim, mercadoria.

Esta é a contradição fundamental do modo de produção capitalista, de acordo com Netto (2006), pois a produção é social, mas a acumulação é privada. Marx (2003) refere que trabalho é antes de tudo:

[...] um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercambio material com a natureza. [...] atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. [...] quando o trabalhador chega ao mercado para vender sua força de trabalho, é imensa a distância histórica que medeia entre sua condição e a do homem primitivo com sua forma ainda instintiva de trabalho. Pressupomos o trabalho sob a forma exclusivamente humana. [...] o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade (MARX, 2003, p.211-212).

É ao executar um trabalho que o homem se afirma como um ser social, ele se expressa pelo trabalho e modifica a si próprio, transforma-se, porque vai criando dessa maneira outras habilidades, capacidades, ou seja, na concepção marxista, “trabalho é atividade resultante do dispêndio de energia física e mental, direta ou indiretamente voltada à produção de bens e serviços, contribuindo, assim, para a reprodução da vida humana, individual e social” (MARX apud LIEDKE, 2002, p. 341), e há, no trabalho que existe na produção da mercadoria, na sociedade capitalista, uma dicotomia entre o trabalho concreto e o trabalho abstrato. O trabalho concreto diz respeito à utilidade que a mercadoria possui, ou seja, seu valor de uso e, o trabalho abstrato diz respeito ao valor de troca da mercadoria.

Segundo Marx apud Liedke (2002) o processo de trabalho é um processo no qual os seres humanos atuam sobre as forças da natureza, submetendo-as ao seu

controle, e transformando os recursos naturais, em formas úteis à sua vida. O trabalhador ao transformar a natureza, põe em ação as suas energias físicas e mentais e, nesse processo de troca com as forças naturais, o ser humano transforma a si próprio, ao transmitir ao material sobre o qual atua um projeto que ele já havia idealizado anteriormente, atribuindo um sentido ao seu próprio trabalho.

Pelo trabalho o homem se afirma como um ser social e, portanto, distinto da natureza. O trabalho é a atividade própria do ser humano, seja ela material, intelectual ou artística. É por meio do trabalho que o homem se afirma como um ser que dá respostas prático-conscientes aos seus carecimentos, às suas necessidades. O trabalho é, pois, o selo distintivo da atividade humana. Primeiro, porque o homem é o único ser que, ao realizar o trabalho, é capaz de projetar, antecipadamente na sua mente o resultado a ser obtido. Em outros termos, no trabalho tem-se uma antecipação e projeção de resultados, isto é dispõe de uma dimensão teleológica. Mas o homem também é o único ser que é capaz de criar meios e instrumentos de trabalho, afirmando essa atividade caracteristicamente humana. É pelo trabalho que as necessidades humanas são satisfeitas ao mesmo tempo em que o trabalho cria outras necessidades (IAMAMOTO, 2007, p. 60).

Segundo Liedke (2002), o processo de trabalho é uma atividade com a finalidade de produção de valores de uso para satisfazer as necessidades humanas, e não depende das maneiras sociais que possa ter e das relações sociais de produção.

O processo de trabalho é composto por três elementos: a) a atividade adequada a um fim, que é o trabalho propriamente dito, b) o objeto de trabalho, a matéria sobre a qual se aplica o trabalho, que tanto pode ser a matéria em seu estado de natureza, a terra ou objetos resultantes de trabalho anterior, as matérias-primas, c) e os meios de trabalho, que são os instrumentos utilizados pelo trabalhador, tais como maquinarias, equipamentos.

Segundo Antunes (2007), a sociedade capitalista presenciou profundas transformações no mundo do trabalho, nas últimas décadas do século XX, devido à crise estrutural do capitalismo. As metamorfoses no processo de produção capitalista tiveram imensa repercussão no processo de trabalho.

Os processos de produção taylorismo¹ e fordismo² deixam de ser os únicos processos e passam a se mesclar com outros processos produtivos, tais como:

¹ Define-se como o conjunto de técnicas e princípios referentes à organização do processo de trabalho, a relações sociais de produção e a um sistema de remuneração que associa rendimento à

neofordismo, neotaylorismo, pós-fordismo, sendo, em alguns casos, substituídos pelo modelo japonês, o toyotismo.

O toyotismo³ se difere do fordismo na medida em que a sua produção é orientada para as exigências das demandas dos consumidores, o trabalhador é responsável pela operação de inúmeras máquinas, o trabalho passa a ser realizado em equipe, tendo como princípio o just-in-time⁴, o melhor aproveitamento possível do tempo de produção, que funciona de acordo com o sistema de kanban⁵, o estoque no toyotismo é mínimo, além de horizontalizar o processo produtivo, transferindo a terceiros grande parte do que anteriormente era produzido dentro da fábrica.

Ocorreu um grande avanço tecnológico, a automação, a robótica e a microeletrônica adentraram o universo fabril, inserindo-se e desenvolvendo-se nas relações de trabalho e de produção capitalista. Esse novo modelo de produção, baseado na microeletrônica, acarretou enormes conseqüências no interior do mundo do trabalho. Essas transformações afetaram a materialidade e a subjetividade da classe trabalhadora.

Dentre as conseqüências para os trabalhadores, está a diminuição do operariado fabril, houve um aumento em escala mundial do trabalho feminino, constatou-se também a exclusão dos trabalhadores jovens e dos trabalhadores com mais idade no mercado de trabalho. O trabalho precário, terceirizado e temporário se expande, além do aumento do desemprego estrutural. A reestruturação produtiva vem ocasionando o agravamento da questão social, o aumento da desigualdade social e da exclusão social devido ao crescimento do desemprego. Segundo lamamoto (2007), a implementação das políticas de cunho neoliberal desregulam direitos historicamente conquistados. Há um processo de

produção, concebidos por Frederic W. Taylor, engenheiro norte americano, a partir do final do século XIX (HOLZMANN; CATTANI, p. 281).

² Modelo de produção, baseado em inovações técnicas e organizacionais que se articulam tendo em vista a produção e o consumo em massa (HOLZMANN; CATTANI, p. 282).

³ É chamado o modo de organizar os processos de trabalho e de produção, idealizados pelo engenheiro Taiichi Ohno e introduzido na fábrica da Toyota, no Japão (HOLZMANN, p. 314).

⁴Pode ser traduzido como "justo a tempo" ou no momento exato, e corresponde à forma de administração da produção industrial e de seus materiais segundo a qual a matéria-prima e os estoques intermediários necessários ao processo de produção são supridos no tempo certo e na quantidade exata (FRANZOI, 2006, p. 172).

⁵Kanban refere-se ao sistema visual de informação utilizado para se administrar o just-in-time (FRANZOI, 2006, p. 173).

heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora, que tem seus direitos trabalhistas flexibilizados, desregulamentados.

É no contexto da globalização mundial sobre a hegemonia do grande capital financeiro, da aliança entre o capital bancário e o capital industrial, que se testemunha a revolução técnico-científica de base microeletrônica, instaurando novos padrões de produzir e gerir o trabalho. Ao mesmo tempo, reduz-se a demanda de trabalho, amplia-se a população sobrando para necessidades médias do próprio capital, fazendo crescer a exclusão social, econômica, política, cultural de homens, jovens, crianças, mulheres das classes subalternas, hoje alvo da violência institucionalizada. Exclusão social esta que se torna, contraditoriamente, o produto do desenvolvimento do trabalho coletivo. Em outros termos, a pauperização e a exclusão são a outra face do desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social, do desenvolvimento da ciência e da tecnologia, dos meios de comunicação, da produção e do mercado globalizado (IAMAMOTO, 2007, p. 18).

Outra consequência que se observa é a dessindicalização da classe trabalhadora, que ocorre devido ao crescimento do trabalho precário em relação ao trabalho estável, o que faz com que os trabalhadores tenham dificuldade de se organizar em sindicatos. Essas transformações afetaram também a prática das greves, pela dificuldade de reunir, numa mesma empresa, os trabalhadores estáveis e aqueles terceirizados, o que torna difícil as possibilidades do desenvolvimento e consolidação de uma consciência de classe dos trabalhadores. Concomitantemente a esse processo que impulsiona a dessindicalização, verificam-se relevantes avanços na organização sindical dos assalariados médios (ANTUNES, 2007).

Outra tendência é a substituição do sindicalismo tradicional pelo sindicalismo de empresa, que é um sindicalismo de envolvimento, que adere à cultura e ao projeto das empresas, subordinado ao comando patronal. Esse modelo de gestão chegou ao Brasil e aos demais países da América Latina em etapas, em meados da década de 1980, encorajado pelo mercado globalizado competitivo e concorrencial (MAIA, 2005).

Mas, verifica-se que apesar dessas metamorfoses que estão ocorrendo no mundo, a categoria trabalho não perde sua centralidade, pois mesmo com o aumento da tecnologia a criação de valores de troca ainda é resultado da articulação entre trabalho vivo e trabalho morto, as mercadorias criadas no capitalismo resultam da atividade manual e ou intelectual, que decorre do trabalho humano em interação com os meios de produção.

Essas metamorfoses no mundo do trabalho também atingem a categoria profissional dos assistentes sociais, devido ao fato de ser uma especialização inscrita na divisão social e técnica do trabalho coletivo, como será apresentado no próximo item.

2.2 O processo de trabalho do Serviço Social

Em 1936, é fundada em São Paulo a primeira Escola de Serviço Social do Brasil, inspirada pela Ação Católica e pela Ação Social. Ainda em 1936 é realizada a Primeira Semana de Ação Social do Rio de Janeiro, que é considerada como o marco para a introdução do Serviço Social na capital da República e, em 1937 é fundada a primeira Escola de Serviço Social do Rio de Janeiro. Em 1945, entrou em atividade a Escola de Serviço Social de Porto Alegre.

Havia a necessidade de uma formação técnica especializada para a prática da assistência, não só por parte da Igreja, como também do Estado e do empresariado, que necessitavam de pessoas capacitadas para educar moralmente o proletariado, pois achavam que a Questão Social era causada por problemas morais do indivíduo. No entanto, não se deve pensar que o Serviço Social se tornou profissão ao se aplicar uma base técnica e científica à filantropia, pois de acordo com Iamamoto (2007), isto seria ter uma visão endógena da profissão. De acordo com a autora,

Esta é uma visão de dentro e por dentro das fronteiras do Serviço Social, como se ele fosse fruto de uma evolução interna e autônoma das formas de proteção e de apoio social. Todavia, a constituição e institucionalização do Serviço Social como profissão na sociedade depende, ao contrário, de uma progressiva ação do Estado na regulação capital/trabalho constituída por meio do processo de industrialização e urbanização. É quando o Estado se “amplia”, [...] passando a tratar a questão social não só pela coerção, mas buscando um consenso na sociedade, que são criadas as bases da nossa demanda profissional (IAMAMOTO, 2007, p. 23).

Nesse período, a área da saúde não foi a que mais concentrou assistentes sociais, muito embora algumas escolas tenham surgido, em virtude de demandas

dessa área (BRAVO et al, 2006). O Serviço Social era associado às atividades de saúde pública, devido às funções que eram realizadas, junto aos médicos nas visitas domiciliares. A atuação do Serviço Social se expandiu no país após a 2ª Grande Guerra Mundial, devido ao advento do capitalismo no Brasil que, durante esse período, aprofundou as desigualdades sociais e, em consequência, às influências das transformações ocorridas internacionalmente após o término da guerra e, ainda nesse período, houve uma ampliação do Serviço Social no campo da saúde.

O exercício profissional do assistente social na área da saúde não é reduzido somente à ação exclusiva sobre questões subjetivas vividas pelo usuário. O Serviço Social tem por objetivo na área da saúde a “compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais, que interferem no processo saúde-doença e a busca de estratégias para o enfrentamento dessas questões” (BRAVO et al, 2006, p. 212). É relevante que o profissional não se afaste da função social da profissão, no seu cotidiano de trabalho, deixando, dessa maneira, de se identificar com o Serviço Social, passando a visualizar-se como um sanitarista devido à aproximação com as teorias da medicina e com as teorias da psicologia, pois o objeto de trabalho do assistente social é a Questão Social e suas múltiplas expressões. Segundo Iamamoto (2007),

Dar conta das particularidades das múltiplas expressões da questão social na história da sociedade brasileira é explicar os processos sociais que as produzem e reproduzem e como são experimentadas pelos sujeitos sociais que as vivenciam em suas relações sociais quotidianas. É nesse campo que se dá o trabalho do assistente social, devendo apreender como a questão social em múltiplas expressões é experienciada pelos sujeitos em suas vidas quotidianas. (IAMAMOTO, 2007, p.62)

Para evitar que o profissional na área da saúde perca o foco da sua atuação, e para o fortalecimento da profissão criaram-se os parâmetros para a atuação profissional na área da saúde. Na elaboração do referido documento, foram consultadas diversas publicações e documentações do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e dos vários Conselhos Regionais que abordam as atribuições e competências profissionais, bem como documentos publicados por várias secretarias municipais e estaduais de saúde e pelo Ministério da Saúde, que se sustentam a partir da Resolução nº. 218, de 06/03/1997, do Conselho Nacional de

Saúde, que reconhece os profissionais assistentes sociais como profissionais de saúde, e o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) reafirma o assistente social como profissional de saúde, através da Resolução nº. 338/1999. Atualmente o Serviço Social é considerado uma das treze profissões da área da saúde (CFESS, 2009).

A atuação do profissional do Serviço Social, tanto na área da saúde como em outros espaços sócio-ocupacionais, é norteada e orientada pelos direitos e deveres que constam no Código de Ética Profissional, pela lei de regulamentação da profissão, Lei nº. 8.662/93, bem como pelos Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na saúde, os quais devem ser respeitados pelas instituições empregadoras e os demais profissionais.

A atuação profissional deve nortear-se no projeto ético-político profissional, o qual será aprofundado no próximo item, para realizar uma análise crítica da realidade e, a partir, organizar o seu trabalho e estipular as competências e atribuições específicas, necessárias para enfrentar as demandas e situações que aparecem em seu cotidiano de trabalho nos espaços sócio-ocupacionais.

O profissional assistente social na área da saúde, de acordo com os parâmetros para atuação nessa área, desenvolve sua atuação profissional nas dimensões que são complementares e indissociáveis: ações assistenciais; ações em equipe; ações socioeducativas; ações de mobilização, participação e controle social; ações de investigação, planejamento e gestão; ações de assessoria, qualificação e formação profissional (CFESS, 2009).

O Serviço Social é uma profissão inserida na divisão social e técnica do trabalho, conforme Iamamoto (2007), participante do processo de produção e reprodução das relações sociais. E, por esse motivo, o assistente social se firma socialmente como um trabalhador assalariado, cuja inclusão no mercado de trabalho se dá por uma relação de compra e venda de sua força de trabalho, especializada por instituições empregadoras privadas ou estatais.

O Serviço Social, mesmo sendo regulamentado como uma profissão liberal pelo Código de Ética profissional, não possui essa tradição no Brasil. Ainda de acordo com Iamamoto (2007), o Serviço Social reproduz-se como um trabalho especializado por ser socialmente indispensável na sociedade, pela produção de serviços que atendem as necessidades sociais, ou seja, tem um valor de uso, possui uma utilidade social, na qual o valor de uso do assistente social é o serviço oferecido

ao usuário, e o valor de troca é o preço pago pelo empregador por esse serviço, ou seja, o salário.

O assistente social realiza seu trabalho em vários espaços sócio-ocupacionais, áreas, segmentos, tais como criança e adolescente, idosos, e em diversos setores, como saúde, previdência, assistência social, entre outros, e dessas possibilidades de atuação ocorre também uma variedade de processos de trabalho, o que exige que o profissional assistente social possua um acervo variado de conhecimentos. O profissional deve possuir competência ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa, para desempenhar de maneira crítica e competente a sua atuação.

O contexto sócio-histórico atual está afetando as condições e as relações de trabalho dos assistentes sociais. As mudanças, que vêm ocorrendo na sociedade, provocam alterações na divisão sócio-técnica do trabalho, afetam o profissional assistente social, afetando também as condições de vida dos usuários dos serviços sociais, o que vêm provocando um agravamento da questão social, e o Estado está atuando de acordo com o modelo neoliberal, gerando uma modificação da implementação das políticas sociais (IAMAMOTO, 2007).

A compreensão do Serviço Social como uma especialização do trabalho, como defende Ferreira (2008), leva os assistentes sociais a refletirem sobre seu processo de trabalho e sobre o seu objeto, o objeto sobre o qual se propõem a transformar.

Sendo a prática profissional compreendida como uma especialização do trabalho participante de um processo de trabalho, é constituída pelos três elementos que compõem o processo de trabalho, os quais já foram explicitados no item anterior, ou seja, é composta pela, a) a atividade adequada a um fim, que é o trabalho propriamente dito, b) o objeto de trabalho, a matéria sobre a qual se aplica o trabalho, que tanto pode ser a matéria em seu estado de natureza, como por exemplo, a terra, como objetos resultantes de trabalho anterior, as matérias-primas, c) e os meios de trabalho, que são os instrumentos utilizados pelo trabalhador, tais como maquinarias, equipamentos. Dito de outra maneira,

[...] todo processo de trabalho implica uma matéria-prima ou objeto sobre o qual incide a ação; meios ou instrumentos de trabalho que potenciam a ação do sujeito sobre o objeto; e a própria atividade, ou seja, o trabalho

direcionado a um fim, que resulta em um produto (IAMAMOTO, 2007, p. 61).

Sendo assim, o processo de trabalho do assistente social possui um objeto (questão social), sobre a qual vai acontecer a intervenção profissional, possuindo também meios/instrumentos que vão viabilizar a intervenção profissional sobre o objeto, e o trabalho do assistente social, direcionado a um fim, irá resultar em um produto.

O processo de trabalho, segundo Marx e Engels apud Ferreira (2008) é:

[...] a atividade dirigida com o fim de criar valores de uso, de apropriar os elementos naturais às necessidades humanas; é condição necessária do intercambio material entre o homem e a natureza; é condição natural eterna da vida humana, sem depender, portanto, de qualquer forma dessa vida, sendo antes comum a todas as suas formas sociais (MARX; ENGLES apud FERREIRA, 2008, p. 39).

A matéria-prima ou objeto do Serviço Social é a questão social e suas múltiplas expressões, portanto nos diferentes processos de trabalho o profissional assistente social vai possuir uma finalidade, que irá ser planejada com a intenção de satisfazer necessidades humanas e esta possui um significado social. Segundo lamamoto (2007), o profissional assistente social se depara em seu cotidiano com várias expressões da questão social, tais como, a pobreza, a violência, o desemprego, falta de acesso à saúde, à educação, à habitação, etc., mas a questão social que é desigualdade também é rebeldia e resistência, porque os sujeitos que vivenciam as desigualdades, a ela resistem e se opõem.

É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção de rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movidos por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade (IAMAMOTO, 2007, p. 28).

