



A vulnerabilidade às DST/AIDS em mulheres empobrecidas: um direito à saúde

N° 20080801
Agosto - 2008

Cláudia Luiza de Sá - SMAS/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Urbanismo
Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos

EXPEDIENTE

A **Coleção Estudos Cariocas** é uma publicação virtual de estudos e pesquisas sobre o Município do Rio de Janeiro, abrigada no portal de informações do Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos da Secretaria Municipal de urbanismo da Prefeitura do Rio de Janeiro (IPP) : www.armazemdedados.rio.rj.gov.br.

Seu objetivo é divulgar a produção de técnicos da Prefeitura sobre temas relacionados à cidade do Rio de Janeiro e à sua população. Está também aberta a colaboradores externos, desde que seus textos sejam aprovados pelo Conselho Editorial.

Periodicidade:

A publicação não tem uma periodicidade determinada, pois depende da produção de textos por parte dos técnicos do IPP, de outros órgãos e de colaboradores.

Submissão dos artigos:

Os artigos são submetidos ao Conselho Editorial, formado por profissionais do Município do Rio de Janeiro, que analisará a pertinência de sua publicação.

Conselho Editorial:

Ana Paula Mendes de Miranda, Fabrício Leal de Oliveira, Fernando Cavallieri e Paula Serrano.

Coordenação Técnica:

Cristina Siqueira e Renato Fialho Jr.

Apoio:

Iamar Coutinho

CARIOCA – Da, ou pertencente ou relativo à cidade do Rio de Janeiro; do tupi, “casa do branco”. (Novo Dicionário Eletrônico Aurélio, versão 5.0)

A VULNERABILIDADE ÀS DST/AIDS EM MULHERES EMPOBRECIDAS - UM DIREITO À SAÚDE*

Cláudia Luiza de Sá**

I – Introdução

A consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e, conseqüentemente, do direito à saúde em si, de forma universal e integral, implica uma visão de totalidade do sistema, principalmente, mas não só, dos profissionais da área. As ações e serviços de saúde não podem ser vistas de forma isolada; prevêm intervenções profissionais em todos os níveis do sistema e que estejam em contínua comunicação, ou seja, que efetivem o canal de referência e contra-referência para que possam ser atendidas as reais demandas de saúde da população.

Essa visão ampliada, de totalidade do sistema de saúde, por parte dos profissionais, torna-se importante e necessária, principalmente, a partir da consolidação do conceito de saúde estabelecido pela VIII Conferência Nacional de Saúde, onde passam a ser determinantes e *ingredientes sociais* do processo saúde/doença, as condições de habitação, educação, lazer, transporte, trabalho e outras áreas da vida humana.

A Presente Monografia irá contribuir no campo do estudo teórico prático para a compreensão dos profissionais do Serviço Social na criação de estratégias, subsídios para orientar o planejamento de avaliação das ações preventivas e assistenciais, diretrizes estas que contribuirão para diminuição, redução e prevenção das DST/AIDS, em mulheres de comunidades empobrecidas.

A motivação para o estudo surgiu, a partir do interesse de caracterizar as questões relacionadas a Vulnerabilidades em Mulheres que se encontram em Comunidades empobrecidas na questão da saúde, sexualidade, cuidados com a saúde do seu corpo, pela falta de informação e o desconhecimento das doenças sexualmente transmissíveis a qual muitas contraem e não tem consciência que essa é uma porta para o HIV/AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida), visando subsidiar intervenções preventivas à transmissão do HIV/AIDS.

Entretanto, a epidemia ao longo destes anos se modificou. Espalhou-se para o interior de todo país, atingiu a população heterossexual e “feminilizou-se”, com significativo aumento de casos de mulheres. Também é perceptível o crescimento entre população de baixa renda, menor grau de escolaridade, um grande progresso de pauperização.

Neste sentido tem muito a contribuir, através de sua intervenção profissional, com a consolidação do direito à saúde, preconizado no movimento de Reforma Sanitária e, principalmente, para a garantia dos princípios e diretrizes do SUS.

* O presente trabalho foi o primeiro colocado no VIº Concurso de Monografia da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro, intitulado “Sistema Único de Assistência Social – SUAS: o papel da Assistência Social na política de saúde”.

** SMAS/Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro

Capítulo 1 – DST/AIDS, Gênero, Vulnerabilidade e Saúde

1.1 –As DST/AIDS

As DST são doenças transmitidas por meio da relação sexual, seja de homem com mulher, homem com homem ou mulher com mulher. Em geral, a pessoa infectada transmite a DST para seus parceiros.

Ao contrário do que muita gente pensa, as DST são doenças graves que podem causar disfunções sexuais, esterilidade, aborto, nascimento de bebês prematuros com problemas de saúde, deficiência física ou mental, alguns tipos de câncer e até a morte. Uma pessoa com DST também tem mais chance de pegar outras DST, inclusive a AIDS.

No Brasil, até o final de 1998, cerca de 150.000 casos de AIDS haviam sido oficialmente notificados ao Ministério da Saúde até dezembro de 1998. E esse vírus geralmente passa-se vários anos encubados, cerca de dez a doze anos para se manifestar sinais e sintomas do seu desenvolvimento.

Na maioria dos casos as pessoas desconhecem que estão contaminadas, e muitas das vezes transmitem o vírus HIV.

Nestas duas últimas décadas o combate à proliferação das DST/AIDS no Brasil mostra uma dinâmica multiepidêmica, complexa e multifatorial, tem sido um grande desafio em conscientizar e promover medidas preventivas diante de populações que se encontram em vulnerabilidade social.

A epidemia apresenta três fases marcantes de evolução: 1) fase inicial, caracterizada pelo alto nível de escolaridade dos pacientes e pela incidência entre homens que fazem sexo com homem; 2) uma segunda fase caracteriza pelo aumento dos casos devido à transmissão por uso de drogas injetáveis, com a conseqüente diminuição da faixa etária e uma maior disseminação entre as pessoas que têm práticas heterossexuais; e 3) a fase atual, com acentuada disseminação do HIV entre os heterossexuais – com um aumento significativo de casos entre as mulheres que conseqüentemente resultou em um aumento de casos de aids pediátrico. A fase atual também se caracteriza pelo avanço da epidemia para municípios de pequeno porte (abaixo de 200 mil habitantes), e pelo aumento do percentual de casos de aids em indivíduos de menor escolaridade, indicando a pauperização da epidemia (1). Vale destacar que estas fases se apresentam como tendências que podem se expressar de forma conjunta e diversa nas diferentes regiões do país e no tempo.¹