Estas são algumas das expressões da questão social, que se evidenciam no processo de trabalho dos assistentes sociais, porém a questão social não está posta, ela precisa ser desvendada pelo assistente social. E as categorias totalidade,

historicidade e contradição do método dialético-crítico possibilitam ao profissional assistente social conhecer, analisar, compreender e intervir na realidade social dos usuários.

Pesquisar e conhecer a realidade é conhecer o próprio objeto de trabalho, junto ao qual se pretende induzir ou impulsionar um processo de mudanças. Nesta perspectiva, o conhecimento da realidade deixa de ser um mero pano de fundo para o exercício profissional, tornando-se condição do mesmo, do conhecimento do objeto junto ao qual incide a ação transformadora ou esse trabalho (IAMAMOTO, 2007, p. 62).

A questão social precisa ser decifrada, para que se construam propostas criativas de intervenção. É por esse motivo que se diz que se deve conhecer a realidade de forma crítica para poder intervir de maneira crítica e competente.

Conforme Ferreira (2008), a questão social teve sua origem com o pauperismo do proletariado na Europa Ocidental, no período da Revolução Industrial. As lutas e reivindicações da classe trabalhadora fizeram com que suas condições precárias de vida, fossem visualizadas e contribuiu para que elas fossem reconhecidas como questão social, porque de acordo com Iamamoto (2007), um problema social torna-se efetivamente questão social quando se tem visibilidade, quando é assumido politicamente, e as manifestações e lutas da classe trabalhadora organizada obrigaram a sociedade a introduzir os dilemas dessa classe social na pauta de atuação de órgão público, houve um reconhecimento das demandas da classe trabalhadora como demanda pública. No entanto, como fala Ferreira (2008), essas incorporações intervêm nas expressões da questão social, e não na questão social, porque para intervir sobre a questão social, seria imprescindível modificar a estrutura econômica da sociedade, ou seja, modificar o sistema vigente, o capitalismo.

O segundo elemento que constitui o processo de trabalho é os meios/instrumentos e conforme Iamamoto (2007), não se deve ter a visão dos instrumentos de trabalho do profissional como um arsenal de técnicas: entrevistas, reuniões, plantão, encaminhamentos, pois, segundo a referida autora, essa questão é mais complexa.

Os meios do processo de trabalho dos assistentes sociais compreendem conhecimentos e instrumentos técnico-operativos, pois o conhecimento, conforme

Iamamoto (2007) é um meio de trabalho do profissional, sem o qual esse profissional especializado não consegue exercer seu trabalho, sua atividade. Portanto, é essencial que o assistente social possua conhecimento teórico-metodológico para desempenhar seu trabalho, pois esses conhecimentos colaboram para uma melhor leitura da realidade, seu desvendamento, bem como para se dar norte à atuação profissional.

O conhecimento não é só um verniz que se sobrepõe superficialmente à prática profissional, podendo ser dispensado; mas é o meio pelo qual é possível decifrar a realidade e clarear a condução do trabalho a ser realizado. Nessa perspectiva, o conjunto de conhecimentos e habilidades adquiridos pelo assistente social ao longo do seu processo formativo são parte do acervo de seus meios de trabalho (IAMAMOTO, 2007, p.63).

E, com relação aos instrumentos técnico-operativos, eles servem de estratégia para o profissional assistente social provocar a reflexão e o diálogo, conduzindo as finalidades do seu trabalho, iluminado por uma intencionalidade, pois todo trabalho possui uma intencionalidade.

O assistente social, como já foi mencionado, mesmo sendo regulamentado como um profissional liberal, não possui essa tradição no Brasil e não dispõe, de acordo com Iamamoto (2007), de todos os meios necessários para a realização de seu trabalho, tanto meios financeiros, como técnico e humano, para realizar seu trabalho autonomamente, portanto os profissionais assistentes sociais possuem somente uma relativa autonomia na realização de seu trabalho, pois o profissional necessita da empresa para organizar o seu trabalho, do Estado, das entidades não-governamentais (ONG's), que viabilizam aos usuários o acesso a seus serviços, disponibilizam recursos e meios para a sua concretização, estabelecendo prioridades a serem cumpridas pelo profissional, intervêm na fixação de papéis e funções que compõem o cotidiano de trabalho do profissional na instituição. A instituição empregadora organiza o processo de trabalho do assistente social, ou seja, o assistente social vende sua força de trabalho a uma instituição pública ou privada, que disponibiliza alguns meios de trabalho ao profissional para que ele possa exercer seu trabalho.

Importa ressaltar que o assistente social não realiza seu trabalho isoladamente, mas como parte de um trabalho combinado ou de um trabalhador coletivo que forma uma grande equipe de trabalho. Sua inserção na esfera do trabalho é parte de um conjunto de especialidades que são acionadas conjuntamente para a realização dos fins das instituições empregadoras, sejam empresas ou instituições governamentais (IAMAMOTO, 2007, p. 63).

Os profissionais assistentes sociais realizam seu trabalho com profissionais de outras áreas como parte de uma equipe interdisciplinar, para atender a finalidade das instituições em que atua. Os assistentes sociais, para efetivarem seu trabalho, dependem dos recursos que são previstos nos projetos e programas da entidade empregadora. Como já foi visto, uma parte dos meios para a efetivação do trabalho do profissional é fornecida pelas instituições que os contrata, tais como computadores para emissão de pareceres e laudos sociais, canetas, papel, salas para atendimento aos usuários, dentre outros recursos.

As políticas sociais também podem ser consideradas um meio de trabalho disponível pela instituição. “Portanto a condição de trabalhador assalariado não só enquadra o assistente social na relação de compra e venda da força de trabalho, mas molda a sua inserção sócio-institucional na sociedade brasileira” (IAMAMOTO, 2007, p.63). É por esse motivo que mais uma vez se ressalta que nem todos os processos de trabalho do assistente social são iguais.

Já se falou sobre o objeto de trabalho do assistente social, bem como dos meios/instrumentos de trabalho deste, mas qual é o produto do trabalho do profissional assistente social?

O Serviço Social é um trabalho especializado, expresso sob a forma de serviços, que tem produtos: interfere na reprodução material da força de trabalho e no processo de reprodução sócio-política ou ideo-política dos indivíduos sociais (IAMAMOTO, 2007, p. 69).

O atendimento das demandas postas pelos usuários constitui um produto do processo de trabalho dos assistentes sociais. O produto do trabalho do assistente social é a transformação do seu objeto, é a transformação das manifestações da questão social. A questão social tem origem nas relações de classe, pois uma classe social é detentora dos meios de produção, e a outra possui somente a sua força de trabalho, a qual vende para os detentores dos meios de produção por um preço

ínfimo para poder garantir a sua subsistência. Quem produz não é quem se apropria da riqueza socialmente produzida, o que gera como conseqüência o crescimento da pauperização dos trabalhadores, a “acumulação de capital não rima com igualdade e equidade” (IAMAMOTO, 2007, p. 59).

Conforme Ferreira (2008), uma instituição com fins filantrópicos ou uma Organização Não-Governamental (ONG), não realiza suas atividades com o social em conseqüência direta do conflito capital/trabalho, pois segundo o teórico, as ações das ONG's não são motivadas pela pressão da classe trabalhadora organizada, todavia o objeto, a matéria-prima de trabalho dos assistentes sociais, tanto nas instituições públicas, como nas instituições privadas é a questão social e suas manifestações.

Devido ao fato de as instituições empregadoras condicionarem o trabalho dos assistentes sociais, estes terão produtos diferentes de acordo com seus espaços sócio-ocupacionais e, conforme lamamoto (2007), as instituições condicionam, mas não determinam o trabalho dos assistentes sociais e, em alguns casos, o objetivo das instituições é diferente do objetivo do profissional.

Sendo o produto do trabalho dos assistentes sociais diferenciados de acordo com seu espaço sócio-ocupacional, é relevante no exercício da profissão dos componentes ético-políticos, segundo lamamoto (2007), pois esses componentes servem de guia para o exercício profissional. Os assistentes sociais que realizam seu trabalho em uma instituição pública terão produtos diferentes dos profissionais que atuam em instituições privadas, no entanto, o objeto de trabalho é o mesmo, ou seja, o objeto de trabalho do profissional assistente social tanto nas instituições públicas, como nas instituições privadas será as múltiplas expressões da questão social.

Já o sentido do trabalho do assistente social na direção pública, como é o caso da Secretaria Municipal da Saúde do município de São Borja, no campo da prestação de serviços, não possui a criação capitalista de valor e mais-valia, porque o Estado não cria riquezas ao atuar no campo das políticas sociais públicas. O Estado recolhe uma parcela da riqueza social sob a forma de impostos e outras contribuições, que formam o fundo público e redistribui uma parte dessa mais-valia social à população, através das políticas sociais. “Assim, a análise das características assumidas pelo trabalho do assistente social e de seu produto

depende das características particulares dos processos de trabalho que se inscreve” (IAMAMOTO, 2007, p. 70).

O produto do processo de trabalho dos assistentes sociais não depende somente do profissional, mas depende do objetivo, do fim desejado pela instituição empregadora, depende também dos fins desejados pelas organizações ou organismos públicos que dão norte aos processos de trabalho coletivo, depende dos espaços sócio-ocupacionais nos quais os assistentes sociais atuam, junto a outros trabalhadores inseridos na divisão sócio-técnica do trabalho coletivo. E como todo o processo de trabalho possui uma finalidade, a finalidade do assistente social é a defesa e garantia dos direitos sociais e a promoção da cidadania, bem como a luta para a construção de uma sociedade mais justa e mais democrática que respeite esses direitos.

2.3 Projeto ético-político profissional

Os projetos profissionais, de acordo com Netto (1999):

Apresentam a auto-imagem de uma profissão, elegem os valores que a legitimam socialmente, delimitam e priorizam seus objetivos e funções, formulam os requisitos (teóricos, práticos e institucionais) para o seu exercício, prescrevem normas para o comportamento dos profissionais e estabelecem as bases das suas relações com os usuários de seus serviços, com as outras profissões e com as organizações e instituições sociais privadas e públicas (inclusive o Estado, a que cabe o reconhecimento jurídico dos estatutos profissionais) (NETTO, 1999, p. 04).

Os projetos profissionais dão norte às profissões, indicando ainda como os profissionais devem atuar e se portar, com relação aos usuários, com outras profissões e com as instituições públicas e privadas. Segundo Netto (1999), os projetos profissionais diferem dos projetos societários na medida em que os projetos societários são projetos coletivos, cuja principal característica está no fato de se constituírem como projetos macroscópicos, como sugestão para o conjunto da sociedade, e os demais projetos coletivos, como os projetos profissionais não têm essa amplitude e inclusividade, porém os projetos profissionais não são

indissociáveis dos projetos societários, porque estes lhes oferecem valores e matrizes. Ainda segundo Netto (1999), os projetos societários são projetos de classe, e respondem aos interesses de uma ou de outra classe social, e os projetos societários compõem estruturas que são flexíveis e cambiantes e, por esse motivo, transformam-se e se renovam segundo as situações históricas e políticas. Os projetos profissionais também são estruturas dinâmicas e se renovam e se transformam, respondendo às mudanças no sistema de necessidades sociais, no qual a profissão atua, as alterações econômicas, históricas e culturais, ao desenvolvimento teórico da própria profissão, e as mudanças na composição social do corpo de profissionais.

Os projetos societários “tratam-se daqueles projetos que apresentam uma imagem de sociedade a ser construída, que reclamam determinados valores para justificá-la e que privilegiam certos meios (materiais e culturais) para concretizá-la” (NETTO, 1999, p. 02). Os projetos societários são viabilizados por diferentes modelos de desenvolvimento social, que indicam o processo necessário para se alcançar a sociedade projetada, almejada.

O projeto ético-político profissional do Serviço Social vem sendo construído, desde a metade da década de 1970, por entidades da categoria profissional e as diretrizes norteadoras do projeto encontram-se no Código de Ética profissional dos assistentes sociais, na lei de regulamentação da profissão, Lei nº. 8.662/9, e nas diretrizes curriculares gerais para curso de Serviço Social. O projeto ético-político do Serviço Social é um projeto coletivo e hegemônico e anuncia o compromisso da categoria profissional com a construção de um projeto societário que dê conta e ultrapasse as armadilhas do capital, visando a uma sociedade mais justa e democrática (CRESS, 2005).

Foi com a crise da ditadura militar, a qual havia sido instaurada em 1964, em meio às lutas e manifestações pela democratização da sociedade brasileira, que se “gestou o contexto histórico, o terreno vivo que tornou possível uma abrangente, profunda e plural renovação do Serviço Social” (IAMAMOTO, 2007, p. 88). No período da ditadura, o Serviço Social que começava a se aproximar do marxismo passa a utilizar outras correntes, para se adequar às demandas da ditadura e, neste período, o Serviço Social retorna ao conservadorismo com a vertente fenomenológica. A questão social era desvinculada dos processos sociais e tratada como problema individual enfrentado psicologicamente, de acordo com a

fenomenologia. As primeiras aproximações do Serviço Social com o marxismo foram equivocadas, houve uma fragmentação da apreensão do pensamento de Marx. Essa apreensão foi, na maioria das vezes, por manuais e intérpretes, sem o conhecimento das fontes. O marxismo também era associado a uma idéia revolucionária nesse período.

Devido à grande crise econômica houve um aumento do desemprego, o poder aquisitivo da classe média diminuiu e acarretou um grande aumento da inflação, o que tornou inviável o Regime Militar. Ainda neste período, na década de 1970, o capitalismo sofreu uma profunda crise estrutural, que acarretou em mudanças no modelo de gestão taylorista/fordista para o modelo japonês, toyotista. Foi um período de avanço tecnológico, no qual a automação, a robótica e a microeletrônica adentram o universo fabril, o que provocou um aumento do desemprego estrutural, a crise econômica que ocorreu em virtude dessas transformações ocasionou um aumento das desigualdades sociais, e os direitos sociais foram flexibilizados.

No final da década de 1970, começam a se gestar os alicerces para a implantação do modelo neoliberal, no qual o Estado passa a ser mínimo para o social e máximo para o capital, flexibilizando os direitos sociais. Nesse contexto, que acarretou uma grande pauperização da classe trabalhadora, ocorreram greves e surgiram movimentos sociais, nos quais a retomada do protagonismo da classe trabalhadora consegue inúmeras conquistas, dentre as quais a retomada do movimento sindical e a criação de um partido político para defender os interesses dos trabalhadores.

Foi segundo Netto (1999), com o processo de derrota do regime militar, que se inscreveu a primeira condição para a construção de um novo projeto profissional, que foi a condição política. A vanguarda dos profissionais assistentes sociais, durante o período de efervescência democrática, mobilizou-se de maneira ativa na contestação política, desde o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, que ocorreu em setembro de 1979, o qual ficou conhecido como “o Congresso da Virada”.

Uma parte mais ativa da profissão vinculou-se ao movimento dos trabalhadores e, rompendo com o domínio do conservadorismo, conseguiram estabelecer na profissão o pluralismo político, que redimensionou a organização

profissional e também conseguiram inseri-la no marco do movimento dos trabalhadores.

Durante esse período, uma parcela da categoria profissional se mobilizou na criação do Projeto profissional de ruptura, que se situa no processo da reconceituação do Serviço Social brasileiro. Durante esse processo, os assistentes sociais analisaram o processo histórico do Serviço Social, expresso por uma luta entre o conservadorismo, que tinha base positivista-funcionalista importada dos Estados Unidos, e a renovação do Serviço Social, através da aproximação com o marxismo. Nesse momento, os assistentes sociais percebem o caráter conservador e a subordinação de sua prática à burguesia e fazem um questionamento crítico da própria realidade e da realidade profissional, além de analisar os seus fundamentos teóricos.

Esse questionamento, que se deu no âmbito da teoria e métodos utilizados, por ser importado não dava conta da nossa realidade e da realidade latino-americana. Nesse momento, além de existir um clima que favorecia a ruptura com o conservadorismo, existia também uma luta pela preservação deste. Esse momento de ruptura ficou conhecido como Movimento de Reconceituação e aconteceu em toda a América Latina, onde se passou a ter uma visão dialética da realidade por parte de um grupo de assistentes sociais.

Na década de 1980, o Movimento de reconceituação ganhou mais força devido à redemocratização que proporcionou a explicitação das conquistas realizadas anteriormente, pela vertente de ruptura. Em 1982, acontece a reforma curricular nas Unidades de Ensino de Serviço Social e, a partir de 1984, começa a ser implantado.

Na década de 1980, a produção marxista superou os equívocos das primeiras aproximações, e a formação profissional passa a receber novos encaminhamentos e a contar com um currículo explicitamente orientado para uma formação crítica e comprometido com as classes trabalhadoras. Houve uma qualificação acadêmica, e a criação dos cursos de pós-graduação, com a implantação dos cursos de mestrado e doutorado, na PUC de São Paulo, o que proporcionou um crescimento da produção científica. A pesquisa também se afirma no Serviço Social com o seu reconhecimento pelas entidades oficiais de fomento à pesquisa.

Ao longo do tempo, devido às mudanças que foram ocorrendo na sociedade, os assistentes sociais sentiram que era necessário fazer uso de um método que

fosse mais apropriado para o conhecimento da realidade, por esse motivo o Serviço Social passa a utilizar o método dialético-crítico que está embasado na teoria social crítica marxista. Este é utilizado para analisar, conhecer e intervir na realidade, por meio de princípios, leis e/ou categorias, que são: historicidade, totalidade e contradição, que são as categorias fundamentais para o desvendamento da realidade.

[...] Este método, associado a um conjunto teórico de fôlego, que se inspira no próprio movimento da realidade, histórico, contraditório, multicasual, aporta, além de categorias explicativas da realidade, elementos que nos permitem explicar a profissão como processo de trabalho com seus movimentos condicionados e protagonistas (PRATES, 2006, p. 02).

A teoria social crítica marxista, analisa e compreende a realidade por meio das relações sociais que são estabelecidas no modo de produção capitalista, em que se tem a questão social que é a contradição, o conflito existente entre o capital e o trabalho e que gera manifestações de desigualdade tais como: exploração, analfabetismo, prostituição, desemprego, fome, que são as demandas de trabalho do assistente social, e de rebeldia e resistência tais como: políticas, programas, projetos, conselhos, sindicatos, associações, que são espaços de trabalho do profissional assistente social, ou seja, onde o profissional vai efetuar o seu processo de trabalho.

Nas últimas três décadas, o Serviço Social redimensionou-se, de acordo com lamamoto (2004), e renovou-se no âmbito da sua interpretação teórico-metodológica, no campo dos valores, da ética e da política. Essa renovação que ocorreu no Serviço Social atingiu os campos do ensino e da pesquisa, da prática e da organização política corporativa da categoria profissional e, conforme lamamoto (2001) repõe-se hoje, de maneira proeminente e decisiva, na avaliação dos fundamentos éticos da ação profissional.

O Serviço Social estabeleceu democraticamente sua base normativa, que é expressa na lei de regulamentação da profissão, a qual estabelece, nos arts. 4º e 5º, as competências e as atribuições profissionais e, no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, de 1993. O Código de Ética de 1993 veio suprir as deficiências do Código de Ética de 1986, mas preservou as suas conquistas. No

Código de Ética, estão presentes direitos e deveres do assistente social, de acordo com princípios e valores humanistas, que norteiam o exercício profissional.

Os princípios éticos fundamentais presentes no Código de Ética são:

Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;
Defesa do aprofundamento da democracia, enquanto socialização da participação política e da riqueza produzida;
Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática;
Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito e a diversidade, a participação de grupos socialmente discriminados e a discussão das diferenças;
Garantia do pluralismo, através do respeito as correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;
Opção por um projeto profissional vinculado ao processo de construção de uma nova ordem societária, sem dominação-exploração de classe, etnia e gênero;
Articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste Código e com a luta geral dos trabalhadores;
Compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional;
Exercício do Serviço Social sem ser discriminado, nem discriminar, por questões de inserção de classe social, gênero, etnia, religião, nacionalidade, opção sexual, idade e condição física (CRESS, 2005, p. 20-21).

Os outros pilares, em que se apóia o projeto profissional, como já foram mencionados, é a legislação que regulamenta a profissão a qual foi regulamentada em 1993, que representa uma defesa da profissão na sociedade e as diretrizes curriculares para a formação em Serviço Social, que vem sendo construídas coletivamente no interior do processo de renovação do Serviço Social nos vários países, de acordo com Iamamoto (2004).

As diretrizes curriculares para o curso de Serviço Social foram organizadas e aprovadas pelo conjunto das entidades de ensino, coordenadas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), e aprovadas pelo Conselho Nacional de Educação. É a partir de núcleos temáticos que a proposta de currículo encontra-se estruturada, os quais articulam um conjunto de conhecimentos

e habilidades que são necessários para a qualificação dos profissionais assistentes sociais na atualidade.

A proposta de currículo é composta por três núcleos temáticos, conforme lamamoto (2007), que são: o núcleo dos fundamentos teórico-metodológicos da vida social, o núcleo de fundamentos da particularidade da formação sócio-histórica da sociedade brasileira e o núcleo de fundamentos que se desdobram em matérias, e as matérias se desdobram em disciplinas, nos currículos plenos dos cursos de Serviço Social, nas unidades de ensino.

Segundo lamamoto (2001), o maior desafio para a efetivação do projeto na atualidade é torná-lo de fato um norteador para o exercício da profissão. O projeto profissional expressa uma condensação dos componentes ético-políticos, teórico-metodológicos e técnico-operativos do Serviço Social, e englobam a formação e o exercício profissional.

O projeto ético-político profissional do Serviço Social, o qual se iniciou na década de 1970, com o movimento de reconceituação, avançou em 1980, e consolidou-se nos anos de 1990, deve servir de guia para os profissionais desempenharem o exercício profissional de forma ética e competente, devendo o profissional, dessa maneira, assumir responsabilidade em ter um aperfeiçoamento intelectual permanente, tendo em vista atender o compromisso com a qualidade dos serviços prestados aos usuários, visando à defesa intransigente dos direitos sociais e a luta pela construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

2.4 Instrumentalidade do Serviço Social

A instrumentalidade integra o processo de trabalho do profissional assistente social e, é uma das três dimensões das competências que o profissional deve possuir que é a competência técnica-operativa, mas, como foi mencionada anteriormente, ela não pode ser descolada da competência teórico-metodológica e ético-política, pois ambas se complementam.

O assistente social, em sua metodologia de trabalho, pode se utilizar de diversos instrumentos e técnicas para atingir seus objetivos, sua finalidade e, dessa maneira, poder intervir na realidade social. Durante o processo de Estágio

Supervisionado em Serviço Social, no programa DST/AIDS, o qual integra a Secretaria Municipal de Saúde, utilizaram-se alguns instrumentos que possibilitaram o conhecimento e a análise da realidade e, assim, a sua intervenção.

O profissional assistente social deve buscar apreender, conhecer a história de vida do usuário, ou seja, entender o usuário em sua totalidade, o seu contexto social, dessa forma intervindo de forma crítica e competente, na realidade desse sujeito.

Na utilização dos instrumentos, há uma intencionalidade. O assistente social, ao antecipar teleologicamente o que pretende realizar para desempenhar sua finalidade, seu objetivo, vai verificar que instrumental irá utilizar para concretizar seu intuito.

Segundo Martinelli; Koumrouyan apud Souza (2006), definem-se por instrumental o conjunto articulado de instrumentos e técnicas que permitem a operacionalização da ação profissional. Por isto acredita-se que o instrumento é a estratégia ou tática, por meio da qual se realiza a ação profissional, e a técnica é a habilidade no uso do instrumento.

No entanto, a instrumentalidade profissional não se refere somente ao conjunto de instrumentos e/ou técnicas utilizadas pelo assistente social em sua metodologia de trabalho, porque a questão da instrumentalidade é mais abrangente, refere-se também à capacidade, à propriedade, segundo Guerra (2009), que a profissão vai contraindo na medida em que realiza seus objetivos. Essa capacidade profissional se constrói e se reconstrói no processo sócio-histórico, ou seja, é uma capacidade que vai sendo adquirida pela profissão e transformada, conforme as determinações do momento histórico em que o profissional atua. Todo o trabalho social possui instrumentalidade.

O profissional assistente social deve possuir atualmente uma capacidade criativa para utilizar os instrumentos já consagrados na prática profissional, e também criatividade para criar instrumentos para produzir transformações na realidade social, deixando de ser um mero executor das políticas sociais, passando a ser também um profissional propositivo.

O profissional do Serviço Social deve desempenhar funções de planejamento, elaboração e gerência, como está explicitado na lei que regulamenta a profissão, exercendo de maneira eficiente as suas competências e atribuições profissionais.

Elegeram-se alguns instrumentos que foram utilizados durante a experiência de estágio supervisionado em Serviço Social, realizado no Programa DST/AIDS da Secretaria Municipal de Saúde, do município de São Borja, para uma abordagem, tendo em vista que foram os mais utilizados e que possibilitaram o processo de conhecimento, avaliação e intervenção de determinadas situações que se apresentaram durante o processo de estágio. Os instrumentos eleitos para serem abordados foram: acolhimento, observação, entrevista e visita domiciliar.

2.4.1 Acolhimento

O acolhimento é um dos instrumentos mais relevantes para o profissional assistente social. No processo de acolhimento em saúde, como nas demais áreas, busca-se um atendimento humanizado ao usuário, e o acolhimento é um instrumento que possibilita ao assistente social na área da saúde realizar ações socioeducativas, como se estabelece nos parâmetros para a atuação dos assistentes sociais na saúde, no qual o assistente social junto aos demais profissionais da saúde vai receber o usuário e assisti-lo, garantindo, assim, o princípio da integralidade aos usuários.

Durante o acolhimento, é importante que se crie vínculo com o usuário, pois a criação deste possibilitará a confiança entre o usuário e o profissional assistente social. O vínculo possibilitará que o usuário exponha situações complexas de sua vida ao profissional, permitindo ao profissional conhecer a sua história de vida e as demandas dos usuários.

Segundo Turck⁶ (2010), o sujeito que recorre ao assistente social, chega pela sua subjetividade, portanto é relevante criar espaços de confiança. Deve-se, de acordo com a referida autora, colocar-se no lugar do outro para que ocorra uma ampliação da capacidade de empatia, que vai, segundo a autora, oportunizar “penetrar na experiência” de outra pessoa em um espaço democrático. Deve-se colocar no lugar do outro no sentido de não julgar o usuário, não fazer juízos de valor.

⁶ Palestra realizada no II Fórum de Cidadania, Comunicação e Cultura, realizado pela Universidade Federal do Pampa – Unipampa no dia 27 de maio de 2010.

De acordo com Turck (2010), para realizar-se o acolhimento, pode-se seguir alguns passos, como, a técnica da observação crítica, o colocar-se no lugar do outro e o reconhecimento da essência do acolhimento, que implicaria transitar nos espaços relacionais orientados pelos princípios amparados pelo Projeto Ético-Político do Serviço Social, que são: garantir a identidade individual do sujeito, sem rótulo, que possa demarcá-lo como “a coisa”; garantir um espaço para a livre expressão da sua subjetividade e opiniões; garantir a sua aceitação como sujeito de sua história, independente da expressão de suas necessidades; garantir ao sujeito que seus atos não o condenem socialmente, impossibilitando a esperança da superação; garantir seu livre arbítrio e respeito às suas decisões, embora o profissional não concorde com as decisões do usuário; garantir aos usuários do Serviço Social a confiabilidade do sigilo profissional. O profissional no processo de acolhimento deve se despir de preconceitos. Segundo Turck (2010), estes são alguns dos passos que se realizam durante o processo de acolhimento e, no âmbito objetivo, utilizam-se outras técnicas.

O processo de acolhimento possibilita ao profissional assistente social a defesa e a garantia dos direitos dos usuários aos benefícios dos serviços de saúde, bem como aos demais direitos sociais, pois, por meio do acolhimento, o profissional vai poder identificar a possibilidade da inserção dos usuários nas políticas sociais.

2.4.2 Observação

A observação é um instrumento muito utilizado por diversas profissões, e também se constitui em um instrumento relevante para o profissional assistente social, o qual a utiliza de maneira crítica. A observação é utilizada pelo profissional assistente social, articulada aos demais instrumentos, tais como visita domiciliar e a entrevista.

A “observação nada mais é do que o uso dos sentidos, com vistas a adquirir os conhecimentos necessários para o cotidiano” (GIL, 1987, p. 104). Durante a observação, deve-se ficar atento às reações dos sujeitos, a linguagem corporal e oral do usuário.

Segundo Gil (1987), a observação expõe como vantagem fundamental a de não se ter intermediação, a partir do momento em que os fatos são diretamente percebidos e, dessa maneira, a subjetividade, que permeia todo o processo de investigação social, acaba sendo reduzida.

2.4.3 *Visita domiciliar*

A visita domiciliar é um instrumento utilizado pela profissão desde os primórdios, e é considerado um instrumento relevante ao processo de conhecimento da realidade e para a intervenção do assistente social. A visita domiciliar “é uma prática investigativa ou de atendimento, realizada por um ou mais profissionais, junto ao indivíduo em seu próprio meio social e familiar” (AMARO, 2003, p. 13). E, por ser realizada no ambiente doméstico do usuário, a visita domiciliar pode favorecer ao profissional apreender como se dá a relação familiar, o cotidiano de vida deste. O usuário em seu ambiente familiar, na maioria das vezes, sente-se mais à vontade para relatar sua história de vida ao profissional do que na instituição onde trabalha.

Durante a visita domiciliar, é relevante o profissional agir de forma ética, sem desrespeitar o usuário. O profissional também não deve fazer juízos de valor, repreendê-lo ou corrigi-lo, se ele agir de alguma maneira que o profissional entenda que seja incorreto, pois o profissional tem que lembrar que está dentro do espaço privado daquele sujeito, e o profissional não deve querer adaptar a vida dos usuários a modelos que acredita como corretos, pois o profissional possui um papel de educador e não de moralizador. É fundamental que não tenha uma visão preconceituosa, para realizar uma visita domiciliar de maneira competente e crítica.

Na visita devemos estar aptos para encontrar a verdade daquela realidade, não a verdade que acreditamos e queremos ver. Não espere, portanto, chegar a modelos de realidade, para classificar a verdade de cada história falada ou observada nas visitas que realiza (AMARO, 2003, p. 23).

Ao realizar uma VD, o profissional assistente social não deve ter um olhar simplificado, conforme Amaro (2003), pois este olhar é redutivo e impede o profissional de visualizar a totalidade dos fatos durante a visita domiciliar. Ou seja, o

profissional deve ter um olhar investigativo, um olhar vigilante e ficar atento ao ambiente físico, ao que não é falado, e às reações dos sujeitos nessa ocasião, suas emoções, tais como choro, nervosismo, respostas evasivas para, dessa forma, apreender a realidade.

Ver no movimento dos corpos, nos gestos realizados ou bloqueados, na tonalização ou silenciamento da voz, na queda das lágrimas, nas relações físicas de afago e repulsa, o que esses atos mensagens contam de medos, ciúmes, afetos, proteções e maus tratos (AMARO, 2003, p. 38).

A visita domiciliar é realizada sempre com um objetivo, uma finalidade e, portanto, deve haver um planejamento. É indispensável que o profissional se dirija para a realização da visita domiciliar com um plano com o planejamento dos dados e das informações, que devem ser coletados naquela visita. Outro fato importante é definir, com o usuário a ser visitado, o dia e o horário da visita domiciliar e, se naquela data, a instituição irá dispor de transporte para a realização da visita.

O profissional deve evitar realizar visitas domiciliares sem avisar o usuário, “visitas surpresas, além de invasivas e desagradáveis, revelam-se manifestos de uma cultura autoritária, moralizadora, fiscalizadora e disciplinar e, por essa razão, devem ser banidas do pensamento e prática do profissional que visita” (AMARO, 2003, p. 52). Portanto, deve-se construir, com os usuários, de forma democrática, o horário e data em que se realizará a visita, e deve-se evitar realizar visitas sem comunicar o usuário, a não ser que seja necessária essa atitude por parte do profissional.

Outro fato aspecto relevante a que se deve ficar atento na realização das visitas é, segundo Amaro (2003), com relação às pessoas que acompanharão o profissional durante a VD. Por esse motivo, se o profissional combinar com o usuário que naquele dia somente o profissional irá visitá-lo, não é interessante que o profissional apareça com outros profissionais que são estranhos àquele usuário e, se for necessário o acompanhamento de outros profissionais na visita domiciliar, deve-se procurar comunicar o usuário acerca desse fato e explicar o porquê dessa necessidade.

Visitas agendadas por assistentes sociais para acompanhamento de famílias em cujo seio habitam pacientes portadores de sofrimento psíquico

podem justificar a presença de médicos psiquiatras e psicólogos na atividade domiciliar (AMARO, 2003, p. 54).

Então, para que não aconteça nenhum constrangimento, tanto para o usuário, como para o profissional, o que poderia atrapalhar a realização da visita domiciliar, é importante que haja a comunicação e a justificativa da presença de mais profissionais na visita domiciliar.

Uma visita domiciliar não tem um tempo determinado para a sua realização, é claro que numa “visitinha de médico” o profissional não irá poder observar muita coisa para apreender aquela realidade. O tempo de duração depende muito do objetivo da realização da visita domiciliar. Pode ocorrer de o profissional durante a VD se deparar com situações que farão com que ele se estenda mais na visita domiciliar, assim como situações que farão com que diminua o tempo que havia estipulado para a execução da VD. Conforme Amaro (2003) deve-se sempre estar preparado para o inesperado, porque situações ou fatores surpresos sempre surgem no transcorrer das visitas domiciliares.

2.4.4 Entrevista

A entrevista, assim com a visita domiciliar, é um dos instrumentos utilizados desde os primórdios da profissão e compõe os processos de trabalho dos assistentes sociais. Por meio da entrevista, o profissional pode conhecer a história de vida dos usuários, e a “entrevista é um dos instrumentos que possibilita a tomada de consciência pelos assistentes sociais das relações e interações que se estabelecem entre a realidade e os sujeitos, sendo eles individuais ou coletivos” (LEWGOY; SILVEIRA, 2007, p. 235).

A entrevista é composta por etapas para o seu desenvolvimento, as quais possibilitam uma melhor utilização dessa ferramenta. A primeira etapa da entrevista, segundo Lewgoy; Silveira (2007) é a do planejamento e é fundamental que o assistente social se prepare para realizar a entrevista e que esta esteja norteada pelos eixos teórico, técnico e ético-político. É na fase do planejamento, ou seja, no momento em que o profissional vai organizar sua ação, que o profissional

estabelece a finalidade da entrevista, que objetivos se pretende alcançar com a entrevista e que instrumentos irá utilizar para coletar os dados. Nesse momento, também ocorre a definição do local onde será realizada a entrevista, bem como o tempo de duração. A primeira entrevista pode durar de 50 a 45 minutos, aproximadamente, e as demais entrevistas de 45 a 30 minutos.

A segunda etapa da entrevista é a realização propriamente dita da entrevista e, segundo as referidas autoras, é constituída de momentos que se entrecruzam, através de estágios do prelúdio ou etapa social, da coleta de dados ou focalização, do contrato, da síntese, e da avaliação. Para a realização e execução de qualquer atendimento ao usuário do Serviço Social, é condição fundamental da existência de espaço físico adequado, nas condições estabelecidas pela resolução do CFESS nº. 493 de 21 de agosto de 2006, que dispõe sobre as condições éticas e técnicas do exercício profissional do assistente social.

Assim como na visita domiciliar, o assistente social deve apreender o que é falado e o que não é dito, ou seja, ficar atento aos sentimentos, às emoções do usuário no decorrer da entrevista, observando a linguagem verbal e a não-verbal. O profissional assistente social, segundo Lewgoy; Silveira (2007) deve citar os objetivos da entrevista e os serviços disponíveis em relação às expectativas do usuário, durante o contrato que pode ser traduzido como a manifestação de um acordo de vontade entre ambos.

A terceira etapa da entrevista é a do registro da entrevista, a qual deve ser numa linguagem clara e objetiva, e não podem expressar juízo de valor do profissional, onde se deve evitar o uso de adjetivos, os quais denotem juízo de valor. O registro também permite que o usuário tenha documentado a evolução do seu atendimento, bem como o acesso aos dados que foram registrados.

O registro também tem como objetivo contribuir para a integralidade do atendimento e compartilhar o conhecimento com os demais trabalhadores da instituição. Quando for um prontuário único, deve ser sintético, sem perder a profundidade, e a sua elaboração pode ser durante ou imediatamente após o atendimento (LEWGOY; SILVEIRA, 2007, p. 238).

Para a realização da entrevista, o profissional assistente social tem a sua disposição várias técnicas, tais como acolhimento, questionamento, classificação,

reflexão, exploração e aprofundamento, silêncio sensível, apropriação do conhecimento e síntese integrativa, entre muitas outras técnicas que existem, de acordo com Lewgoy; Silveira (2007). Portanto, cabe ao assistente social eleger que técnica será melhor para a realização da finalidade que pretende atingir com a entrevista.

Esses quatro instrumentos explicitados de maneira articulada servem como relevantes ferramentas para o profissional do Serviço Social desvendar e conhecer a realidade, porém o instrumental técnico-operativo não deve ser desgrudado dos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos, como já foi mencionado, porque pode resultar em tecnicismo. Dessa maneira, o profissional, para poder intervir na realidade social dos usuários dos seus serviços de maneira crítica e competente, deve realizar a articulação dessas três dimensões da competência profissional.