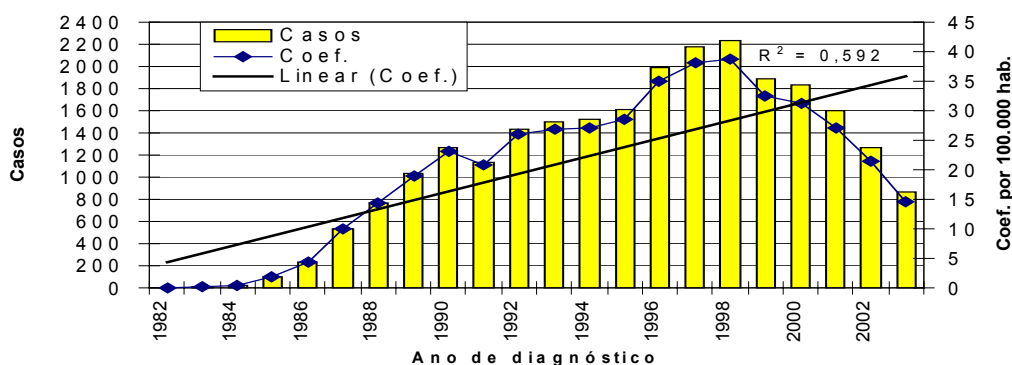
Cada vez mais jovens e mulheres se contaminam. Apesar das principais formas de transmissão do vírus terem sido evidenciadas a transmissão e aspectos relacionados à prevenção da infecção.

¹ Como não há, na ficha de notificação dos casos de aids, dados sobre o nível sócio-econômico, a melhor forma para referir a pauperização da epidemia é a escolaridade.

Esses fatores afloraram dentro das comunidades empobrecidas, onde mulheres encontram-se em condições de risco acrescido do fato de viverem em uma sociedade tão excludente.

Desde 1990 observa-se um aumento significativo de casos de DST/AIDS no sexo feminino.

Gráfico 1: Número de casos de AIDS e coeficientes de incidência em residentes, com 13 anos ou mais, do Município do Rio de Janeiro. 1982 a 2003.



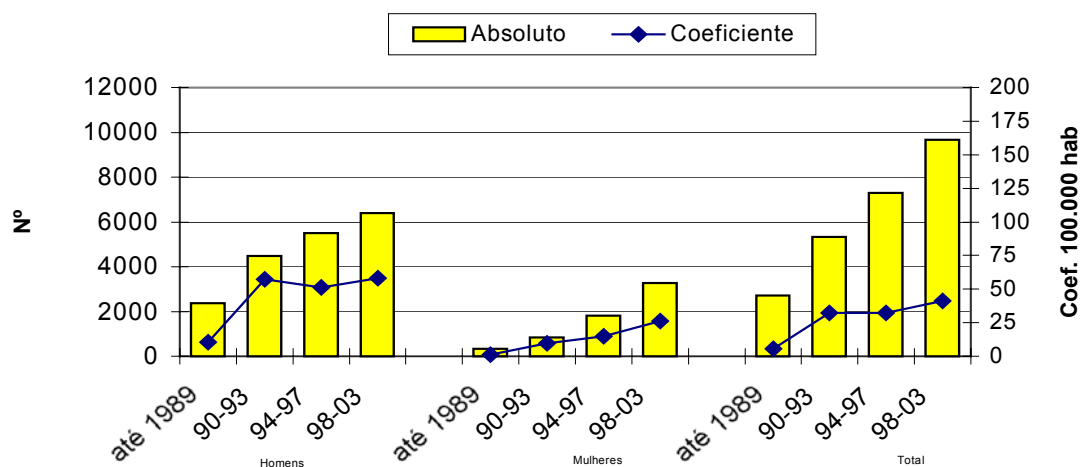
Fonte: S/SSC/CDT/GDT-SINAMW – (Dados sujeitos à revisão, até 16/11/2004)

No gráfico 1 – A maioria desses casos é do sexo masculino (74,9%). Porém desde 1990 observa-se um aumento progressivo de casos femininos.

As ações de prevenções só eram desenhadas para "grupos de riscos", retardando estratégias de prevenções para as mulheres, que de maneira muito particular, o avanço das DSTs/AIDS entre as mulheres é indicativo não apenas das dificuldades para oferecer respostas institucionais para a contenção da epidemia, mas também, e, sobretudo, revela mais uma vez a situação de desigualdade de poder vivida pelas mulheres quando comparadas à situação de vida dos homens, por exemplo, no exercício de sua sexualidade, ou até mesmo a desigualdade existente entre as próprias mulheres: quanto mais pobres, e com menor escolaridade, maior a sua vulnerabilidade à epidemia.

No mundo inteiro, a pandemia do HIV/AIDS-DST revela seu caráter instável, volátil e dinâmico. Diferentemente de outros agentes causadores de enfermidades transmissíveis (sexualmente ou não), o HIV tem demonstrado seguidamente a sua capacidade de cruzar todas as fronteiras sociais, culturais, econômicas e políticas e as condições que fomentam sua rápida disseminação mostram-se, a cada dia, mais complexas e mutantes.

Gráfico 2: Número Absoluto de Casos e Coeficientes de Incidência de AIDS em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro, por Sexo - Períodos selecionados - 1982 a 2003.



Fonte: S/SSC/CDT/GDT-SINAMW – (Dados sujeitos à revisão, até 16/11/2004).

No gráfico 2 – Demonstra que a partir de 1990, observa-se um aumento progressivo de casos do sexo feminino, com uma tendência ascendente na curva de incidência.

Contudo é necessário maior esforço para otimizar e aumentar a eficácia e efetividade de ações preventivas.

A expansão de casos de AIDS para todas as áreas da cidade ocorreu progressivamente ao longo dos últimos 15 anos, das zonas portuárias e sul para os subúrbios e zona oeste da cidade, onde estão localizadas as populações mais desfavorecidas social e economicamente. Utilizando-se a variável “grau de instrução” como uma medida indireta do nível socioeconômico dos indivíduos, observa-se, também com até três anos de instrução (em 1994 23,4% dos casos e em 2001, 30,9% dos casos), indicando que a epidemia de AIDS vem acometendo as camadas mais desfavorecidas da população do Rio de Janeiro.

1.2 - Características na questão do gênero

A pandemia de HIV/AIDS tem um impacto cada vez mais significativo sobre as mulheres, que são infectadas principalmente através da relação heterossexual.

Em 2000, as mulheres foram responsáveis por 47 por cento da população adulta com HIV/AIDS, enquanto que, em 1992 essa percentagem era somente de 25%.

Assinala que essa situação “evidencia um marco em ascensão de forma constante a partir de 1991 na notificação de pessoas vivendo com o vírus da Imunodeficiência Humana”.