Neste capítulo, dedicou-se a estudar o processo de trabalho do Serviço Social bem como a delimitação do objeto, meios e produtos. Também se enfocou o instrumental, com o qual se trabalhou no campo de estágio. No capítulo a seguir, será problematizado o HIV/AIDS, como uma demanda para o Serviço Social e a política de saúde brasileira.

3 HIV/ AIDS E DEMANDAS PARA O SERVIÇO SOCIAL

Este capítulo apresentará a trajetória histórica da saúde no Brasil, contextualizando historicamente o país da década de 1930 até a criação do Sistema Único de Saúde. Será explanada como se constituiu a política de saúde no país, bem como o histórico da epidemia de HIV/Aids ,no mundo e no Brasil, além o histórico do Programa DST/AIDS, no Brasil e no município de São Borja. Será abordada ainda a questão do estigma, preconceito e discriminação, que ainda cerca os soropositivos, e as conseqüências que isto acarreta na vida desses sujeitos, pois o HIV/Aids se constitui, atualmente, como uma das principais demandas para o Serviço Social na área da saúde, o que exige do profissional assistente social competência e qualificação profissional que viabilizem formas de enfrentamento para as situações que o HIV/Aids gera, tais como desemprego, exclusão, preconceito e discriminação, que se constituem como expressões da questão social.

3.1 A política de saúde brasileira

Os serviços de saúde surgiram no país, a partir do final do século XIX, devido às reivindicações do movimento operário, que estava nascendo. Devido à transformação política e econômica, surgiram algumas iniciativas no campo da saúde pública, como realização de campanhas e a vigilância do exercício profissional. No século anterior, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal, de acordo com Bravo et al (2006). A intervenção do Estado na área da saúde só passou a ocorrer no início século XX, e de forma mais efetiva na década de 1930.

No Brasil, o processo de industrialização começa a ganhar força na década de 1930. A política econômica de Getúlio Vargas investiu na indústria nacional, principalmente nas indústrias de base que eram a siderurgia e a metalurgia. Durante este período, o café era o principal produto de exportação brasileiro e devido à quebra da Bolsa de Valores de Nova York, em 1929, sua cotação caiu no mercado, o que gerou uma crise que afetou a economia nacional. O governo comprou milhões

de sacas de café para que os cafeicultores tivessem um prejuízo mínimo. Toneladas de café foram jogadas ao mar ou queimadas, mas essas medidas não melhoraram a situação. Grande parte dos cafeicultores perdeu tudo e milhares de trabalhadores perderam seus empregos, ficando na mais completa miséria. Nesse contexto, devido ao término da política do café-com-leite, há uma mudança na economia, que deixa de ser agro-exportadora e passa a ser urbano-industrial e, é após 1930 que o capitalismo monopolista avança de maneira mais dura e pesada no âmbito nacional (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006).

Milhares de pessoas deixam o campo e migram para as cidades em busca de melhores condições de vida. Nesse período, também já havia os imigrantes europeus, que tinham vindo substituir a mão-de-obra escrava. Começam a surgir os cortiços e, posteriormente, as favelas, as condições de moradia, de higiene e de saúde eram precárias (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006).

As fábricas não comportavam tanta mão-de-obra e também não possuíam condições de segurança e higiene adequadas para os trabalhadores, apesar de já ter sido implantada em 1919, uma legislação social que responsabilizava as indústrias pelos acidentes de trabalho. Os baixos salários eram insuficientes para a subsistência dos trabalhadores. As mulheres e crianças eram submetidas à mesma jornada de trabalho masculina, mas possuíam salários inferiores. O capitalista explorava a força de trabalho, para poder expandir a sua acumulação. No âmbito da empresa, o empresariado desenvolvia uma política assistencialista. O operário vendia diariamente sua força de trabalho por um preço ínfimo, para poder sobreviver (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006).

As questões referentes à saúde emergem como “questão social no Brasil, no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado” (BRAGA; PAULA apud BRAVO et al, 2006, p. 90).

Em 1923, foram criadas as CAPS (Caixas de Aposentadoria e Pensões), que eram conhecidas como Lei Eloi Chaves, e estas tinham financiamento da União, das empresas empregadoras e dos empregados. Os benefícios das CAPS eram assistência médico-curativa, a distribuição de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, por velhice e invalidez, e os dependentes recebiam pensões e havia ainda o auxílio funeral (IAMAMOTO; CARVALHO, 2006).

É no contexto do processo histórico, econômico e político que marcou a sociedade brasileira dos anos trinta, que acontece a formulação da política de saúde, a qual foi formada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. Assim sendo, foi na década de 1930, que surgiu no país a medicina previdenciária, com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS), e a saúde pública se centrava na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, de maneira restrita, para as populações rurais (BRAVO, 2006).

O modelo de saúde, nesse período, era o modelo de saúde previdenciário. Anteriormente, o modelo de saúde era o modelo campanhista, o qual possuía práticas sanitárias voltadas para o controle de epidemias e endemias, através do combate às doenças transmissíveis, tais como, febre amarela, malária, varíola, entre outras, e do saneamento dos locais onde circulavam produtos para exportação (BRAVO, 2006).

Em 1937, Vargas implanta um período ditatorial, conhecido como Estado Novo, que substituiu a democracia representativa por um sistema de governo autoritário e centralizado que durou até 1945. Esse governo tinha um projeto populista, corporativista e assistencialista. Foi decretada uma nova Constituição, inspirada na Constituição da Polônia. Ela dava amplos poderes ao presidente e tinha um caráter fascista. A legislação trabalhista existente na época foi mantida (COUTO, 2006).

O Estado Novo sustentou sua legitimação com a criação de um projeto social, voltado para a área dos direitos sociais, necessários devido ao processo de industrialização que estava acontecendo no país. Os direitos sociais apareciam como benefícios do Estado e não como sua incumbência. Dessa maneira, o governo incorporava algumas reivindicações da classe trabalhadora ao mesmo tempo em que respondia às necessidades do capital.

A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) foi criada em 1943, ainda no governo Vargas, e reunia toda a legislação trabalhista desde 1930. Getúlio Vargas foi deposto em 1945 e, em 1946, foi eleito Gaspar Dutra, que elaborou uma nova Constituição. Iniciava-se, assim, o período conhecido como Segunda República, marcado pelo processo de redemocratização (COUTO, 2006).

Getúlio, que havia sido deposto, volta ao poder em 1951, provando seu carisma junto às classes mais pobres, conquistadas com o seu projeto assistencial

anterior. Nesse governo, Vargas defendia o nacionalismo econômico, mas não podia dispensar o capital norte-americano, que era investido nos setores de infra-estrutura e tão necessário ao seu plano de desenvolvimento. João Goulart foi nomeado para o Ministério do Trabalho, numa tentativa de agradar a classe trabalhadora. Getúlio Vargas suicida-se em 1954, após forte pressão de seus opositores e a crise em que se encontrava o seu governo. O país passa por um período de turbulência política (COUTO, 2006).

Juscelino Kubitschek é eleito presidente, em 1956. Este possuía um projeto baseado no nacionalismo desenvolvimentista, o qual tinha um programa econômico, chamado de Plano de Metas, cujo slogan era 50 anos em 5 anos. Durante seu mandato JK, abriu a economia do país para o investimento externo e para o processo acelerado de industrialização. Durante esse período, apesar do desenvolvimento do país, houve um aprofundamento da questão social. A precarização das condições de trabalho, o desemprego e a pauperização da população aumentaram muito (COUTO, 2006).

Também ocorreu uma ênfase na divisão entre atenção médica curativa e as medidas de prevenção de caráter coletivo. Existia ainda a divisão entre os serviços de saúde privados e os serviços públicos de saúde. Segundo Cohn (2006), essa divisão entre serviços públicos e serviços privados de saúde prolonga-se até a década de 1970, e o Sistema Nacional de Saúde, Lei n. 6. 229/75 selou essa divisão, ao instituir as especialidades preferenciais das tarefas a cargo da Previdência Social e as especialidades das tarefas a cargo do Ministério da Saúde. Os serviços médicos ligados ao Ministério da Saúde, nesse período, contemplavam também a assistência médica individual.

Os programas de políticas sociais tinham uma abrangência limitada e cerceada pelo objetivo primeiro do governo, que era o desenvolvimento econômico, mas durante esse período foi aprovada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), em 1960. João Goulart assume a presidência da república em 1961, após a renúncia do presidente Jânio Quadros, mas, durante esse período foi instalado um sistema parlamentarista, pois a oposição acusava Jango de estar ligado ao comunismo. Esse sistema diminuía e transferia o poder do presidente para um primeiro-ministro, escolhido pelo parlamento. Somente em 1963, após a realização de um plebiscito, pelo qual a população brasileira optou pelo presidencialismo, é que João Goulart assume o poder definitivamente. O governo de João Goulart foi

marcado por inúmeros movimentos sociais. Em 1962, criou-se o Comando Geral dos Trabalhadores (CGT), que deu origem à Central Única dos Trabalhadores (CUT), na década de 1980. João Goulart também formou um grupo de estudos para reformar a Consolidação das Leis trabalhistas (CLT) e instituiu o décimo terceiro salário e o salário-família, sendo esses direitos vinculados somente aos trabalhadores urbanos. Posteriormente, na década de 1960, o modelo de saúde adotado no país foi o modelo médico-assistencial-privatista, com uma prática médica curativa, assistencialista, individualista e especializada (COUTO, 2006).

João Goulart foi deposto, em 1964 por um movimento político-militar. Os militares tomaram o poder por temerem que se instalasse o socialismo no Brasil. Foi criado o Comando Revolucionário, que decretou o Ato Institucional n. 01, conhecido como AI-1, com poderes para alterar a Constituição, e que dava plenos poderes ao presidente da República. Em abril o congresso elegeu o General Humberto Castelo Branco como presidente. Começava assim o período que ficou conhecido como ditadura militar.

Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) com a unificação dos IAPS, essa medida modernizou o aparelho estatal, e aumentou o seu poder de regular a sociedade, e posteriormente o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) foi criado pelo regime militar com o desmembramento do INPS. Durante a ditadura militar o Estado utilizou para intervir o binômio repressão-assistência, conforme Bravo et al (2006) houve uma ampliação da política de assistência, com o intuito de aumentar a regulação do Estado sobre a sociedade, e conseguir legitimidade para o regime militar e também servia como mecanismo para acumulação do capital. Neste período houve um aumento dos direitos sociais e diminuição dos direitos civis e políticos.

O congresso elege Costa e Silva para presidente em 1966. A partir desse momento, vários movimentos contra o governo militar foram organizados. Surgiram inúmeras denúncias contra a violência e as falcaturias que ocorriam no regime militar. Em resposta a esses movimentos, Costa e Silva fechou o Congresso Nacional e baixou o Ato Institucional nº. 5 (AI-5), que tornou os poderes do executivo ilimitados. Os direitos políticos e alguns direitos civis foram cassados nessa época (COUTO, 2006).

Durante esse período, as doenças que afetavam grande parte da população brasileira ficavam sobre responsabilidade do Ministério da Saúde, ao passo que o

atendimento médico individual ficava a cargo do setor previdenciário, ou seja, a cargo do INAMPS.

A política de saúde no período de 1964 a 1974 desenvolveu-se com base no privilegiamento do setor privado, articulada as tendências da política econômica implantada. Suas principais características foram: a extensão da cobertura previdenciária, a ênfase na prática médica curativa orientada para burocratização do setor, a criação do complexo médico-industrial e a diferenciação de atendimento à clientela (OLIVEIRA; TEIXEIRA apud BRAVO et al, 2009, p. 27).

O crescimento econômico foi muito significativo. Ocorreu uma explosão industrial nos grandes centros urbanos. Houve uma grande migração de nordestinos para o Rio e São Paulo. Também foi criada a Zona Franca de Manaus. No início da década de 1970, começaram as obras da rodovia Transamazônica, foram construídas hidrelétricas e inúmeras barragens e a Usina Nuclear Angra I. O período do governo Médici foi chamado de “Milagre Econômico”, mas o milagre não durou por muito tempo e logo a economia decaiu drasticamente. O crescimento econômico foi conseguido com dinheiro vindo de fora, principalmente dos Estados Unidos, principal patrocinador do regime militar, desde sua implantação. A dívida externa aumentou muito. Devido à grande crise econômica houve um aumento do desemprego, o poder aquisitivo da classe média diminuiu e houve um grande aumento da inflação, o que tornou inviável o Regime Militar (COUTO, 2006).

A caça aos grupos contrários ao Regime Militar atingiu seu ápice, principalmente a partir de 1969, com o governo Médici. As delegacias do Departamento de Ordem Política e Social (DOPS), espalhadas por todo o país eram centros de torturas e assassinatos, pois muitas pessoas morreram durante as sessões de tortura (COUTO, 2006).

Conforme Couto (2006), os movimentos contra a ditadura começaram a se reorganizar. O movimento operário, desarticulado desde o golpe de 64, levou milhares de pessoas às ruas. A Igreja fez denúncias contra os direitos humanos. Os estudantes, por meio da União Nacional dos Estudantes (UNE), entre tantos outros, foram responsáveis pelas manifestações que obrigaram o governo militar a encaminhar o processo de abertura política. O AI-5 foi revogado e concedeu anistia aos presos políticos e exilados. A liberdade partidária foi restabelecida no governo

do General João Batista Figueiredo. O partido dos Trabalhadores foi criado em 1980. A economia brasileira da época apresentava os resultados trazidos do período anterior, e a pobreza no país aumentou devido à má distribuição de renda.

Havia uma grande mobilização da população pela democratização e pelo atendimento do agravamento das expressões da questão social. Milhares de pessoas se concentraram nas ruas das principais cidades, reivindicando eleições diretas para presidente. Várias lideranças partidárias formaram um comitê e iniciaram o movimento pelas “Diretas Já”.

Tancredo Neves é eleito, via Colégio Eleitoral, presidente em 1984, pondo fim a Ditadura Militar, que durou vinte anos, mas Tancredo não chegou a assumir a presidência, pois veio a falecer. José Sarney, seu vice-presidente, assume a presidência em seu lugar. É ele quem convoca a Assembléia Constituinte à elaboração de uma nova Constituição para o país. Em 1988, é criada a nova Constituição Federal, chamada de Constituição Cidadã, conforme Couto (2006).

Os brasileiros passam a ter uma maior mobilização para reivindicar direitos na área da saúde, a partir da década de 1970, com o fortalecimento dos movimentos urbanos pelo direito e acesso à saúde. Aconteceu o Movimento de Reforma Sanitária, que foi composto por militantes provenientes de várias profissões e com distintas orientações políticas e permitiu que se pensasse e elaborasse um sistema único de saúde

Segundo Campos (2006, p.139) “esse movimento trouxe para o país uma tradição de Sistemas Nacionais de Saúde, além de difundir a necessidade de que fosse superada a visão reducionista do processo de saúde/doença”. Esses militantes conseguiram articular-se com partidos políticos tradicionais que os influenciou no momento em que estes elaboravam a nova Constituição Federal, no fim da ditadura militar.

Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde, a qual, conforme Bravo (2006) foi um marco, pois introduziu a sociedade no cenário da discussão sobre a saúde e foi após essa conferência que o governo teve que adotar a bandeira da reforma sanitária. No relatório final da conferência, constava que era indispensável se criar um sistema único de saúde que efetivamente representasse a constituição de uma nova estrutura institucional, separando saúde de previdência, com estatização progressiva através de uma ampla reforma sanitária. Em julho de 1987, o presidente da república aprovou a constituição do Sistema Unificado e

Descentralizado de Saúde (SUDS) e, a partir de 1988, o INAMPS deixou de atuar como órgão responsável pela execução direta de ações de saúde.

A Constituição de 1988 universalizou o direito à saúde, que passa a ser um direito igualitário dos cidadãos e um dever do Estado, pois a assistência à saúde anteriormente era restrita às pessoas que trabalhavam com carteira assinada e, quem não era trabalhador formal, era atendido por instituições filantrópicas ou pela Santa Casa de Misericórdia. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado pelas leis nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90, Leis Orgânicas da Saúde, e suas finalidades eram modificar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, através do atendimento público gratuito obrigatório a todo o cidadão. O SUS se organiza de maneira regionalizada e hierárquica e possui descentralização administrativa e operacional.

A lógica que imperava antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) era de cuidar da doença e não da saúde. Tinha uma visão tradicional, de acordo com Bravo (2006), de que a saúde era a ausência relativa de doença, tipicamente das instituições médicas. Atualmente, sabe-se que a saúde é muito mais que ausência relativa de doenças, e que é necessário atender às necessidades humanas primárias, tais como alimentação, habitação, o acesso à água potável, educação, trabalho, transporte, para que a população tenha uma condição física, mental e social melhor.

Conforme o art. 2º, parágrafo primeiro do SUS, o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais, que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e, no estabelecimento de condições que garantam o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação e, embora seja dever do Estado, não se exclui o dever das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Na Lei Orgânica de Saúde, que explicita o funcionamento do SUS, estão regulamentadas as principais diretrizes para a sua organização, tendo como princípios a:

[...] universalização do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a equidade, a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; igualdade da assistência à saúde, sem que haja

preconceito ou privilégios de qualquer espécie; preservação da autonomia dos sujeitos na defesa da sua integridade física e moral; direito a informação sobre sua saúde às pessoas assistidas; participação da comunidade; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência, e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (CRESS, 2005, p.115).

O SUS foi uma grande conquista concebida como dever do Estado e direito do cidadão, porém pode-se observar que atualmente há uma deteriorização da política de saúde, com diminuição das verbas e os serviços de saúde estão sucateados. Houve um aumento da degradação das condições de saúde dos sujeitos, como consequência da pauperização da população.

Na década de 1990, o Estado passa a transferir ao setor privado e à sociedade civil as atividades que, antigamente, eram suas, e é nesse período que o neoliberalismo ganha força e,

[...] a afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e da educação (BRAVO, 2006, p. 100).

Atualmente há dois projetos de saúde em disputa, o projeto da Reforma Sanitária, que teve grande parte de suas reivindicações atendidas pela Constituição de 1988 e o projeto de saúde voltado para o mercado, também chamado de privatista, o qual é uma nova versão do modelo médico-assistencial-privatista.

O projeto de saúde voltado para o mercado é relacionado à Política de Ajuste, que visa à redução de despesas com diminuição da oferta, e tira a responsabilidade do poder central, através da descentralização, de acordo com Bravo (2006). O Estado, no projeto voltado para o mercado, garantiria o mínimo à população que não podia pagar pela saúde, e o setor privado atenderia a população que podia pagar por serviços de saúde. As principais propostas do projeto privatista são:

[...] caráter focalizado para atender as populações vulneráveis através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços de nível local, eliminação da vinculação de fonte com relação ao financiamento (COSTA apud BRAVO, 2006, p.101).

E foi em meio a esses dois projetos de saúde em disputa que emergiu a epidemia de HIV/aids no Brasil, e a política de saúde que vem dando resposta contra o HIV/Aids é a do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual dá assistência integral às pessoas portadoras do vírus HIV ou doentes de Aids, e é uma das proposições do Projeto de Reforma Sanitária.

3. 2 A Aids no mundo e no Brasil

Os primeiros casos de Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) ocorreram nos Estados Unidos, África Central e Haiti, entre os anos de 1977 e 1978. O segmento da população atingido primeiramente foi o dos homossexuais, os usuários de drogas injetáveis e os receptores de sangue e de hemoderivados, posteriormente houve uma ampliação para os heterossexuais, às mulheres e crianças.

O primeiro caso de AIDS identificado no Brasil, foi em 1982, em São Paulo, entre um casal de homossexuais. Desde os primeiros casos identificados até agora, ocorreu uma enorme mudança no perfil das pessoas acometidas pelo vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). Se as primeiras vítimas eram os homossexuais, usuários de drogas e hemofílicos, atualmente os heterossexuais são acometidos, há uma feminização, há incidência em idosos e observa-se que tem aumentado o número de casos nas cidades interioranas. A Aids deixou de ser uma doença das grandes metrópoles, como no início de seu surgimento, expandindo-se para as cidades interioranas, atingindo a população de baixa renda e escolaridade.

O Programa Nacional DST/Aids foi criado em 1986, com o advento da Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), mesmo ano em que a VIII Conferência Nacional de Saúde consagra as idéias do movimento de reforma sanitária, as quais

fizeram parte da carta magna brasileira com a criação da nova constituição, a Constituição Cidadã, em 1988, que marcou a redemocratização do país. O Sistema Único de Saúde é criado e, no mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde institui o dia primeiro de dezembro, como o dia internacional de luta contra a Aids, visando à mobilização, conscientização e prevenção da doença em nível global (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

As campanhas de prevenção contra a Aids, que se iniciaram em 1989, tinham uma fala intimidatória e que reforçava a discriminação e o preconceito, pois se baseava na idéia de que a Aids não tem cura e mata, por esse motivo enfrentou resistência dos movimentos sociais. Porém, com o passar dos anos, começou a se ressaltar a idéia de que também faz parte da prevenção a luta contra a discriminação e o preconceito, surgindo daí, a idéia de garantir a testagem para a soro positividade, respeitando a privacidade dos sujeitos. E, a partir, são criados os primeiros centros de testagem anônima e aconselhamento no Brasil, na época chamados de COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico, sendo o primeiro em Porto Alegre e, após, no Rio de Janeiro, em fins de 1988 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O Programa Nacional DST/Aids está inserido dentro da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde e sua missão é reduzir a incidência do HIV/Aids e outras DST's e a vulnerabilidade da população brasileira a esses agravos. Outra missão do programa é promover a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS, e reduzir o estigma e outros impactos negativos do HIV/Aids e de outras DST's, por meio de políticas públicas pautadas pela ética, pelo respeito à diversidade sexual, racial, étnica, social, econômica e cultural, à cidadania e aos direitos humanos e pelo compromisso com a promoção a saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, contribuindo, dessa forma, para a resposta global para a epidemia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O Programa Nacional DST/Aids faz a distribuição gratuita dos medicamentos, além de realizar, como já mencionado, ações no âmbito dos Direitos Humanos e é reconhecido mundialmente por sua excelência. Atualmente cerca de 180.000 pessoas recebem tratamento de HIV/AIDS, fornecido pelo Ministério da Saúde. Desde o ano de 1996, com a Lei nº. 9.313, há a distribuição gratuita de medicamentos para HIV, na rede pública de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Visualiza-se a grande conquista brasileira que ocorreu com a distribuição e fabricação de medicamentos, pois o Brasil é um exemplo internacional na luta contra a epidemia da Aids, isto sem mencionar os benefícios que as pessoas que vivem com o HIV ou doentes de AIDS obtiveram, pois, após a distribuição gratuita da medicação, houve uma diminuição dos óbitos por Aids.

Com o avanço da medicina, a partir do surgimento da terapia anti-retroviral (TARV), e da disponibilização de marcadores biológicos, como o CD4 e carga viral, para monitorar a progressão do vírus, a Aids passou a ser considerada uma doença crônica de caráter evolutivo e, potencialmente controlável. Esses avanços contribuíram de maneira positiva para a vida das pessoas que vivem com o HIV, as quais, com a realização adequada do tratamento, podem continuar tendo uma vida normal (BRASIL, 2008).

Atualmente, de acordo com a UNAIDS (Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids), existe cerca de 33,4 milhões de pessoas vivendo com o vírus HIV no mundo e, no ano de 2008, aproximadamente 2,7 milhões de pessoas se infectaram com o vírus HIV. Esse aumento do número de pessoas vivendo com HIV/Aids se dá ao fato dos benefícios do tratamento com anti-retrovirais aumentar a expectativa de vida, e outro motivo seria o aumento da população. A epidemia parece ter se estabilizado na maioria das regiões, embora a prevalência continue a crescer na Europa Oriental e Ásia Central, e em outras partes da Ásia, devido à alta taxa de novas infecções por HIV. A África Subsaariana continua sendo a região mais afetada, com 71% de todas as novas infecções por HIV, em 2008.

No Brasil do ano de 1980 até 2009, foram notificados 544.846 casos de Aids. Nesse período, 217.091 mortes ocorreram em virtude da doença. A chamada razão de sexo, que é o número de homens dividido pelo número de casos em mulheres, diminuiu no país. Em 1985, a razão era de 15 casos de Aids em homens para cada caso em mulheres e, a partir de 2003, houve uma estabilização na razão de sexo, para 15 casos em homens, existem 10 mulheres. A incidência da doença nas regiões sul, sudeste e centro-oeste tende a se estabilizar, porém no norte e nordeste a tendência é de crescimento da incidência da Aids (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

O Rio Grande do Sul é o Estado com maior taxa de notificação de casos de Aids. Dos vinte municípios com população acima de cinquenta mil habitantes, com maior incidência de Aids, quinze são do Rio Grande do Sul. O Estado identificou 52.

247 casos de Aids do ano de 1983 a junho de 2009. Esse número é de pessoas que já adoeceram e que, então, são notificadas no sistema de informação. O número de infectados pelo vírus HIV não há como precisar, devido ao fato da notificação não ser compulsória, conforme a assessoria de comunicação social da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

Em São Borja, a implantação do serviço de assistência ao portador do vírus HIV, iniciou em 1993, conforme relato da Sra. Carmen Bettim⁷, que trabalhou no programa durante muitos anos e, através de análise documental encontrada nos arquivos do programa. De acordo com as informações, o programa chamava-se Programa Anti-Aids/DST e era coordenado pela doutora Ariane Trindade. O programa inicialmente contava com um ambulatório de aconselhamento e testagem para HIV, que era realizado em um laboratório local da cidade. Com a necessidade de se realizar exames de CD4 e CD8, para monitorar o tratamento através da avaliação da carga viral e das defesas, os usuários passaram a ser levados à cidade de Santa Maria, em um ônibus da prefeitura para a realização dos referidos exames. Posteriormente, realizou-se treinamento do pessoal do laboratório conveniado com a prefeitura municipal, que passou a realizar a coleta de material, encaminhando trimestralmente para a referida cidade, a realização do exame de carga viral. Atualmente a coleta é realizada mensalmente e enviada para o Hospital Universitário de Santa Maria.

Conforme a Constituição Federal de 1988, as pessoas que vivem com HIV e/ou Aids (PVHA) possuem os mesmos direitos e deveres que as demais pessoas, inclusive o direito a saúde, como consta no artigo 196 da Constituição Federal. No caso do portador do vírus HIV ou doente de Aids, esse direito seria sinônimo do direito a própria vida, a viver com dignidade e ter acesso integral a uma saúde pública de qualidade (BRASIL, 1989).

Os portadores do vírus HIV ou doentes de Aids possuem alguns direitos específicos que os protegem em suas relações sociais, seja no trabalho ou na convivência comunitária, os quais foram elaborados em 1989, durante o Encontro Nacional de ONG (ENONG) que trabalham com Aids, na cidade de Porto Alegre. Durante esse encontro, foi elaborada e aprovada a “Declaração dos direitos fundamentais da pessoa portadora do vírus da Aids” (BRASIL, 1989).

⁷ Entrevista realizada pela estagiária de Serviço Social Liriane Guimarães Moraes no dia 23 de março de 2009.

Os direitos que constam na declaração são os de que todas as pessoas possuem o direito a informação clara e exata sobre a Aids, e os portadores do vírus Hiv possuem direitos a informações específicas sobre sua condição, além do direito à assistência e ao tratamento sem nenhuma restrição. Nenhum soropositivo será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer outra forma de discriminação, além disso ninguém possui o direito de limitar a liberdade e os direitos dos soropositivos, independente qual seja sua nacionalidade, raça, religião, sexo ou orientação sexual.

Todos os portadores do vírus HIV tem direito de notificar apenas às pessoas que desejam o seu estado de saúde, devendo a privacidade do portador do vírus HIV ser garantida por todos os serviços médicos e assistenciais. Deve se punida por lei e considerada discriminatória, toda a ação que tende a recusar aos portadores do vírus HIV/ Aids um emprego, alojamento, assistência ou privá-lo disso, ou que tenda a limita-los à participação nas atividades coletivas, escolares e militares, pois todos os soropositivos possuem o direito a participação em todos os aspectos da vida social, tendo o direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nesta perspectiva nenhuma ação poderá limitar seu direito a cidadania (BRASIL, 1989).

Como visualizado, os usuários soropositivos possuem também direitos específicos que lhes asseguram continuar exercendo sua vida de maneira normal, e esses direitos devem ser respeitados e garantidos.

A Aids atualmente é considerada uma doença social, de acordo com pesquisa realizada pela Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz), e divulgada pelo Jornal Correio do Povo, devido ao fato da ação do vírus HIV causar no organismo menos sofrimento nos soropositivos do que os problemas sociais e psicológicos enfrentados pelos portadores do vírus HIV.

Nesta pesquisa, mesmo considerando seu estado de saúde satisfatório, 33% das mulheres com HIV têm grau intenso ou muito intenso de tristeza ou depressão. Outras 47% relataram ter altos índices de preocupação e ansiedade e, segundo a coordenadora da pesquisa, Célia Landmann, os traumas podem ser fruto de um apoio social deficiente, além da discriminação sofrida pelos soropositivos (JORNAL CORREIO DO POVO). Essa discriminação ainda ocorre devido ao HIV/aids ser cercado por estigma e preconceitos por tratar-se de uma doença ligada à sexualidade e ao sexo, assunto que ainda é tabu.

Os dados da pesquisa foram levantados em 2008, na qual foram entrevistadas 1.260 pessoas infectadas pelo vírus HIV. A pesquisa detalhou que tipos de ganhos e perdas os soropositivos têm em suas vidas. Dos usuários soropositivos entrevistados, 58% não trabalham, o que faz com que os prejuízos financeiros sejam o mais apontado na pesquisa.

Quadro das perdas dos soropositivos

Itens	%
Piora nas condições financeiras	36,5
Piora na aparência física	33,7
Discriminação social	20,9
Perda do emprego	20,6
Falta de suporte familiar	16,2
Discriminação familiar	16,2
Discriminação pelos amigos	15,9
Perda da independência	15,2

Fonte: Jornal Correio do Povo - 2 de dezembro de 2009.
Figura 01 – Quadro das perdas dos soropositivos

Atualmente cerca de duzentas mil pessoas realizam o tratamento anti-retroviral, porém a estimativa é de que seiscentas e trinta mil pessoas estão infectadas com o vírus HIV, sendo duzentas e trinta mil mulheres, de acordo com a coordenação Nacional do Programa Nacional DST/Aids (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

3.3 Estigma que envolve o HIV/Aids e o universo feminino

Atualmente como se pode visualizar, a Aids é considerada uma doença crônica, mas os malefícios sociais causados pelo vírus HIV, tais como preconceito e discriminação ainda continuam na sociedade. Acredita-se que o preconceito contra o portador do vírus HIV ocorra devido ao estigma da Aids, por esta estar associada à morte e a promiscuidade, devido ao fato de no seu surgimento, a Aids atingir os

sujeitos que compunham o chamado “grupo de risco”, e também ao fato de não ter cura, e no seu surgimento o portador ao ser diagnosticado possuir pouco tempo de vida, pois ainda não se possuía uma medicação potente que controlasse a infecção. O chamado “grupo de risco” era composto por homossexuais, posteriormente por usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo e os hemofílicos.

Ser portador do vírus HIV ou doente de Aids leva o sujeito a ser tido como parte integrante do chamado “grupo de risco”, do grupo de sujeitos que não seguem os “bons costumes” impostos pela sociedade moralista. Atualmente não se utiliza mais o termo “grupo de risco” e sim comportamento de risco, pois se sabe que toda a sociedade está sujeita a contrair o vírus HIV, e não só os sujeitos do chamado “grupo de risco”, no entanto o preconceito e o estigma permanecem latentes na sociedade, devido ao fato de a doença estar vinculada a um falso moralismo. E por estigma entende-se:

O estigma é uma marca, um rótulo que se atribui a pessoa com certos atributos que se incluem em determinadas classes ou categorias diversas, porém comuns na perspectiva de desqualificação social. Os rótulos dos estigmas decorrem de preconceitos, ou seja, de idéias pré-concebidas, cristalizadas, consolidadas no pensamento, crenças, expectativas sócio-individuais. Assim, percorrendo vários campos das ações e relações sociais, os estigmas alcançam tanto os pobres e os meninos de rua, como os portadores de HIV, os que apresentam necessidades especiais (físicas, mentais, psicológicas) e os homossexuais. (RANGEL apud HENRICH, 2008, p.50).

O termo estigma surgiu na Grécia para se fazer referência a sinais corporais, através dos quais se evidenciava alguma coisa extraordinária ou má sobre o status moral de quem os apresentava. Após ter sido utilizado pelos gregos, foi utilizado na Era Cristã, para mencionar sinais corporais de graça divina, que eram em forma de erupções na pele, simbolizando as chagas de Cristo e, também o termo passou a ser uma menção médica a alusão religiosa, e referia-se a sinais corporais de distúrbios físicos de acordo com Goffman (1988).

A Aids vem aumentando entre a população feminina, de acordo com dados do Ministério da Saúde e esse aumento vem ocorrendo devido ao fato da recusa masculina em usar o preservativo, e este é um dos fatores que colaborou para a disseminação do vírus HIV entre as mulheres, e outro fator é a submissão da mulher ao homem na hora de negociar o uso do preservativo, pois a mulher, na maioria das

vezes, deixa de exigir o uso do preservativo, cedendo à vontade masculina pelo não uso, não percebendo o risco de contrair o vírus HIV, pelo fato ter uma relação estável com o companheiro.

Essa vulnerabilidade feminina ao vírus HIV, é biológica e social. Biológica, devido à estrutura feminina facilitar a entrada do vírus no organismo, e social no que se refere ao fato da relação de poder desigual entre homens e mulheres, seja esse poder simbólico ou material, que se coloca na relação de gênero.

Segundo Saffioti (2004), gênero diz respeito às representações do masculino e do feminino, construídos pela sociedade, estando essas representações inter-relacionadas. Desde os primórdios, a mulher foi criada para obedecer ao homem, primeiramente a seu pai e, após o casamento deveria servir ao marido. Cabia à mulher o cuidado com a casa e com a educação dos filhos. Isto ainda não mudou muito, mesmo após a independência feminina, e da conquista de direitos iguais, ainda se pode observar essa exclusão de gênero. Há desigualdade entre homens e mulheres, tanto no campo profissional, em que as mulheres ainda recebem remunerações inferiores à dos homens, quanto no campo das relações interpessoais.

3. 4 Mortificação do Eu e inclusão dos portadores de HIV/aids

O preconceito com o portador do vírus HIV ou com o doente de Aids leva à exclusão social desses sujeitos. Simões (2009) colabora afirmando a abrangência da exclusão

[...] exclusão social abrange o rompimento das relações sociais e comunitárias, o expurgo, absoluto ou relativo, da vida social, em seus vínculos básicos, mesmo que o excluído usufrua de renda que satisfaça as necessidades básicas (SIMÕES, 2009, p. 338).

Essa exclusão social leva à chamada morte social, onde a pessoa não se sente parte integrante da sociedade, não conseguindo dessa forma ter acesso e apoio aos serviços de que necessita e esta exclusão também leva a um processo de

auto-exclusão por parte desses sujeitos que passam a se isolar do resto do mundo, devido ao preconceito e a discriminação. E como nos fala Goffman (1988), “faltando o feedback saudável do intercâmbio social cotidiano com os outros, a pessoa que se auto-isola possivelmente torna-se desconfiada, deprimida, hostil, ansiosa e confusa” (GOFFMAN, 1988, p. 22).

Atualmente, embora se tenha uma ampliação da expectativa de vida da pessoa portadora do vírus da Aids, esta ainda está associada à morte, como já foi mencionado, no entanto a morte que vem afligindo os soropositivos atualmente não é a morte física e sim a morte de sua subjetividade, dos seus ideais de vida, do seu psicológico, ou seja, é a mortificação do Eu que vem assolando os portadores do vírus HIV.

Ao se descobrirem portadoras do vírus HIV, toda a sua vida passa a ser modificada. O impacto que o HIV causa na vida dos sujeitos faz com que haja mudanças em suas relações sociais, inclusive seus sonhos, os quais deixam de existir, e são substituídos por medos, por angústias, por indisposições geradas pelo mundo, que de uma forma ou de outra, produz subjetividade (HENRICH, 2008).

A mortificação do Eu antecede a morte física o que gera um enorme sofrimento aos portadores do vírus HIV, na medida em que o sofrimento “não é unicamente definido pela dor física nem pela dor mental, mas pela diminuição, até a destruição da capacidade de agir, do poder fazer, sentidos como um golpe à integralidade de si” (RICOUER apud KERN, 2003, p.4).

De acordo com Goffman (1988), a Mortificação do Eu ocorria durante o processo de institucionalização de indivíduos em manicômios, conventos e em algumas escolas internas, onde os sujeitos eram isolados da sociedade, passando a agir conforme o padrão da instituição, conforme suas normas. Os sujeitos eram normatizados e acabavam perdendo sua identidade.

No caso das mulheres soropositivas, o processo de mortificação do Eu ocorre devido ao estigma, ao preconceito e a discriminação, em que se adaptarem a uma nova forma de vida, em virtude da sua condição sorológica, o que leva à morte da sua subjetividade. Essas mulheres, bem como os homens soropositivos, não podem isolar-se do mundo, pois todo o ser humano possui necessidade de afeto, e a partir do momento que se estabelece uma relação mais próxima, em que há uma afinidade, surgem os afetos e se estabelece o vínculo. E “criar vínculo implica ter

relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro” (MERHY apud GOMES; PINHEIRO, 2005, p. 293).