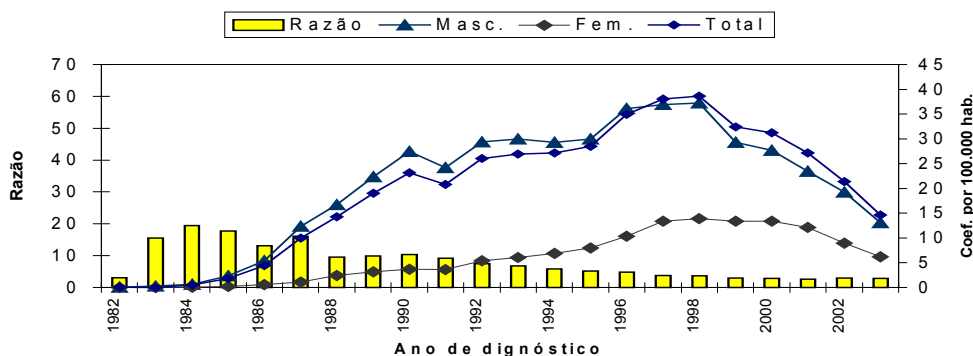
De acordo com os dados da UNAIDS, no final de 2004, “as estimativas de pessoas vivendo com HIV seriam cada vez maior com uma concentração em pessoas com idades entre 20 e 39 anos, ou seja, o grupo populacional economicamente e sexualmente ativo”.

“Esta relação mostra o rosto feminino da epidemia, evidenciando a vulnerabilidade das mulheres, associadas a desigualdades culturais, por razão de sexo e violência, entre outros fatores”. Chegando a 77% das mulheres que vivem com HIV/AIDS estão

em idade fértil. (Publicada em 08/11/2005, pela ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – Notícias – ONU: Epidemia).

A Análise da situação epidemiológica do HIV/AIDS e de outras DST, em 2004, estimou-se que 600 mil indivíduos de 15 a 49 anos estariam vivendo com HIV/AIDS no Brasil. Esta prevalência foi de 0,42% em mulheres e 0,80 em homens, com estimativa média de 208.898 mulheres e 384.889 homens vivendo com HIV/AIDS no país (*Plano Estratégico do Programa Nacional de DST/AIDS, Brasília, março 2005*).

Gráfico 3: Coeficiente de incidência e razão de sexo em adultos, residentes do Município do Rio de Janeiro. 1982 a 2003.



Fonte: S/SSC/CDT/GDT-SINAMW – (Dados sujeitos à revisão, até 16/11/2004)

O gráfico 3: indica a razão do sexo que em 1984 era de 12:1, em 1997 passou 2,4:1 e em 2003 foi de 1,9:1, o que aponta para maior vulnerabilidade das mulheres à infecção pelo HIV.

As condições de exclusão social que estas mulheres em comunidade se expressam em baixa escolaridade, empregos desvalorizados como os de trabalhadoras domésticas, comerciárias, trabalhadoras autônomas, costureiras, vendedoras, faxineiras e operárias de fábricas, catadoras ou até mesmo sem nenhuma ocupação, vivendo de benefícios de Projetos Sociais oferecidos pela Secretaria de Assistência Social e o Governo tais: como projeto Bolsa Família, Mulher em Ação, filhos no PETI, Cheque-cidadão, Auxílio-gás, Cesta Básica distribuída por algumas instituições da Sociedade Civil.

Muitas criam e sustentam sozinhas seus filhos. As jovens se tornam mães cada vez mais cedo, o que torna ainda mais difícil à sobrevivência de toda a família.

O narcotráfico e sua conseqüente violência ameaçam o cotidiano dessa população.

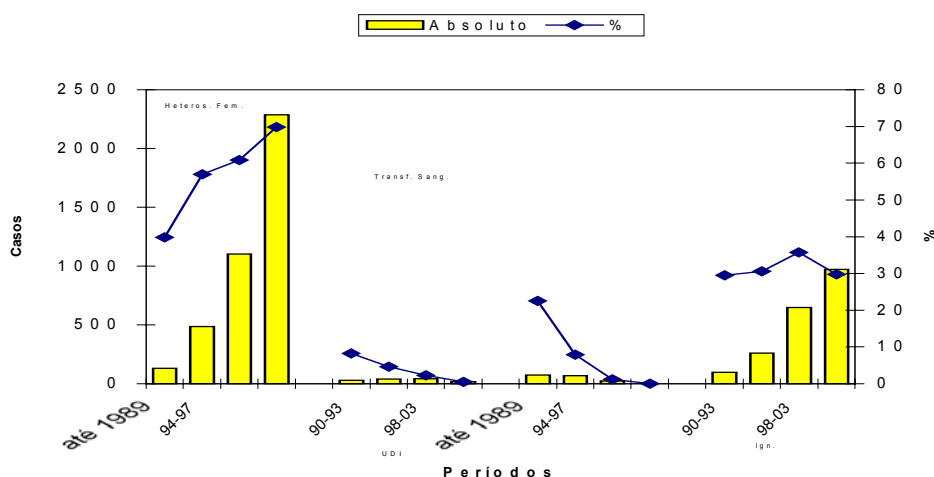
Quanto ao aspecto cultural da sexualidade, as relações de gênero que não são discutidas e muitas mulheres tornam-se vulneráveis as relações de conflito com os seus parceiros, esses homens às vezes violentos, que não negociam e nem querem ouvir falar de preservativos, e quando ficam grávidas ou até mesmo contraem uma doença sexualmente transmissíveis são largadas e ao mesmo tempo se sentem culpadas.

Aqueles, por sua vez, resistem ao uso de preservativo, o que aumenta progressivamente o grau de contaminação das mulheres por DST/AIDS.

Visto que a epidemia do HIV/AIDS tem apresentado sua nova face o pauperismo e a feminização, e a "Assistência social tem um corte horizontal, isto é, atua em

nível de todas as necessidades de reprodução social dos cidadãos excluídos, enquanto as demais políticas sociais têm um corte setorial educação, saúde,...). Em outras palavras, é possível dizer que à assistência social compete processar a distribuição das demais políticas sociais e também avançar no reconhecimento dos direitos sociais dos excluídos brasileiros”. (SUAS - Nov./2004).

Gráfico 4 Número absoluto de casos e percentual por categoria de exposição em casos de AIDS em mulheres adultas, residentes no Município do Rio de Janeiro. Períodos selecionados. 1984 a 2003.



Fonte: S/SSC/CDT/GDT-SINAMW – (Dados sujeitos à revisão, até 16/11/2004)

O gráfico 4: Demonstra diminuição de casos de transmissão sanguínea e a tendência do aumento em heterossexuais feminina.

Estudos recentes evidenciam que as Doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) contribuem para o alastramento da AIDS. Estas DSTs tornam as pessoas mais propensas à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), se expostas a este vírus pelo contato sexual ou até mesmo pelo uso de drogas injetáveis, haja visto que muitas das vezes seus parceiros são usuários de drogas.

Segundo **Jonathan Mann:**

“O controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) é uma questão crucial para a melhoria da saúde de todas as pessoas sexualmente ativas. O impacto das DSTs e a conexão entre a prevenção das DSTs e a do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV) constituem-se na grande preocupação dos profissionais da saúde e da assistência em todo o mundo. (3)* (MANN apud Peter Piot. 1993; 3).