O sujeito, ao descobrir que é portador do vírus HIV, passa por um processo de desconstrução e construção de vínculos, pois algumas pessoas de seu círculo de afetividade se afastam, bem como outras pessoas passam a fazer parte de seu convívio. E como é feito o resgate desses sujeitos que estão passando por esse processo de mortificação do Eu? Na medida em que se estabelece vínculo se rompe com o processo de preconceito, no momento em que se visualizam os sujeitos, e não sua condição sorológica, ou seja, na medida em que não se coisificam os sujeitos.

Como já mencionado, os soropositivos sofrem com a exclusão social, tanto no nível econômico, social, político e cultural, que é agravada pela condição de pobreza que cresce cada vez mais entre os soropositivos. Pois conforme dados do Ministério da Saúde a camada que vem sendo mais atingida pelo vírus HIV é a camada de baixa renda e escolaridade. É necessário frente a isto criar estratégias de inclusão social desses sujeitos, porque a exclusão social impede que a população de baixa renda tenha acesso à moradia decente, à saúde, ao lazer, à educação, e ao mercado de trabalho.

Para o soropositivo a principal exclusão, conforme Santos (2006) é em relação ao mercado de trabalho, pois as relações de trabalho estão flexibilizadas e precarizadas devido à diminuição dos postos de trabalho para os demais trabalhadores e para o soropositivo o mercado de trabalho é ainda mais reduzido em virtude do preconceito com o portador do vírus HIV, e pela condição debilitadora que as doenças oportunistas podem causar ao doente de Aids.

O assistente social em seu processo de trabalho junto aos portadores do vírus HIV ou doentes de Aids possibilita a inclusão social desses sujeitos, na medida em que, ao orientar e possibilitar o acesso dos mesmos aos seus direitos, faz com que eles voltem a se visualizar como sujeitos de direitos, e os usuários passam a exercer novamente sua cidadania. E inclusão social, segundo Batista; França (2008) se apresenta:

[...] como um processo de atitudes afirmativas públicas e privadas, no sentido de inserir, no contexto social mais amplo todos aqueles grupos ou populações marginalizadas historicamente ou em consequência das

radicais mudanças políticas, econômicas ou tecnológicas da atualidade (BATISTA; FRANÇA,2008, p.09).

Nota-se a importância da presença do profissional assistente social no programa DST/Aids ou nos hospitais que atendem soropositivos, porque o adoecimento revela outras necessidades que não se restringem apenas ao aspecto fisiológico, mas envolvem também os campos nutricionais, psicológicos e sociais, de acordo com Santos (2006), e cabe ao assistente social encontrar estratégias no seu cotidiano profissional, para minimizar os malefícios sociais causados pelo HIV na vida dos usuários soropositivos.

Neste capítulo, dedicou-se a estudar a política de saúde brasileira, sua trajetória histórica. Também se enfocou a Aids no Brasil e no mundo, além de se trabalhar com as categorias do estigma e da mortificação do Eu que cercam o soropositivo, bem como a estratégia para inclusão dos portadores do vírus HIV ou doentes de Aids. Nesta perspectiva no próximo capítulo se fará a apresentação do Programa DST/AIDS, onde se realizou a experiência de estágio, bem como o Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde. Ainda no capítulo seguinte se fará a descrição e problematização do projeto de intervenção, e se apresentará o produto e a avaliação propositiva do processo de trabalho.

4 PROJETO DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL E COMPROMISSO COM O PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL

Neste capítulo será realizada uma contextualização do Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde e do Programa DST/Aids, onde se realizou a experiência de Estágio. No presente capítulo serão apresentadas também as etapas do projeto de intervenção: Superando o preconceito e a exclusão. Inicialmente será feita a descrição, contextualização e a problematização da experiência da execução do projeto de intervenção. Posteriormente serão apresentados ainda os resultados obtidos junto às mulheres/mães soropositivo e suas respectivas famílias, e se aponta como sugestão o fortalecimento da rede social secundária visando o fortalecimento das usuárias na sociedade, tendo em vista que com o projeto de intervenção houve o fortalecimento da rede social primária, e com isso ocorreu o fortalecimento dos sujeitos, das mulheres/mães soropositivo. Ainda se aponta como desafio a integralidade no atendimento em saúde no município, a qual cabe ao assistente social e aos demais profissionais da área da saúde promoverem a efetivação.

4.1 Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde e o Programa DST/Aids do município de São Borja

A Secretaria Municipal de Saúde de São Borja foi criada, no dia 29 de setembro de 1975, respaldada pela Lei nº. 806/75. Suas atribuições básicas são:

[...] formular e executar políticas econômicas e sociais, compatíveis com a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos. (Plano Municipal de Saúde, 2007, p. 64)

Por meio da Lei Orgânica da Saúde – Lei nº. 8.080/90 foi atribuída ao poder público a responsabilidade de regulamentar, fiscalizar, controlar as ações e serviços de saúde e estabelecer a direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS): planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e serviços de saúde. O processo de municipalização foi marcado pela assinatura do Termo de Adesão ao SUS, com repasse pelo INAMPS/MS e SES de 4 Unidades de Saúde, localizadas nos bairros: Centro, Bairro do Passo, Bairro Itacherê e Vila Cabeleira. No ano de 2000, a Emenda Constitucional n. 29 regulamenta o financiamento do SUS nos níveis Federal, Estadual e Municipal (Plano Municipal da Saúde, 2007).

O objetivo da Secretaria Municipal de Saúde é “identificar, planejar e executar ações e estratégias de promoção e prevenção em saúde na atenção básica, secundária e terciária, através de políticas de saúde pública em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde” (SÃO BORJA, 2007, p.35).

O Serviço Social na Secretaria Municipal da Saúde de São Borja teve início em 2006, com a abertura de concurso público para provimento de vaga para o cargo de assistente social, e, em agosto de 2006, é nomeada, após aprovação no referido concurso, a primeira e única assistente social na área da saúde, em São Borja. O Serviço Social vem sendo estruturado aos poucos na Secretaria Municipal da Saúde devido à recente inserção do profissional na Instituição. A assistente social da Secretaria Municipal de Saúde desempenha suas funções no Centro Médico de Atendimento Especializado (CEMAE), CAPS, CAPSad e Programa DST/Aids. As ações realizadas pela assistente social, dentro da Secretaria Municipal da Saúde são: visitas domiciliares, laudos e pareceres em matéria de Serviço Social, orientação e informações aos usuários acerca de seus direitos e encaminhamentos de benefícios.

O estágio supervisionado I e II foi realizado na Secretaria Municipal de Saúde de São Borja, no ano de 2009, mais precisamente no Programa Municipal DST/Aids. No programa DST/Aids são realizadas consultas individuais, aconselhamentos, acolhimentos, testagem, além de se realizarem campanhas de prevenção e palestras. A equipe atual do programa é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma psicóloga, uma assistente social e uma nutricionista. O programa também assiste portadores de tuberculose, de hepatite A, B e C e outras DST's.

O programa mesmo não sendo um programa recente no município, tendo em vista que funciona desde 1993 ainda possui muitas dificuldades em seu funcionamento, tais como, falta de estrutura adequada, e falta de transporte para a realização de visitas domiciliares. No Programa DST/Aids do Município de São Borja são atendidos diariamente usuários soropositivos que vivenciam os malefícios causados pelo HIV, tanto em seus aspectos físicos, como sociais.

O programa atende cerca de 145 usuários soropositivo, sendo 74 usuários do sexo masculino e 71 usuárias do sexo feminino. Destes, 11 são crianças com idade de 0 a 11 anos e 5 são adolescentes que contraíram o vírus através de transmissão vertical. A faixa etária que apresenta maior incidência é a que vai dos 30 anos aos 40 anos, apresentando um total de 56 usuários. O nível de escolaridade é baixo, grande número de usuários estudou de quatro a sete anos, conforme levantamento realizado pela estagiária.

As demandas que se apresentam para o Serviço Social no programa DST/Aids são: acolhimento, aconselhamentos, encaminhamentos de benefícios, orientações e informações aos usuários acerca de seus direitos.

Para intervir na realidade dos usuários foi necessário desvendá-la, pois para transformar a realidade é necessário conhecê-la. Utilizou-se o método dialético crítico para analisar, conhecer e intervir na realidade por meio de suas categorias: historicidade, totalidade e contradição, que são fundamentais para o desvendamento da realidade e para uma intervenção crítica e competente.

Compreendeu-se, por meio da observação, do acolhimento, da escuta sensível, de entrevista e de visitas domiciliares o quanto os usuários sofrem com o preconceito, o quanto eles temem o fato de saberem que são soropositivos, de sofrerem as conseqüências do preconceito, tais como, o de perder o emprego, o medo de que as pessoas de seu convívio se afastem destes por medo da doença, pois ainda há pessoas que acham que o vírus HIV pode ser transmitido pelo contato social. Os usuários que já estão fragilizados com sua condição de soropositivo e ou doentes de AIDS, ainda vivenciam várias expressões da Questão Social, tais como: pauperismo, desemprego, prostituição, violência, preconceito e discriminação.

Esse temor do preconceito e da discriminação faz com que os usuários muitas vezes não revelem nem mesmo à família⁸, ou revelem a apenas um familiar,

⁸ A família 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

que são portadores do vírus HIV. Há situações de mães soropositivas que ainda não revelaram aos seus filhos que eles também são soropositivos. Isto sem mencionar os portadores do vírus que deixam de procurar tratamento com medo do estigma, preconceito e da discriminação que poderão sofrer por serem soropositivo.

O segredo sobre ser portador do vírus HIV ou doente de Aids pode ter impacto negativo na adesão ao tratamento, na medida em que a pessoa teme que terceiros descubram a sua soropositividade ao verem que ela toma determinados remédios, por exemplo. E isso pode impedir de realizar muitas coisas do tratamento como ir às consultas, fazer exames, adquirir os medicamentos e tomá-los no horário e na dose correta, além de impedir o acesso integral aos seus direitos sociais. Portanto assumir sua condição de soropositivo e revelar o seu diagnóstico a pessoas de sua confiança, de seu convívio sócio-familiar pode favorecer a adesão correta. O apoio e a aceitação da família, dos amigos são fundamentais para que haja uma maior adesão ao tratamento. O apoio emocional da família e das pessoas de seu convívio é fundamental para uma maior aceitação da sua condição de saúde e aumento da sua auto-estima.

Após realizar a análise institucional e se observar o processo de preconceito e exclusão vivenciado pelos usuários chegou-se à conclusão de que era necessário trabalhar a questão do preconceito vivenciado por estes, por meio de um projeto de intervenção. E por se observar o elevado número de crianças e adolescentes vítimas de transmissão vertical⁹ e de mães soropositivo com filhos soropositivos ou não, e que ainda não tinham revelado aos mesmos sua condição sorológica delimitou-se o público alvo para o Projeto de Intervenção do Serviço Social.

A partir da análise da realidade foi possível a elaboração do projeto de intervenção que possuía como objetivo geral intervir nas manifestações de preconceito e exclusão enfrentadas pelas mulheres/mães portadoras do vírus HIV e suas respectivas famílias atendidas pelo Programa DST/Aids no município de São Borja, com vistas ao fortalecimento da sua cidadania e do exercício da mesma.

consangüíneos. Ela tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social na qual esta inserido (MIOTO, 1997, p. 120).

⁹ Transmissão vertical é a que ocorre de mãe para filho durante a gestação ou na amamentação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

4.2 Projeto de Intervenção: Superando o preconceito e a exclusão

O referido projeto de intervenção visava intervir nas manifestações de preconceito e exclusão enfrentadas pelas mulheres/mães portadoras do vírus HIV e suas respectivas famílias atendidas pelo Programa DST/AIDS, no município de São Borja, com vistas ao fortalecimento da sua cidadania e do exercício da mesma. Como objetivos específicos o projeto visava:

Realizar atendimento grupal e individual com mulheres/mães visando o fortalecimento dos vínculos familiares para uma maior adesão ao tratamento.

Promover a saúde integral das mulheres/mães com HIV ou doentes de Aids multiplicando informações sobre tratamento/adesão, preconceito, discriminação, aceitação/negação, sexualidade, planejamento familiar, direitos sexuais, direitos trabalhistas e previdenciários, entre outros a fim de promover o fortalecimento da sua autonomia.

Contribuir para que as mulheres/mães pudessem se perceber como sujeito de direitos, a fim de superar o processo de exclusão e auto-exclusão social, através da democratização de informações acerca de seus direitos.

A estratégia interventiva que se pretendia adotar no referido projeto de intervenção seria a realização de atendimento individual e grupal com as usuárias/mães assistidas pelo programa DST/Aids e suas respectivas famílias, por meio da criação de um grupo operativo¹⁰, com cinco usuárias/mães soropositivo do programa DST/Aids, e ainda realização de abordagem individual, através de entrevistas e o atendimento das respectivas famílias através de visitas domiciliares. O grupo seria formado com o intuito de se realizar debates e reflexões sobre Aids, preconceito, discriminação, sexualidade, direitos sexuais, direitos previdenciários, direitos trabalhistas, tratamento/adesão, aceitação/negação, além de realizar discussão sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), e Estatuto da criança e adolescente (ECA). A participação de técnicos, para realização de palestras que fossem do interesse destas, seria construída com as usuárias.

¹⁰ Grupo conforme Pichon-Revière apud Gomes (1997) é quando “um conjunto de pessoas, movidas por necessidades semelhantes se reúne em torno de uma tarefa específica”. (PICHON- REVIÈRE apud GOMES, 1997, p. 34).

Através de reflexões e problematizações, as usuárias poderiam trocar experiências auxiliando-se mutuamente no enfrentamento do preconceito, da discriminação e da exclusão vivenciada por elas, com a finalidade de promover o fortalecimento de sua autonomia e para que as mesmas se percebessem como sujeito de direitos e dessa forma pudessem superar o processo de exclusão. A avaliação dos resultados pelas usuárias se daria por meio de reuniões mensais, nas quais elas iriam expor os pontos que já estavam apresentando transformações em suas vidas. O período de duração do projeto seria de seis meses.

O atendimento à família das usuárias se daria por meio de visitas domiciliares, pois no caso das mulheres/mães soropositivo, é necessário que haja um trabalho com suas famílias visando ao fortalecimento de seus vínculos familiares para uma maior adesão ao tratamento, pois o apoio da família é relevante. Pretendia-se, também, com essa abordagem fortalecer a rede primária das usuárias.

A abordagem individual iria ser realizada por meio de entrevista estruturada. Através da entrevista e da escuta sensível¹¹ iria se procurar conhecer a história de vida dessas usuárias. As entrevistas iriam ser realizadas no Programa DST/Aids quinzenalmente com duração de 45 minutos.

O projeto de intervenção tinha previsão para seu início em agosto, mas em virtude da epidemia de Gripe A1N1, não foi possível sua aplicação nesse período, vindo a ser aplicado do mês de setembro a dezembro de 2009.

Inicialmente o projeto de intervenção apresentou algumas impossibilidades para ser executado, tais como, a falta de sala para realização do grupo operativo em virtude de mudança de endereço do Programa DST/Aids, falta de transporte para a realização das visitas domiciliares, e até mesmo falta de apoio por parte da equipe do Programa DST/Aids num primeiro momento.

A escolha da amostra para o projeto deu-se após convite informal realizado durante aplicação de formulário socioeconômico com algumas usuárias/mães do programa e depois das mesmas demonstrarem ter interesse em participar do respectivo projeto. Inicialmente almejava-se realizar o projeto de intervenção com

¹¹ A escuta sensível supõe uma inversão da atenção. Antes de situar uma pessoa em seu “lugar” é preciso conhecê-la em seu ser, em sua qualidade de pessoa complexa, dotada de liberdade e de imaginação criadora(...). O “outro-que-escuta” não tem de dizer a “verdade” nem tem de proclamar “é preciso”. Deve, simplesmente, escutar e responder adequadamente à demanda, muitas vezes implícita, do sujeito. É uma decodificação difícil, pois o conhecimento teórico e, até a experiência não bastam para sentir o que se deve fazer. Apenas a escuta sensível, que integra mas ultrapassa tanto a experiência anterior quanto o saber psicológico, permite chegar a uma atitude justa e a um comportamento pertinente (BARBIERI apud TURCK, 2007, p 07).

cinco mulheres/mães o que não foi possível, pois uma das usuárias que havia aceitado participar do projeto, após o convite formal, desistiu de participar. E, em virtude disto, optou-se por ficar com uma amostra de 4 mulheres/mães.

O grupo com as mulheres/mães não pôde ser efetivado devido à falta de participação das usuárias. Pôde-se observar que elas ainda não estavam seguras para participarem das reuniões, fato que, no decorrer do projeto de intervenção, e com a criação do vínculo com estas pode ser comprovado. Outro entrave para a criação do grupo operativo foi o medo do preconceito por parte das usuárias, onde mesmo em contato com outras mulheres na mesma situação que a sua, ainda é muito forte.

Em virtude da não concretização do grupo operativo não foi possível realizar atendimento grupal com as usuárias, realizando-se somente atendimento individual, através de visitas domiciliares. As entrevistas que seriam realizadas no Programa foram realizadas durante as visitas domiciliares e intercaladas com as orientações e reflexões acerca dos temas que seriam abordados durante as reuniões grupais.

A realização das visitas domiciliares previstas no projeto era muito complicada de se executar, pois o programa não dispõe de veículo para tal atividade. Para a realização das visitas domiciliares foi necessária muita insistência e argumentação com o responsável pelo transporte da Secretaria Municipal da Saúde, e ainda assim, muitas vezes o transporte levava a estagiária até o local da visita domiciliar e o retorno para o Programa DST/Aids era realizado através de transporte coletivo por conta da estagiária, além de algumas visitas domiciliares terem sido realizadas de ambulância, por não haver outro veículo disponível no local. Após o convite formal, iniciou-se a realização das visitas domiciliares às usuárias selecionadas para o projeto de intervenção.

Durante a primeira visita domiciliar, realizou-se, num primeiro momento, o esclarecimento sobre os objetivos e a amplitude da atuação profissional, como consta no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, art. 5º alínea h, esclareceu-se o que é o Serviço Social, bem como as atribuições e competências do assistente social que constam na Lei de Regulamentação da Profissão Lei n. 8.662/9, de 07 de junho de 1993. Enfatizou-se às usuárias a questão do sigilo profissional, o qual resguarda os usuários em todas as informações de que o assistente social tenha conhecimento, em decorrência do exercício da profissão, conforme os arts. 15 e 16 do Código de Ética Profissional (CRESS, 2005). No final

de cada visita domiciliar, havia uma recapitulação do assunto abordado com as usuárias de forma oral, e eram realizadas reflexões sobre os temas abordados. Ao perguntar a uma usuária, durante a visita domiciliar, se ela sabia o qual era o papel do assistente social ela relatou: *“Eu não sabia o que o assistente social faz. Eu achava que só dava cesta básica no CRAS [...]”* (SIU).

Inicialmente as usuárias não dialogavam muito, mas no decorrer das visitas domiciliares elas foram participando mais ativamente, fazendo questionamentos e até mesmo expondo situações vivenciadas pelas mesmas que vinha ao encontro do assunto tratado na visita domiciliar. No final de cada visita, além da reflexão realizada com as usuárias, construíam-se com elas os assuntos e temas que seriam abordados nas próximas visitas.

Inicialmente as usuárias apresentavam resistência em abordar a questão do HIV, mas com o estabelecimento do vínculo elas se sentiram mais seguras para falar sobre o assunto. Durante as conversas sobre os temas abordados nas visitas realizavam-se algumas perguntas referentes à soropositividade. Fato que após a criação do vínculo elas passaram a falar mais abertamente sobre a sua situação sem a necessidade de instigá-las a isso. Pode-se observar que elas sentiam necessidade de conversar sobre o assunto e até mesmo queriam mais esclarecimentos acerca do vírus HIV e da Aids, pois mesmo possuindo a doença e tendo sido realizado, o aconselhamento as mesmas ainda possuíam inúmeras dúvidas. Explicou-se às usuárias a diferença entre ser portadora do vírus HIV e ser doente de Aids, o que três das quatro usuárias não tinham conhecimento.

Durante a segunda visita domiciliar, foi abordada a Lei nº. 8080 de 19 de setembro de 1990 (SUS), na terceira visita domiciliar abordou-se a questão dos direitos trabalhistas e previdenciários com as usuárias, na qual esclareceu-se que os portadores do vírus HIV que contribuem para o INSS tem direito ao auxílio-doença, e a aposentadoria no caso de já estar com alguma doença oportunista que o incapacite para desempenhar atividade laborativa, e essa incapacidade deve ser comprovada por perito do INSS. Após, essa visita domiciliar ao constatar-se que uma usuária possuía direito ao Benéfico de Prestação Continuada (BPC), entrou-se em contato com o assistente social do INSS para verificar como a usuária poderia requerer o benefício junto ao INSS, e posteriormente passaram-se as devidas orientações à usuária. Na quarta visita, abordou-se, em virtude de dúvidas e interesse das usuárias, a Lei Municipal nº. 3.993, de 20 de fevereiro de 2009, que

regula os Benefícios Eventuais, onde se esclareceu que o benefício eventual é um benefício da Lei Orgânica da Assistência Social, sendo direito de quem necessitar, diferente do direito à saúde que é universal.

Durante essas visitas domiciliares materializou-se o primeiro princípio do Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, o qual tem a liberdade como valor ético central e as demandas políticas a ela inerentes - a autonomia, emancipação e plena expansão do ser humano, bem como o terceiro princípio que se refere ampliação e consolidação da cidadania, sendo considerada como tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras (CRESS, 2005, p. 20). Ao orientar e informar as usuárias acerca de seus direitos buscou-se possibilitar sua emancipação e autonomia na medida em que o conhecimento dos seus direitos favorece o exercício da liberdade, pois possibilita que elas se determinem, gestionem-se e, a partir do momento em que se conscientizam os usuários que eles possuem direitos, eles tomam noção destes. Na medida em que se conscientizam os usuários, que os leva a refletir, eles tomam consciência que possuem direitos e que devem lutar pela sua efetivação. Isto possibilita que os usuários possam fazer suas escolhas de forma consciente, de acordo com seus valores e suas aspirações. Ocorre também uma ampliação da cidadania na medida em que se orienta acerca dos direitos e se possibilita a garantia do acesso dos usuários a esses direitos.

Na quinta visita domiciliar realizada tratou-se sobre o tema relacionado ao tratamento e a adesão aos medicamentos anti-retrovirais, onde se ressaltou a importância da realização do tratamento adequadamente para se ter uma qualidade de vida melhor, mas que a aderência ou não ao tratamento é uma escolha de cada usuário e que não pode ser algo imposto, compulsório. As usuárias relataram que passam por períodos em que não realizam o tratamento de maneira adequada, ou então interrompem o tratamento, devido a fatores emocionais, tais como depressão: *“[...] tenho altos e baixos, às vezes penso em desistir de tudo. Só não paro de tomar os remédios, porque penso nos meus filhos, senão já tinha parado” (SIU).*

Durante a quinta visita domiciliar se teve adesão de alguns familiares das usuárias, tais como, pais e companheiro, que demonstraram interesse em participar das demais visitas que ainda se realizariam.

Ao realizar-se a sexta visita domiciliar em virtude do tema da quinta visita domiciliar ter sido sobre tratamento/adesão, abordou-se a questão da

aceitação/negação da soropositividade, onde as usuárias relataram que demoraram muito para aceitar a sua soropositividade, passando pelo processo de negação. Durante o processo de negação da soropositividade, ou da doença, elas suspendiam, abstraiam esse fato, mas que com o passar do tempo elas já aceitam sua condição, embora procurem não pensar e falar sobre o assunto. Posteriormente entendeu-se o porquê das usuárias não quererem falar sobre o fato de serem soropositivas, pois num primeiro momento pensou-se que era por negarem a si mesmas a sua condição sorológica, posteriormente percebeu-se que elas evitam falar para não pensarem muito na sua condição e dessa forma acreditam afastar sentimentos que possam levá-las a desistir do tratamento e da vida. Como mostra o relato de uma usuária: *“Quando eu fiquei sabendo do resultado do exame lá em Porto Alegre eu fiquei em choque, fiquei sem chão agora eu tento não “pensa” nisso pra não fica mal [...] eu posso dizer que eu morri e ressuscitei, agora eu tomo os remédio, me cuido [...]”*(SIU).

O assunto abordado na sétima visita domiciliar foi com relação aos direitos sexuais e reprodutivos, na qual se enfatizou que elas têm o direito de continuar exercendo sua sexualidade e têm o direito à maternidade como as demais mulheres que não possuem o vírus HIV, porém as mulheres precisam conhecer e ter acesso às informações sobre as formas de concepção segura e sobre os cuidados que as mesmas devem ter durante a gestação, parto e os cuidados com o bebê, como não amamentá-lo, por exemplo. É disponibilizado tratamento aos usuários soropositivos que desejam ter filhos, e devido ao avanço da medicação os riscos da criança contrair o vírus é muito pequeno. Uma das usuárias relatou após as orientações sobre o direito reprodutivo das pessoas que vivem com HIV/Aids o fato que ocorreu com ela quando ela engravidou.

Antes de eu ganhar a criança a Dr^a. xx me chamou e chamou meu marido pra conversa lá no programa, daí ela disse que era pra eu fazer laqueadura depois que eu ganhasse nenê pra não engravidar mais, porque tenho Aids [...] daí eu concordei com ela e quando ganhei meu filho eu fiz a laqueadura, e fizeram os exames no meu filho e viram que eu não tinha passado Aids pra ele, daí a Dr^a xx falou pra mim que ele tinha nascido saudável, porque eu tinha tomado os remédios certinho, só que ele teve pneumonia e baixou o hospital e pegou infecção hospitalar e morreu, e hoje se eu soubesse o que ia acontecer com meu filho eu não tinha feito a laqueadura, mas como a médica me falou que era melhor fazer eu fiz (SIU).

Durante essa visita domiciliar, orientou-se e se refletiu com as usuárias acerca do momento de se revelar aos filhos que estes são soropositivos, o que segundo recomendações do Ministério da Saúde deve ser realizado a partir do momento em que a criança já tenha discernimento, e que se deve revelar preferencialmente antes da adolescência. Uma das usuárias relatou que ainda não contou aos filhos para poupá-los do sofrimento.

Não quero que eles sofram antes da hora [...] acho que eles não vão aceitar e tenho medo que meu filho me culpe por ter passado Aids pra ele, porque eu me sinto culpada porque se eu tivesse feito o exame antes eu não tinha amamentado ele (SIU).

Ainda durante essa visita foi fornecido material didático do Ministério da Saúde para abordar a questão do HIV/Aids em crianças. Uma das usuárias após ler o material fornecido relatou que vai conversar com o filho sobre o fato de ser soropositiva e da transmissão vertical.

[...] agora eu “vo” esperar ele fica mais grandinho e “vo” conversa com ele. Ele nunca me falou nada, mas pra minha mãe ele disse que não queria ter a mesma doença que eu [...] em Porto Alegre a enfermeira contou na frente dele que eu “tava” com Aids e que eu tinha passado pra ele. Ele tinha seis anos quando ela falou [...] (SIU).

Na oitava visita domiciliar, abordou-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990, onde se esclareceu às usuárias os direitos que seus filhos possuem. Como os assuntos abordados com as usuárias eram construídos com estas surgiu o interesse por parte delas de que se trouxesse material sobre saúde da mulher, e durante a nona visita domiciliar foi trabalhado questões referentes à saúde da mulher, e aproveitou-se para trabalhar a questão da auto-estima com as usuárias.

Durante a realização das referidas visitas e das orientações e reflexões com as usuárias, consolidou-se o segundo princípio do Código de Ética profissional, o qual preconiza a “defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio de do autoritarismo” na medida em que buscou-se mostrar as usuárias que cabe a elas

tomar as decisões referentes a sua vida, pois elas não são objetos, coisas e não se reduzem a sua doença, e que elas tem o direito de decidir sobre suas vidas.

O tema preconceito e discriminação foi o último assunto abordado, sendo abordado na décima visita domiciliar. Segue um breve relato de uma usuária, ao ser questionada se já havia sofrido preconceito e discriminação por ser soropositiva.

[...] eu ouvia piadinhas quando eu passava, tinha gente que passava por mim e até gossipa no chão e virava a cara pra mim, teve uma vez que cheguei no aniversário do gurizinho de uma amiga e as pessoas foram levantando e indo embora [...] fiquei sem sair de casa por causa disso [...]". outra vez eu tava trabalhando já fazia duas semanas daí minha patroa me chamou e me disse que não precisava mais ir trabalhar porque ela ia viajar e não sabia quando que ela ia volta, só que eu fiquei sabendo que ela não foi viajar e inventou isso pra me manda embora, porque daí eu encontrei uma amiga minha que já tinha trabalhado pra ela, daí ela me disse que a dona Maria tinha feito um monte de pergunta sobre mim, e disse pra ela que sabia que eu tinha Aids (SIU).

Outra usuária relatou que já sofreu com atitudes preconceituosas, mas que atualmente ela está conseguindo superar esse processo, pois ela percebeu que as pessoas que fizeram e ainda fazem comentários maldosos com relação a sua condição sorológica são pessoas que não sabem o que é o HIV/Aids, são pessoas que têm um conceito errôneo sobre a temática da Aids. *“Levo na esportiva, porque as pessoas nem sabem o que estão falando, não dou mais atenção” (SIU).*

Foi propositalmente que se finalizaram as visitas domiciliares com esse tema, pois se pretendia que as usuárias se reconhecessem e se percebessem como sujeitos de direitos e, com isto, viessem a superar o processo de exclusão e auto-exclusão, ficando mais confiantes para encarar sem medo a discriminação e o preconceito que possam vir a sofrer futuramente. E foi relevante trabalhar com as mulheres/mães, na perspectiva de que elas não escondessem a sua condição de saúde, mas buscassem o apoio de suas famílias para dar continuidade a sua vida, e possam com sua vivência auxiliar os seus filhos vítimas de transmissão vertical a enfrentar os malefícios físicos e sociais causados pela Aids em suas vidas.

E deve-se lutar para acabar com as formas de preconceito existentes, assim como preconiza o inciso 5º da declaração dos direitos da pessoa portadora do vírus da Aids e como preconiza o oitavo princípio do Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, onde se enfatiza que se deve ter “empenho na eliminação de

todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e a discussão das diferenças” (CRESS, 2005, p. 21).

Durante o processo de estágio e no projeto de intervenção buscou-se trabalhar de maneira articulada com os demais profissionais do programa DST/Aids, bem como dos ESFs, visando um fortalecimento do trabalho em rede e a materialização do nono princípio do Código de Ética profissional que preconiza que o profissional deve buscar articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que compartilhem dos princípios do Código de Ética profissional e o profissional assistente social em articulação com outras categorias profissionais pode contribuir para a criação de uma sociedade mais justa e igualitária por meio da materialização do projeto ético-político da profissão.

Outro princípio do Código de Ética profissional materializado foi o compromisso com a qualidade nos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional onde buscou-se a consolidação deste princípio na medida em que sempre se buscou desempenhar as atividades decorrentes do estágio dentro dos fundamentos teórico-metodológicos, técnico-operativos e ético-político da profissão, aliando teoria e prática, além de estudar sobre a temática da Aids para poder compreender o processo pelo qual os usuários estavam passando. Buscou-se sempre estar bem informada acerca dos direitos sociais para realizar orientações aos usuários bem como garantir o acesso dos mesmos aos seus direitos. Ocorreram vários casos de usuários que necessitavam de orientações com relação a benefícios da Assistência Social e procurou-se ter mais conhecimento sobre tais benefícios, mesmo que não fossem benefícios da área da saúde proporcionando com isso também a materialização do princípio de integralidade do Sistema Único de Saúde.

E assim durante todo o processo de estágio buscou-se nortear-se pelo projeto ético-político profissional com vistas a conscientizar as usuárias, pela razão de que quanto maior a consciência das usuárias acerca dos seus direitos, maior é a capacidade para reivindicar e lutar pela efetivação desses direitos.

4.3 Produto e avaliação propositiva do processo de trabalho – limites e possibilidades

No decorrer da aplicação do projeto de intervenção algumas transformações já eram visualizadas, tais como aumento da auto-estima, e as usuárias demonstraram estar mais confiantes. Ocorreram transformações no campo da subjetividade que auxiliaram essas usuárias a superar o processo de auto-exclusão que elas vivenciavam, pois elas passaram a se perceber como sujeitos de direitos, bem como a acessar alguns direitos sociais. No decorrer da intervenção as usuárias trouxeram até a estagiária o desejo de participar do grupo que seria realizado, porém em virtude do pouco tempo que restava para o término do estágio, a estagiária optou por não formar o grupo.

A maioria das transformações ocorreu no campo subjetivo, mas sabemos que muitas vezes é a partir de mudanças no campo subjetivo que ocorrem mudanças no plano objetivo. As mudanças no plano subjetivo impulsionam transformações na realidade concreta.

Outro fato relevante durante a aplicação do projeto de intervenção foi a participação de maneira efetiva de familiares das usuárias durante a realização das visitas domiciliares, os quais passaram a participar, trazendo dúvidas com relação aos temas abordados e trazendo também suas contribuições. Pode-se observar que houve uma elevação dos vínculos familiares e, dessa forma, uma melhora na convivência familiar, a partir do projeto de intervenção.

Houve um notável fortalecimento da rede primária das usuárias e as redes sociais são fundamentais para fortalecer os sujeitos na sociedade atual, como aponta Faleiros “as redes primárias, como a família, são construídas pelas relações de afeto, amizade, vizinhança e comunitárias, que, diretamente relacionadas, constroem a identidade e a auto-estima dos sujeitos” (FALEIROS, 2006, p. 24). E ao longo de nossa vida, através de nossas relações vamos construindo nossa rede social primária e/ou secundária.

As redes secundárias são “conjuntos sociais instituídos normativamente, estruturados de forma precisa para desenvolver uma série de missões e funções específicas (escola, empresa, comércio, hospital, etc.) (GRUPO E.I.E.M apud KERN, 2005, p. 53).

As redes se constituem como estratégia de intervenção para o profissional assistente social junto aos portadores do vírus HIV/AIDS, na medida em que, fortalecendo as redes primárias e secundárias, auxilia no fortalecimento dos usuários, e esse fortalecimento contribui na superação do processo de exclusão e auto-exclusão. Conforme Kern (2006), com o fortalecimento das redes se tem como objetivo restaurar o pertencimento social dos sujeitos. Durante o processo de estágio, buscou-se o fortalecimento da rede primária das usuárias, através do fortalecimento dos vínculos familiares, pois as usuárias estavam fragilizadas, bem como suas relações familiares. Precisou-se mostrar que elas não se resumiam somente à doença, mas que são cidadãs com direitos e deveres, teve-se que fazer um resgate da identidade destas.

E o desafio que se apresenta, após o fortalecimento dos sujeitos/usuárias, é o fortalecimento destes na sociedade e para isso é necessário o fortalecimento, a potencialização das redes sociais secundárias das usuárias o que é “construir fundamentos para que a vida tenha sua continuidade, mesmo que ameaçada sob todos os aspectos de vulnerabilidade e risco social” (KERN, 2006, p. 85).

Ao se falar em trabalho em rede na área da saúde não há como deixar de se remeter à intersetorialidade, cuja prática solicita que haja articulação, ações complementares, requer relações horizontais para, dessa maneira, garantir a integralidade no atendimento em saúde. A integralidade é um dos princípios do SUS. “Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (CRESS, 2005, p. 115).

A integralidade na saúde pública, no município de São Borja, seria outro desafio. E a integralidade é atualmente um dos maiores desafios nas práticas em saúde em todo o país.

Segundo Mattos (2001), o programa DST/Aids é atualmente no Brasil o que mais se aproxima do princípio da integralidade, porque abrange a perspectiva preventiva e a perspectiva assistencial, pois o governo assumiu a responsabilidade da distribuição gratuita dos anti-retrovirais aos usuários soropositivos, sem deixar de realizar as práticas preventivas. Esse é um sentido de integralidade que é relativo a certas políticas específicas, também chamadas de políticas especiais, que são políticas especificamente criadas para responder a um determinado problema de

saúde ou aos problemas de saúde que afligem certos grupos da população, e os segmentos vulneráveis.

Mas a integralidade não é só um dos princípios do SUS, com ações de saúde destinadas ao mesmo tempo para a prevenção e a cura de doenças. Segundo Mattos (2001), um outro sentido de integralidade está relacionado com um movimento que ocorreu nos Estados Unidos que ficou conhecido como medicina integral, onde se criticava o fato dos médicos possuírem uma atitude fragmentária frente aos seus pacientes. As dimensões biológicas eram enfatizadas, em prejuízo das condições psicológicas e sociais. Para a medicina integral, integralidade teria a ver com uma atitude dos médicos em não reduzir o sujeito/usuário ao seu sistema biológico que supõe produz o sofrimento do sujeito. No Brasil a medicina integral se associou primeiramente a medicina preventiva, a qual foi também um dos berços do Movimento Sanitário.

Atualmente sabe-se que saúde não é somente a ausência de doenças, e que a saúde possui como fatores condicionantes e determinantes a alimentação, o trabalho, a moradia, o meio ambiente, a educação, o lazer, o transporte, etc. como explicitado no art. 3º da Lei nº. 8.080 (SUS).

Nessa perspectiva, os serviços de saúde, bem como os profissionais de saúde não devem ver o usuário como uma coisa, um objeto, reduzindo o usuário a sua doença, ao seu sistema biológico e, sim apreenderem o usuário em sua totalidade, pois o usuário é um cidadão que, biologicamente, psicologicamente e socialmente está sujeito a situações que colocam em risco sua saúde, sua vida e, é por este motivo que devem ter atendimento também para a sua condição de saúde e não somente para a doença que possuem.