O aumento da incidência em mulheres é uma consequência do aumento dos casos de AIDS masculinos em razão da transmissão heterossexual. Desde o início da epidemia, a transmissão sexual vem representando mais de 75% dos casos de AIDS em mulheres, chegando em 2004, a 95% com redução importante dos casos relacionados ao uso de drogas injetáveis. Entre os casos em mulheres, 60% disseram ter tido parceiros UDI (usuários de drogas injetáveis), ou parceiros com múltiplas parceiras ou mesmo parceiros infectados pelo HIV, esse é um grande motivo das mulheres de comunidades empobrecidas serem as mais afetadas, pois convivem com o narcotráfico pesado, parceiros que vivem com várias parceiras sendo comum dentro

das comunidades carentes, homens tem esse direito e essas aceitam por estarem acostumadas a conviver com está realidade

Hoje está cada vez mais claro que a AIDS não é uma doença de certos grupos de risco. “Ela afeta e pode matar homens e mulheres, sejam homossexuais ou heterossexuais, velhos, jovens ou crianças, negros ou brancos, ricos ou pobres, promíscuos ou inexperientes”.

O enfoque de gênero tem sido utilizado para pensarmos como as relações sociais e os papéis atribuídos a homens e mulheres têm tido uma valorização desigual e por tanto uma hierarquia que foi “naturalizando” a subordinação das mulheres.

Entretanto, nos últimos anos esse enfoque vem sofrendo importantes modificações. Se por um lado é possível constatar que a situação das mulheres melhorou devido ao aumento do nível de instrução e ao crescente ingresso no mercado de trabalho, por outro, perduram ainda desigualdades nas condições entre os sexos, gerando uma situação de vulnerabilidade para as mulheres que impede o aprofundamento da democracia e a vivencia da cidadania para todos.

Ao mesmo tempo, as relações de gênero na sociedade vêm acompanhadas de relações sociais desiguais de classe, raça e etnia, determinantes da construção de inúmeras discriminações e injustiças.

1. 3 - O conceito de vulnerabilidade:

Especificamente aplicado à saúde pública resultou de um processo entre o ativismo frente à epidemia de Aids e o movimento dos Direitos Humanos. O discurso da vulnerabilidade na saúde pública surgiu a partir da proposta de um diagnóstico das tendências mundiais da pandemia da Aids no início da década de 90.²

Não é surpresa que as mulheres são as mais atingidas pela epidemia, pois buscam direitos sexuais. Isso acontece porque elas se encontram em situação de maior vulnerabilidade em função da maneira como estão situadas na hierarquia sexual da sociedade.

Estas são vistas como sexo frágil e que não tem muita escolha. Outro aspecto é a visão dos direitos sexuais como uma proposição que mobiliza as pessoas, não só a consciência, mas a capacidade de viver sua sexualidade de forma autônoma, podendo dizer sim e não quando desejar. Não é possível pensar em prevenção das DST/AIDS sem pensar como a sexualidade se dá entre as pessoas, nas relações de poder que existem e que fazem com que algumas fiquem mais vulneráveis que as outras.

“Vulnerabilidades”

“Sem que haja uma transformação das relações desiguais de poder de gênero que existem em toda sociedade, as mulheres do mundo inteiro continuarão a ser alvos preferências da própria segurança. Sem corrigirmos a injustiça sócio-econômica que existe tanto dentro das nações quanto entre o mundo desenvolvido e em desenvolvimento, os pobres (tanto no Norte como no Sul)

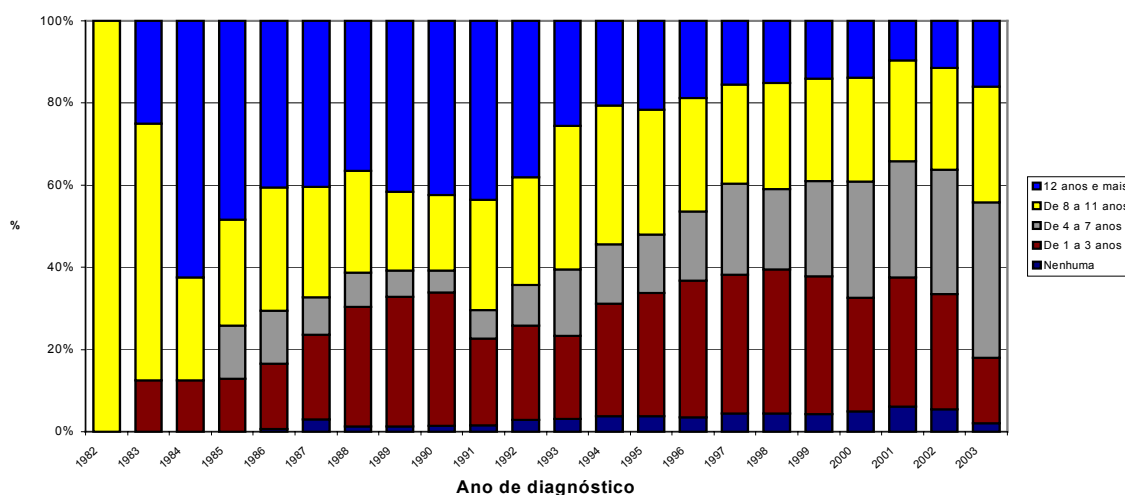
² Escola de Saúde Pública de Harvard.

*continuarão a sofrer o maior impacto de uma epidemia que já se tornou íntima da pobreza e da miséria”.*³

A pauperização, a baixa escolaridade, falta de acesso aos serviços de saúde, a miséria que cerca as comunidades empobrecidas aumenta cada vez mais o risco social dessas mulheres, pois estas por fazerem parte de um grupo desfavorecido e desvalorizado tornam-se cada vez mais vulneráveis.

“A concepção de” Vulnerabilidade “associada à epidemia de AIDS vem sendo aplicada de forma cada vez mais freqüente, sobretudo, a partir do início dos anos 90, buscando caracterizá-la enquanto um problema de Saúde Pública. Para Mann (1988), um dos precursores da luta contra a Aids, o conceito de vulnerabilidade assume significado singular no enfoque da epidemia nos países em desenvolvimento devido à sobrecarga dos sistemas de saúde e outros problemas de saúde que afetam essas populações. Além disso a Aids em geral afeta pessoas jovens em idade produtiva, o que representa um a perda econômica para os países.”

Gráfico 5 Proporção de casos de AIDS por anos de escolaridade* em adultos, residentes no Município do Rio de Janeiro. 1982 a 2003.



Fonte: S/SSC/CDT/GDT-SINAMW – (Dados sujeitos à revisão, até 16/11/2004)- excluídos indivíduos com escolaridade não informada.