Os profissionais que atuam na área da saúde devem ver as necessidades individuais e coletivas dos usuários, o que exige que se criem articulações com as demais áreas como educação, habitação, alimentação, trabalho, pois saúde, como mencionado anteriormente, não é só ausência de doenças, é garantir através de ações de articulação com outras áreas, bem estar físico, mental e social aos sujeitos.

O programa DST/Aids do município não deve se afastar desse sentido de integralidade no atendimento, e deve articular-se com outras áreas, tais como educação e, através do esclarecimento, da conscientização da população por meio da educação em saúde, poder esclarecer a comunidade acerca do HIV/Aids e,

através do processo de conscientização da população sobre essa temática, pode-se contribuir para que a população deixe de ter atitudes preconceituosas e discriminatórias contra o portador do vírus HIV e/ou doente de Aids.

Essas ações vêm ao encontro dos parâmetros para atuação do Serviço Social na saúde, onde o profissional de Serviço Social deve realizar ações socioeducativas e/ou educação em saúde na dimensão de “consciência sanitária”, a qual seria a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e da comunidade, e essas ações contribuem para a promoção da saúde internamente junto aos demais profissionais, e, externamente, junto à comunidade/usuários (CFESS, 2009).

Segundo Mattos (2001), a integralidade é uma “bandeira de luta”, a qual fala de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, “pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e solidária” (MATTOS, 2001, p. 41), o que vêm ao encontro do projeto ético-político da profissão que, conforme os parâmetros para atuação profissional na área da saúde, deve estar ligado ao projeto de reforma sanitária, e o assistente social, junto aos demais profissionais da saúde e dos movimentos sociais, deve lutar em defesa do Projeto de Reforma Sanitária.

Com a inserção de estagiárias no Programa municipal DST/AIDS, visualizou-se uma ampliação do atendimento do Serviço Social nesse espaço sócio-ocupacional, bem como o seu reconhecimento pela equipe interdisciplinar e pelos usuários. Pôde-se observar a relevância da inserção do Serviço Social no local, para colaborar no enfrentamento das mazelas sociais vivenciadas pelos usuários soropositivos, e a importância de se criar estratégias para possibilitar ao usuário a continuidade do seu tratamento com anti-retrovirais, possibilitando que tenham uma maior qualidade de vida, através da democratização de informações e do acesso aos seus direitos sociais.

As demandas que se apresentaram para o Serviço Social, no programa municipal DST/AIDS, na experiência de estágio foram: acolhimento, aconselhamentos, encaminhamentos de benefícios, tais como BPC (Benefício de Prestação Continuada), e de passe livre municipal, orientações e informações aos usuários, acerca de seus direitos sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio do estágio curricular, compreendeu-se que há possibilidades de se materializar o projeto ético-político da profissão, no processo de trabalho do assistente social na área da saúde, mesmo com limites e possibilidades, na medida em que o referido projeto vai ao encontro dos princípios do Sistema Único de Saúde, tais como universalidade, descentralização, regionalização, participação da comunidade, e o princípio da integralidade no atendimento em saúde, que derivam do projeto de reforma sanitária.

O profissional assistente social, para realizar uma atuação eficaz no campo da saúde, orientado pelo projeto ético-político profissional, deve conhecer e internalizar os ideários do projeto de reforma sanitária, no sentido de acolher uma noção ampliada em saúde que contemple as necessidades humanas elementares: alimentação, habitação, o acesso à água potável, aos cuidados primários de saúde e educação.

Destaca-se que é dever do Estado garantir, por meio de políticas sociais e econômicas, estratégias de redução do risco de doença e de outros agravos, como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação dos indivíduos, no sentido de prestar assistência integral. Um dos mais conhecidos sentidos, atribuídos ao atendimento integral, refere-se ao conhecimento da totalidade que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores sócio-econômicos e culturais como determinantes da saúde (e do processo social de saúde e doença), e, principalmente, sugerindo um modelo integral de atenção que não tem como suposto a cura da doença, mas alarga os horizontes do mundo da vida espiritual e material (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

Com embasamento nesses conceitos teóricos, neste trabalho visou-se ainda mostrar o processo de trabalho do profissional assistente social junto às usuárias do programa DST/AIDS, do município de São Borja, fazendo uma reflexão acerca da relevância da atuação profissional junto a esse público, em razão das situações geradas pelo HIV/Aids na vida dos sujeitos se constituírem como expressões da questão social e demandas para o profissional assistente social.

O profissional assistente social na área da saúde não trabalha somente com os aspectos subjetivos da vida dos sujeitos, este tem como objetivo compreender as questões econômicas, culturais e sociais que interferem no processo de saúde/doença dos usuários e, assim, elaborar estratégias para a superação dessas questões, além disto, o profissional não deve reduzir os usuários a sua condição de saúde, e sim resgatar o sentido da integralidade do atendimento em saúde, buscando apreender todo o contexto de vida dos usuários, visualizando o usuário em sua totalidade.

Primeiramente abordou-se no trabalho final de graduação II a categoria trabalho na sociedade capitalista, pois as transformações que ocorrem no mundo do trabalho interferem também no processo de trabalho do assistente social, em virtude de o Serviço Social ser uma especialização inscrita na divisão social e técnica do trabalho. No referido capítulo, dedicou-se ainda a estudar o processo de trabalho do Serviço Social, bem como a delimitação do objeto, meios e produto.

No segundo capítulo, abordou-se o Projeto Ético-político da profissão, que vem sendo construído pela categoria profissional desde a década de 1970, pois este deve servir de referência para a atuação do profissional assistente social, em todos os processos de trabalho em que se inserir. Problematizou-se o instrumental com o qual mais se trabalhou no campo de estágio, lembrando que, para o profissional que pretende intervir de maneira crítica e competente na realidade social, deve desvendar a realidade por meio das categorias teóricas historicidade, totalidade e contradição do método dialético-crítico.

No terceiro capítulo, fez-se a contextualização da política de saúde brasileira, da década de 1930 até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual trouxe o conceito ampliado de saúde no qual se enfatiza que esta não é mais considerada somente como a ausência de doenças. Também se enfocou a AIDS, no mundo e no Brasil, trazendo as situações que a Aids acarreta na vida dos usuários, as quais se apresentam como demandas para o Serviço Social. Realizou-se a apresentação da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Borja e do Programa DST/AIDS, no qual se realizou a experiência de estágio curricular, abordando a recente inserção do Serviço Social.

Enfocou-se neste trabalho a materialização dos princípios do Código de Ética profissional dos assistentes sociais, com o desenvolvimento do projeto de intervenção realizado, com o intuito de mostrar a articulação do projeto ético-político

e da profissão na atuação profissional. Elaborou-se, no quarto capítulo, uma avaliação propositiva do processo de trabalho do assistente social, na qual se apontaram alguns limites e desafios apresentados durante a execução do projeto de intervenção.

Observou-se, após realização do fortalecimento da rede social primária das usuárias e, conseqüentemente, o fortalecimento destas, que é necessário construir um trabalho de fortalecimento da rede social secundária, articulando os demais serviços da área da saúde com de outras áreas como a da educação, para que se fortaleçam as usuárias na sociedade, além de proporcionar a estas o atendimento integral em saúde, não avaliando somente sua doença, mas a amplitude do ser, realizando ações de caráter preventivo e assistenciais.

Reconheceu-se a importância da atuação do profissional assistente social, na área da saúde, na medida em que o profissional vem colaborar para a ampliação e consolidação dos direitos sociais dos usuários e, que o profissional assistente social, através das competências teórico-metodológicas, técnico-operativas e ético-políticas, realiza ações de educação em saúde, nas quais busca conscientizar os usuários de que a saúde é um direito, articuladas à integralidade no atendimento em saúde, visando à melhoria das condições de vida dos usuários e a superação das situações que interferem no processo saúde/doença destes.

REFERÊNCIAS

AMARO, Sarita T. A. **Visita Domiciliar**: orientações para uma abordagem complexa. Porto Alegre: AGE, 2003.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 12. ed. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2007.

BATISTA, Sergio Murilo; FRANÇA, Rodrigo Marcellino. **Família de pessoas portadoras de deficiência**: desafios e superações disponível. 25/04/2008. Disponível em: <<http://www.apaebrasil.org.br/arquivo.phpml?a=10678>>. Acesso em: 28 mai. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Programa Nacional de DST/Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Direitos das pessoas vivendo com HIV e Aids**, 1989. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/pages/LUMIS1DDA036ITEMIDOF4F9380PTBRIE.htm>>. Acesso em: 28 set. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. et al. **Saúde e Serviço Social**. 4. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Serviço Social e reforma Sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

BRONTË, Charlotte. **Poema**. Disponível em: <<http://www.sitequente.com/frases/preconceito.html>> Acesso em: 04 jun. 2010.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reflexões sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS)**: um modo singular de produzir política pública. Revista

Serviço social e sociedade. São Paulo: Cortez, anos XXVII, n. 87, p.132-146. Ed. Especial set, 2006.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde** (versão preliminar). Brasília, março de 2009.

Disponível em:

<http://www.cresses.org.br/cress/imagens/file/arquivos_comuns/parametros_a_s_na_saude.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2010.

_____, Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução Nº. 383/99**, Ementa: caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Disponível em:

<http://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2010.

COHN _____, Amélia; ELIAS, Paulo Eduardo M. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 3. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1999.

COHN, Amélia. et al. **A saúde como direito e como serviço**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?/ Berenice Rojas Couto**. 2. de. São Paulo: Cortez, 2006.

CRESS. Conselho Regional de Serviço Social 10ª Região. **Coletânea de Leis**. Porto Alegre, 2005.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégia em Serviço Social**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

FERREIRA, José Wesley. **Questão social: apreensão e intervenção no trabalho dos assistentes sociais**. Dissertação de mestrado PUC/RS, 2008.

FRANZOI, Naira Lisboa. Kanban. In: CATTANI, Antônio David (org). **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. 4. ed. Ver. Ampl. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: UFRSGS, 2002.

_____. Just-in-time. In: CATTANI, Antônio David (org). **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. 4. ed. Ver. Ampl. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: UFRSGS, 2002.

GARRETT, Annette. **A entrevista, seus princípios e métodos**. 8. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1981.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

GOFFMAN, Erving. **Estigma**: Notas sobre a manipulação da Identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOMES, Regis. Descaminhos do trabalho em grupo. In: **Caderno técnico 23**. Sesi. 1997.

GOMES, M.C.P.A; PINHEIRO, R. **Acolhimento e vínculo**: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface- comunicação, saúde, educação – v. 09, n. 17, març/ago 2005/ Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=s141432832005000200006&lng=iso&telng=pt>>. Acesso em: 07 mar. 2010.

GUERRA, Iolanda. **A instrumentalidade do Serviço Social**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

HENRICH, Giovana. **Aids feminina**: um olhar no espelho sem maquiagem - Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS, 2008, 194 p.

HOLZMAN, Lorena; CATTANI, Davi. Taylorismo. In: **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**/ Antonio David Cattani (organizador)- 4 ed. Ver. Ampl. – Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. Da UFRSGS, 2002.

_____, Lorena; CATTANI, Davi. Fordismo. In: **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**/ Antonio David Cattani (organizador)- 4 ed. Ver. Ampl. – Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. Da UFRSGS, 2002.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O debate contemporâneo do Serviço Social e a ética profissional**/ In: BONETTI, D. A. et al. Serviço Social e ética: convite a uma nova práxis. São Paulo, Cortez, 2001.

_____. **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo**: Trajetória e desafios. 2004. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/doc/1488022/As-dimensoes-etico-politicas-e->

teorometodologicas-no -Serviço-Social-contemporaneo > Acesso em: 11 de março de 2010.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional/** Marilda Villela Iamamoto. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Villela. CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 19. ed. São Paulo: Cortez, [Lima Peru]: CELATS, 2006.

JORNAL CORREIO DO POVO. Aids é hoje uma doença social. Porto Alegre, 2 de dezembro de 2009.

KERN, Francisco Arsel. **Mulheres Soropositivas: a visibilidade e a invisibilidade da representação social da Aids.** In: Revista Textos e Contextos, v. 08, n. 01, jan./jun.2003. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/fass/ojs/index.php/fass>> Acesso em: 15 set. 2009.

_____. **Redes de Apoio no contexto da Aids: um retorno para a vida.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

_____. **As mediações em redes como estratégia metodológica do Serviço Social.** 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

_____. Redes e vulnerabilidades: o olho do furacão. In: **Boletim de Saúde.** Porto Alegre, V. 20, jul./dez, 2006.

LEWGOY, Alzira Maria Batista; SILVEIRA, Esalva Maria Carvalho. A entrevista nos processos de trabalho do assistente social. In: **Revista Textos e Contextos.** Porto Alegre v. 6, n. 2, p. 233-251. Jul./dez. 2007.

LIEDKE, Elida Rubini. Processo de Trabalho. In: CATTANI, Antônio David (org). **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia.** 4. ed. Ver. Ampl. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre:UFRSGS, 2002.

MAIA, Marilene. **Práxis da gestão social nas organizações sociais: uma mediação para a cidadania.** Tese de doutorado. PUC/RS. Porto Alegre, 2005.

MARX, Karl, **O Capital**: crítica da economia política, livro I/ Karl, Marx; tradução de Reginaldo Sant'Ana. 21. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

MATTOS, Rubem Araújo de (Org.). **Os sentidos da integralidade**: na atenção e no cuidado a saúde. 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, [online]. **Serviços do Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 dez. 2009.

_____, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº. 218/97**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol97/res211897.htm>>. Acesso em: 11 jul. 2010.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Família e Serviço Social - contribuições para o debate. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, ano 18, nº. 55, p. 114-130 - novembro 1997.

NETTO, José Paulo. **A construção do Projeto Ético-político do Serviço Social**. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Brasília: CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB, 1999. Disponível em: <<http://www.cpihts.com/PDF03/jose%20paulo%20neto.pdf>> Acesso em: 03 abr. 2010.

NETTO, José Paulo. BRAZ, Marcelo. **Economia política**: uma introdução crítica. São Paulo: Cortez, 2006.

NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, C.T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A.E. et. al. **Serviço Social e Saúde**: Formação e trabalho profissional. São Paulo, Cortez, 2006.

PRATES _____. A questão dos instrumentais técnico-operativos numa perspectiva dialético crítica de inspiração marxiana. In: **Revista Virtual Textos & Contextos**, n. 2, dez, 2003.

PRATES, Jane Cruz. **Proposta hipotética de gestão estratégica**: um espaço de materialização do projeto ético político. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996.

_____. **Possibilidades de mediação entre a teoria marxiana e o trabalho do assistente social**. Faculdade de Serviço Social. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2003.

_____. O método e o potencial interventivo e político na pesquisa social. In: **Revista Temporalis** n. 9. Brasília: ABEPSS, 2006.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANT'ANA, Raquel Santos. O desafio da implantação do projeto ético-político do Serviço Social/ In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XX, n. 62, mar, 2000.

SANTOS, Maria Regina. O Serviço Social e a exclusão/inclusão social dos portadores de HIV/Aids: demandas e desafios nos hospitais públicos. In: **Revista Serviço Social e sociedade**. São Paulo: Cortez, ano XXVII, n. 85, p. 109-116, março, 2006.

SÃO BORJA. Plano Municipal de Saúde (2007 – 2009), 2007.

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

SOUZA, Charles Toniolo de. **A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional**, 2006. Disponível em: <<http://www.uepg.br/emancipacao>>. Acesso em: 02 abr. 2010.

TURCK, Maria da Graça Maurer Gomes. **Processo de trabalho do assistente social elaboração de documentação: implementação e aplicabilidade**/ Maria da Graça Maurer Gomes Türck. 2. ed. Porto Alegre: Graturck, 2007.

TURCK _____, Maria da Graça Maurer Gomes. **Instrumentalidade do Serviço Social. Palestra** – II semana de Cidadania, Comunicação e Cultura organizada pela Universidade Federal do Pampa no dia 27 de maio de 2010.

APÊNDICE A – Formulário Sócio-econômico**Dados de identificação**

1. Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/____.

RG: _____

CPF: _____

2. Endereço:

Rua: _____ N°: _____

Bairro: _____ Fone: _____

3. Estado civil:

 casado(a) solteiro(a) união estável viúvo(a) outro _____

4. Escolaridade: _____

5. Profissão: _____

 Desempregado(a)? Quanto tempo? _____**Características da residência:**

6. Situação:

 própria alugada – valor do aluguel: R\$ _____ cedida financiada

7. Tipo de residência:

 casa apartamento cômodos outro

N° de cômodos: _____

8. A residência possui:

 instalações elétricas água encanada instalações sanitárias

Grupo Familiar

9. Composição:

Nome	Parentesco	Idade	Escolaridade	sexo	Profissão	Rendimento Mensal R\$

10. Recebem Benefício da LOAS?

Qual? _____

Recebem bolsa do governo?

 sim não

Qual? _____

Valor R\$: _____

12. Quantidade de pessoas soro positiva: _____

13. Quantidade de mulheres grávidas: _____

14. Quantidade de mães amamentando: _____

15. Quantidade de pessoas portadoras de deficiência: _____

São Borja, ____ de _____ de 200__.

 Assinatura do Entrevistado

APÊNDICE B – Formulário para levantamento do perfil das usuárias

1) Idade: _____ 2) Data de nascimento: ___/___/___

3) Estado civil

casada

solteira

união estável

viúva

outro _____

4) Quanto filhos possui? _____

5) Escolaridade

ensino fundamental incompleto

Ensino superior

ensino fundamental completo

não alfabetizada

ensino médio incompleto

ensino médio completo

6) Profissão _____

7) Quais pessoas sabem da sua soropositividade?

Pai

amigos

Mãe

outros

Filho (s)

vizinhos

8) Quanto tempo sabe ser portadora do vírus HIV/Aids?

9) Conte sua história de vida a partir do momento que recebeu resultado positivo para o HIV/Aids?

10) Já sofreu preconceito por ser portadora do vírus HIV/Aids? Relate o fato.

11) Quando apresenta algum problema de saúde dirige-se ao ESF do Bairro ou só busca atendimento médico no Programa DST/Aids?

12) Quais as maiores dificuldades ocasionadas pelo HIV/Aids em sua vida?

São Borja, ___ de _____ de 200__.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento**Termo de consentimento**

Eu _____, declaro que fui informado das proposições do projeto de intervenção “Superando o preconceito e a exclusão. Declaro ainda que o referido projeto foi apresentado de forma clara e que estou ciente dos objetivos, etapas e metodologia deste.

Nesse sentido, livre e esclarecido, por meio deste termo de consentimento, aceito participar do projeto de intervenção e autorizo a utilização dos dados expostos para fins acadêmicos. Informo ainda que estou ciente que poderei deixar de participar do projeto e que o mesmo terá caráter confidencial, ficando minhas informações, dados e resultados resguardados por sigilo profissional.

São Borja, ____, de _____ de 20__.

Assinatura do participante