O gráfico 5: Utilizando a variável “grau de instrução” como uma medida indireta do nível sócio-econômico dos indivíduos, observa-se que a partir de 1994, há uma tendência de aumento dos casos de AIDS em indivíduos com até 3 anos de instrução, indicando que a epidemia de Aids vem acometendo as camadas mais desfavorecidas da população do Rio de Janeiro.

Segundo o conceito de vulnerabilidade, para o vírus HIV o risco de infecções está mais associado a fatores sociais, econômicos e culturais que aos biológicos. Desde os “trabalhos pioneiros de Jonathan Mann e outros investigadores da Universidade de Harvard, EUA, este conceito busca explicar a maior ou menor possibilidade de infecção de determinado grupo humano através da conjunção de fatores individuais, sociais, econômicos e políticos em uma dada sociedade. Esse conceito, portanto, implica avançar além de um enfoque limitado que considere somente os comportamentos individuais como determinantes do risco. E mais, coloca

³ (Parker, 2000).

em questão a própria concepção de risco tradicionalmente adotada pela epidemiologia (Villela, 1998)” (Barbosa, 1999:16).

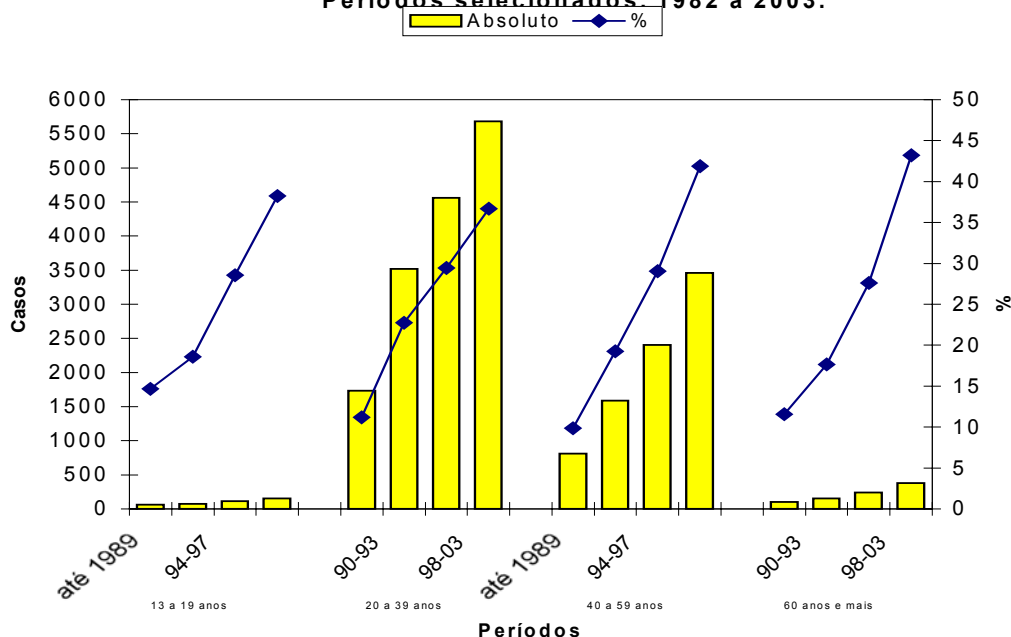
No momento em que surge a AIDS no Brasil, tinha-se a impressão que era o mal do século, como várias pessoas de alguns segmentos religiosos falavam, e que ter atividade sexual era um “pecado”, proibido, pois os pacientes quando começavam a desenvolver a doença já estava em fase terminal, abandonado pelos familiares, amigos e a própria sociedade excluía do seu meio, este estava condenado a morte social, a morte civil, a morte da cidadania, que condenava as pessoas ao preconceito, à discriminação e ao isolamento social.

O preconceito a falta de informação, faz com que cada vez mais aumentem os casos de DST/AIDS, no momento em que foram desenvolvidas campanhas explicativas e educativas para o esclarecimento as pessoas começaram a tomar consciência que o problema era de todos e a AIDS não fazia parte de grupos específicos e sim de todos, pois quem tem uma DST/AIDS não traz escrito na testa, pois a AIDS não tem cara e qualquer pessoa poderia e pode se contaminar se não utilizar medidas preventivas sendo preciso unir para uma conscientização. E a melhor maneira de se prevenir é a prevenção. Usando preservativos Masculinos ou Femininos.

Durante os primeiros anos da história da epidemia, a morte, infelizmente, delineava a cara da AIDS.

Com os avanços tecnológicos da medicina, os “fármacos” conquistam e avançam muito com a terapia (coquetel), hoje as pessoas vivem com melhores condições de vida, a distribuição gratuita facilitou esse fator, havendo uma queda drástica de óbitos e internações, mas ao mesmo tempo esse motivo assusta um pouco, pois as pessoas começaram a perceber que a AIDS não estava matando tão rápido assim e as pessoas se despreocuparam com a prevenção do uso do preservativo (camisinha), enfim um grande número neste momento de mulheres começaram a desenvolver a doença, mulheres estas de parceiros fixos, donas de casa, senhoras distintas que jamais havia olhado se quer para outro homem, e esses homens começaram a trazer a doença para os seus lares e assim que a doença se “feminilizou-se”.

Gráfico 6: Número absoluto de casos de AIDS e percentual por faixa etária em adultos, residentes no Município do Rio de Janeiro. Períodos selecionados 1982 a 2003.



Fonte: S/SSC/CDT/GDT-SINAMW – (Dados sujeitos à revisão, até 16/11/2004).

No gráfico 6: Todas as faixas etárias apresentam uma tendência de aumento, porém, em números absolutos, os casos se concentram nas faixas de indivíduos em idade reprodutiva, entre 20 e 39 anos.

Hoje no Brasil há o maior controle dos bancos de sangue, intensificação do teste em gestantes, campanhas contra a Redução de Danos, HSH (Homens que fazem sexos com homens), Prostitutas, hemofílicos, transfusão de sangue. Nos dias atuais houve uma grande redução de crianças infectadas pelo vírus HIV de mães soropositivas, esse é um grande avanço que as mulheres conquistaram, pois estas crianças já nasciam condenadas, sem se quer ter tido o direito de escolha.

Por isso a luta ainda é maior, em defesa de um sistema público de saúde de qualidade e acessível a todos que tenham recursos e financiamentos suficientes para a continuidade na distribuição gratuita dos medicamentos e dos preservativos para toda população, não somente os de baixa renda, mas sim para todos, pois saúde é direito de todos sem distinção e discriminação.

É imperativo fazer avançar o controle social, e que as políticas públicas ampliam a aliança com outros setores organizados da sociedade, lutando através de pesquisas para conseguirmos a cura, ou de vacinas, contra a quebra de patentes e pelo acesso universal.

A AIDS continua sendo uma urgência humanitária que exige medidas imediatas e respostas excepcionais, muito mais competentes do que as que estão sendo tomada.

*“A AIDS é mais do que um problema de saúde é um assunto para todos nós cidadãos, porque diz respeito a tudo que consideramos certo ou errado, diz respeito às nossas crenças, valores, idéias, enfim, diz respeito ao direito, à vida civil, sexual, afetiva e condições de trabalho de todos nós, mesmo que nos obriguemos a repensar nossa postura enquanto pessoa e cidadão”.*⁴

⁴ Giovana Delvan S. Davi, 1996

1.4 - A nova visão do conceito de saúde

“Na América Latina, desde o século XVIII, pesquisadores, políticos e reformadores realizaram diversos estudos sobre as condições de vida e saúde, visando dimensionar o social e compreender suas interfaces e correlações com o processo de saúde e doenças. No entanto, somente nos últimos 30 anos surge um esforço mais sistemático no sentido de ampliar o conceito de saúde e construir novos rumos para a intervenção pública...”⁵

De acordo com a questão do gênero devido a condições que as mulheres de comunidades empobrecidas se encontram e com o preconceito e discriminações sociais existentes é necessário reconhecer e levar em conta a forma pela qual as relações de gênero estão sendo tratadas e a noção de Vulnerabilidade retira a prevenção do nível apenas individual e a remete à complexidade cultural, social e política onde a pessoa se encontra; vários autores conceituam vulnerabilidade como risco social de indivíduos ou grupos.

Ao contrário do que muita gente pensa as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), são doenças graves que podem causar disfunções sexuais, esterilidade, aborto, nascimento de bebês prematuro com problemas de saúde, deficiência física ou mental, alguns tipos de câncer e até a morte.

Uma pessoa com DST tem mais chance de pegar outras DSTs e inclusive a AIDS.

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) ocorrem no Brasil cerca de 12 milhões de DST ao ano. Como a notificação dos casos de DST não é compulsória e como cerca de 70% das pessoas com alguma doença sexualmente transmissível buscam tratamento em farmácias, o número de casos notificados fica muito abaixo da estimativa da OMS, cerca de 200 mil casos surgem ao ano.⁶

A vulnerabilidade aplica-se a essa população feminina com pouca ou nenhuma capacidade para identificar e decidir sobre as suas situações de risco e também as pessoas infectadas ou doentes que pouco tem acesso a serviços de saúde os recursos sociais.

No Brasil, em relação as DST/AIDS, a mulher de Comunidades empobrecida é um grupo vulnerável. Sabemos que o direito à saúde é para todos, mas também sabemos que, socialmente, este direito é diferentemente compartilhado. Em termo de normatização, a implementação, na prática, é diferenciada em alguns Estados Brasileiros, principalmente no Rio de Janeiro onde, às vezes o acesso torna-se difícil devido ao fato de ser um centro urbano que atende a várias demandas, não só do Município do Rio de Janeiro, como de demais outros Municípios.

⁵ Por **Rosane Magalhães**, pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, **Vitória Vellozo**, sanitarista da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e **Betina Durovni**, Coordenadora do Programa de Doenças Transmissíveis da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

⁶ (DST no Brasil – Dados e Pesquisas – Ministério da Saúde – publicados de 1987 a 1997– <http://www.aids.gov.br/final/dados/dst/htm>)

A sobrevivência dos pacientes com Aids que, em 1995, era de 18 meses após o diagnóstico, aumentou para os adultos e em menores de 13 anos, com a introdução da terapia anti-retroviral e sua distribuição gratuita para toda a rede do SUS a partir de 1996. (PN-DST/AIDS, 2005)

“A presente publicação da Lei Orgânica da Assistência Social – Lei nº 8742/1993 - e da legislação que regulamenta seus aspectos essenciais, tradução real dos artigos 203 e 204 da Constituição Federal, pretende marcar uma nova etapa na construção da Política de Assistência Social no País. É apresentada no momento crucial de configuração das novas bases de gestão para essa especial política de proteção social.

*O Sistema Único de Assistência Social – SUAS, que amplia e redesenha o atual sistema descentralizado e participativo da Assistência Social como política de proteção social configura-se como uma nova situação para o Brasil. Ela significa garantir direitos a todos, que dela necessitam, e sem contribuição prévia a provisão dessa proteção”.*⁷

Para que possamos estabelecer uma relação com os usuários como cidadão de direitos faz-se necessário considerar a relação orgânica do direito à saúde com os demais direitos sociais garantidos constitucionalmente e com o direito ao controle.

*“A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.*⁸

Esse conceito fundamenta-se na idéia de uma vigilância de agravos à saúde baseada na compreensão dos problemas das classes populares e das iniciativas realizadas para enfrentá-los, uma concepção que amplia a visão tradicional de vigilância. Essa discussão torna-se importante diante do adoecimento e sofrimento difuso da população e das dificuldades do acesso e resolutividade dos serviços públicos.

Parto do pressuposto de que os serviços de saúde não estão estruturados para lidar com as queixas crescentes de “sofrimento difuso” e “sentimento de vida contrariado”, que se expressam angústia, ansiedade, medo, estresse, insônia, dores generalizadas e que a situação de precariedade e pobreza que vive grande parte da população ultrapassando os limites da medicina.

A Saúde, a Previdência e Assistência Social, desde 1988, como direitos sociais, integram a Seguridade Social que compreende um conjunto integrado de ações iniciativas dos Poderes Públicos e da

⁷ Política Nacional de Assistência Social. Brasília, novembro de 2004.

⁸ (Constituição Federal, 1988 – artigo 196).

sociedade – Título VIII- Da Ordem Social – Constituição Federal, 1988. O direito à saúde está regulamentado na Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº. 8.080, de setembro de 1990; na Lei nº 8.142/1990 – que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre a transferência de recursos ente as diferentes instâncias de governo; nas Normas Operacionais Básicas (NOBs) de 1993 3 1996; na Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOS-SUS, 01/2001. Integra ainda a legislação da saúde, as Constituições Estaduais, as Leis Orgânicas dos Municípios, os Princípios e as Diretrizes para a NOB de Recursos Humanos – NOB/RH-SUS – de dezembro de 2000.

Essa Lei, a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (LOS, Art3).

Portanto, 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 assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (LOS, Art.2)

O Sistema Único de Saúde (SUS) é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas, nas diferentes instâncias de governo, podendo a iniciativa privada participar em caráter complementar. Dentre os princípios (LOS, Art. 7º) das ações e serviços públicos de saúde e dos serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, destaca-se a universalidade de acesso em todos os níveis de assistência e a participação da comunidade, através dos Conselhos nas suas diferentes instâncias.

Além desses princípios, temos: a integralidade da assistência; a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; a igualdade de assistência; o direito à informação sobre sua saúde; a divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e à sua utilização pelo usuário; a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; a alocação de recursos e a orientação programática; a descentralização político-administrativo, com direção única em cada esfera de governo (descentralização, regionalização e hierarquização); a integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; a conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos das três instâncias de governo na prestação de serviços de assistência à saúde da população; a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Assim, a atuação dos assistentes sociais no campo da saúde não está restrita à ocupação dos espaços no âmbito do sistema - unidades, programas e serviços de saúde -, mas abrange todas as áreas relacionadas à vida.

Os Assistentes Sociais na área da saúde são compromissados com a democracia, a liberdade e a justiça social e tendo como referência os interesses e necessidades dos diferentes segmentos da classe trabalhadora.

Cabe aos Assistentes Sociais, na busca de assegurar o direito à saúde, contribuir prioritariamente: - com levantamentos, estudos e pesquisa que identifiquem e explicitem os fatores condicionantes e determinantes da saúde junto às chefias de serviço, às direções de unidades nos diferentes níveis de atenção, aos gestores e, principalmente, junto aos Conselhos de política e de direitos nas suas diferentes instâncias: municipal, estadual e federal.

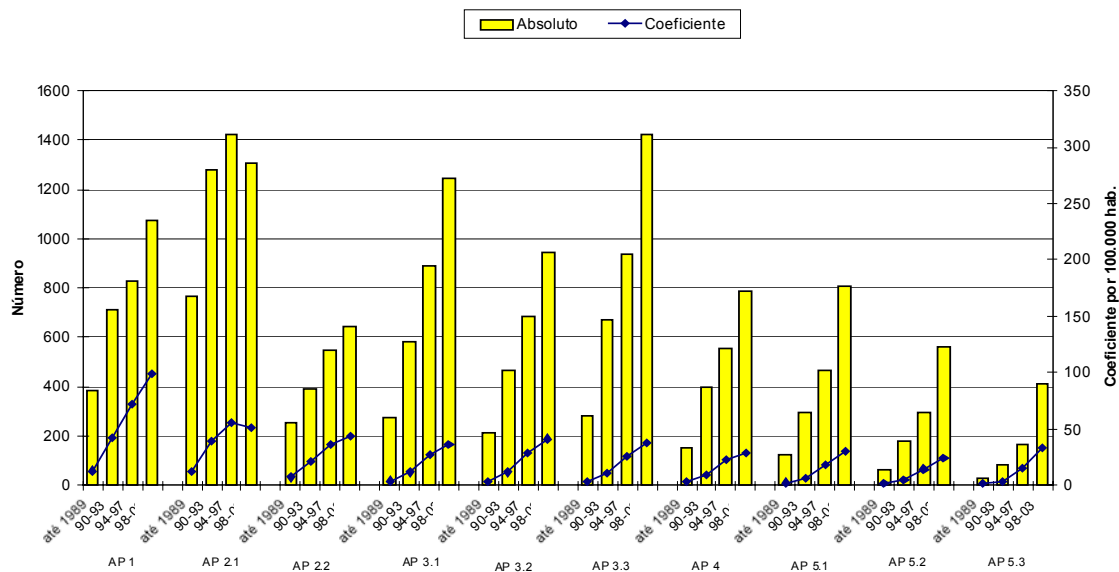
Contribuindo nas estratégias de elaboração da Política de Saúde e Assistência; priorizem a promoção e a proteção sem prejuízo das ações assistenciais, o que envolve, a partir das características de cada espaço de trabalho, a democratização de informações e o debate, nas suas relações e conexões, das ações e serviços necessários.

Na efetivação do direito da comunidade em participar na elaboração, implementação e fiscalização das políticas sociais - o controle social -, (sempre considerando as diferentes instâncias do governo: municipal, estadual e federal) através: da criação de espaços que contribuam para facilitar, viabilizar e organizar a participação dos sujeitos sociais nos conselhos de política e de direitos e nas Conferências municipal, estadual e nacional; da participação direta nos conselhos e Conferências; da criação de espaços de capacitação de conselheiros facilitando a articulação entre representantes de usuários e profissionais; da organização da representação dos profissionais e usuários nos Conselhos e Conferências; do incentivo, implantação ou rearticulação de Conselhos Gestores de Unidade, mesmo que de caráter consultivos e dos Conselhos da Seguridade Social, nunca implementados.

É nesse sentido que o Serviço Social, na área da saúde, atua para além do sofrimento físico e psíquico, explicitando e enfrentando as diferentes expressões da questão social que determinam os níveis de saúde da população, através de ações que priorizem o controle social, a prevenção de doenças, danos, agravos e riscos, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde facilitando e contribuindo para a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Os fatores determinantes e condicionantes da saúde, indicados na própria legislação, mostram que a proposta de Seguridade Social brasileira é tímida se almejam condições de vida e de trabalho dignos aos diferentes segmentos da classe trabalhadora brasileira. Ademais, a regulamentação da lei vem impondo perdas cumulativas à Seguridade Social. Assim, ainda que a lei possa ser referência na busca de assegurar o direito à saúde, a atuação profissional não pode se restringir a ela na busca do que é necessário ao direito à vida.

Gráfico 7 Número Absoluto de Casos e Coeficientes de Incidência de Aids em adultos, residentes do Município do Rio de Janeiro, por AP de Residência - Períodos selecionados - 1982 a 2003



Fonte: S/SSC/CDT/GDT-SINAMW – (Dados sujeitos à revisão, até 16/11/2004)

O gráfico7: Demonstra a expansão dos casos de Aids para todas as áreas da cidade ocorreu progressivamente ao longo dos 15 anos, da zona portuária (AP 1) e Sul (AP2.1) para os subúrbios (AP 2.2, 3.1,3.2 e 3.3) e zona oeste da cidade (AP 4, AP5.1, AP 5.2 e AP 5.3), onde estão localizadas as populações mais desfavorecidas social e economicamente.

Os bairros carentes das principais regiões do país sintetizam e concentram os mais graves problemas, se o poder público nunca olhou para a periferia, o crime organizado fez dela o seu quartel-general, hoje bastante consolidado.

A cidade é partida, mas não ao meio. São múltiplas as fronteiras socioeconômicas do Rio de Janeiro, essa visão mais focada da cidade, proporcionada pela produção do índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Rio de Janeiro, é especialmente reveladora por mostrar desigualdades do território suburbano, o bairro mais pobre do Rio de Janeiro – menor índice de Desenvolvimento Humano ACARI, segundo estudo do programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) – O IDH mede a qualidade de vida usando dados de renda, saúde e educação.

Diante do alto grau de pobreza existente, mulheres e jovens vivem refém do tráfico, pesado existente nas Comunidades.

O IDH de Acari é por excelência, o elenco de indicadores de desenvolvimento atualmente utilizado, que serve para determinações de critérios de prioridades das ações de intervenção das políticas públicas.

A Prefeitura do Rio de Janeiro tem um pólo de vigilância contra a exclusão social em Acari, o CEMASI Hospital de Acari (que no momento funciona no CIEP Mestre Candeia) da área está investindo em projetos sociais para amenizar as carências, dando continuidade às ações de inclusão social na comunidade e essa iniciativa esta sendo executada por profissionais da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro e, entre outras ações, implantando na localidade um Programa de Erradicação do Trabalho Infantil e acompanhar as famílias carentes.

A falta de informação faz com que cada vez mais aumentem os casos de DST/AIDS, uma grande preocupação no que levam estas mulheres a estarem se

contaminando pelas doenças sexualmente transmissíveis e algumas estarem contaminadas com o HIV/AIDS.

A avaliação das ações de promoção da saúde em contextos de pobreza e vulnerabilidade social, que esta comunidade enfrenta vai muito além do que possamos imaginar, pois além de enfrentarem a miséria, a desigualdade social, baixa escolaridade, pouco acesso ou quase nenhum aos bens de consumo, enfrentam também o poder paralelo do tráfico, pois são sujeitos deste contexto social, vivem de benefícios sociais, não conseguindo se libertar dessa condição.

“Os métodos e teorias da ciência social não estão sendo produzidos por computadores, mas por homens e mulheres, e, sobretudo por homens e mulheres que trabalham não em laboratórios, mas no mesmo meio social a que se aplicam os métodos e se transformam as teorias. É isso que confere a empreitada como um todo os eu caráter especial. A maior parte das pesquisas em ciências sociais envolve contatos diretos, íntimos e mais ou menos perturbadores com os detalhes imediatos da vida contemporânea, contatos de um tipo que dificilmente pode deixar de afetar a sensibilidade das pessoas que os realizam”. (Geertz, 2001;31)

Em Acari a pobreza e a desigualdade social formam um dos traços estruturais mais perversos da sociedade brasileira, não se restringindo às áreas de risco, mais sim da precariedade e exclusão, como quase em todas as favelas cariocas, abrigando uma extensa população em condições de pobreza e miséria, esses espaços concentram os principais problemas relacionados à insuficiência, precariedade e ausência de serviços públicos em áreas tais como, educação, saúde, infra-estrutura urbana, cultura, lazer e segurança pública. Com graves problemas habitacionais e ambientais, essas áreas constituem um enorme desafio à administração pública.

O conceito de Desenvolvimento Humano Sustentável, elaborado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), sinaliza para uma nova estratégia de combate à pobreza e enfrentamento dos problemas sociais.

Em outras palavras, é possível dizer que à assistência social compete processar a distribuição das demais políticas sociais e também avançar no reconhecimento dos direitos sociais dos excluídos brasileiros.

Assim, a LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social) inova ao conferir à assistência social o status de política pública, direito do cidadão e dever do Estado. Inova também pela garantia da universalização dos direitos sociais e por introduzir o conceito dos mínimos sociais.

É um novo posicionamento. É discutir, sobretudo, eticamente, o que precisamos fazer no campo dos direitos sociais e da cidadania. Ultrapassar a discussão de que a Lei Orgânica da Assistência Social é uma lei dos pobres ou que propõem um conjunto de benefícios que envolvem a organização do Estado e medidas administrativas.

Até porque, a pobreza e a miséria não se resolvem com um conjunto de benefícios. A situação da pobreza somente poderá ser alterada quando houver vontade política efetiva do governo e da sociedade no sentido de melhor trabalho, salário, condições de vida e, efetivamente, na distribuição da renda.

É preciso, então, construir uma ética de defesa dos mínimos sociais necessários à vida digna de cada cidadão brasileiro.

A política de assistência social para ganhar níveis de efetividade desejável e urgente, precisa ser descentralizada. E é assim que está prevista na LOAS.

A descentralização consiste em uma efetiva partilha de poder entre o governo e as coletividades locais. Implica a autogestão local.

Capítulo 2 - O papel do assistente social nos equipamentos da secretaria municipal de assistência social (smas) do rio de janeiro garantindo o direito a saúde

As questões sociais devem ser levadas em conta sendo de suma importância um atendimento à população em situação de vulnerabilidade social.

Pois há uma necessidade de questionamentos para que sejam respondidos, a desigualdade social, a exclusão, a violência, os maus-tratos, o analfabetismo, o trabalho infante-juvenil, violência doméstica, o direito a saúde em toda a sua dimensão e outras questões.

Convive principalmente com uma população que desconhecem seu direito garantido na saúde é um enorme desafio, apesar de ser um direito que está assegurado na Constituição Federal de 1988, o Assistente Social devem está levantando a todo instante essas questões para o fortalecimento do compromisso ético político, “a garantia do direito” é a nossa grande missão.

O Serviço Social deve pensar em todas as possibilidades para que as políticas sociais visem precisamente à integração social dos indivíduos com desvantagens em relação aos outros, ou seja, indivíduos que vivem abaixo do nível de pobreza absoluta e também de todos os outros que apesar de não se encontrarem em tão grande fase de exclusão, correm sérios riscos de nela ingressar, como famílias com baixos rendimentos, desempregados com baixas escolaridades e qualificações.

A atuação dos Assistentes Sociais deve ser voltada para a orientação, implementando diretrizes para o fortalecimento de políticas públicas, não está restrita à ocupação dos espaços no âmbito do sistema Sociais da SMAS/RJ, mas abranger todas as áreas relacionadas à vida.

Priorizando a promoção e a proteção sem prejuízo das ações assistenciais, envolvendo características de cada espaço de trabalho, a democratização de informações e o debate, nas suas relações e conexões, das ações e serviços necessários relacionados à saúde, educação, habitação, segurança, lazer, enfim em todos os direitos necessários para seus usuários.

É nesse sentido que o Serviço Social atua nos equipamentos sociais da SMAS/RJ, para ir além dos sofrimentos físicos e psíquicos, explicitando e enfrentando as diferentes ações da questão social, levando-os a promoção, a proteção e a recuperação da saúde facilitando e contribuindo para a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Assim, ainda que a lei possa ser referência na busca de assegurar o direito, a atuação do Serviço Social não pode se restringir a ela na busca do que é necessário ao direito à vida, devendo ser respeitado o direito de Cidadão de Direito.

...Um paciente não se reduz a uma lesão que nesse momento lhe provoca sofrimento. Tampouco não se reduz a um corpo com possíveis lesões ainda silenciosas, escondidas à espera de um olhar astuto que as descubra... (Os Sentidos da Integralidade: Ruben Araújo de Mattos).

O Assistente Social visa buscar a garantia do direito desses usuários que estão em condição de risco, buscando orientar suas práticas pelo princípio da integralidade busca sistematicamente escapar aos reducionismos.

A organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade busca-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos, e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades. As necessidades de serviços assistenciais de uma população não se reduzem às necessidades de atendimento oportuno de seus sofrimentos. Como também não se reduzem às necessidades de informações e de intervenções potencialmente capazes de evitar um sofrimento futuro. As necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina como a epidemiologia, ou como a clínica. Novamente, o princípio da integralidade implica superar reducionismos.

Também nas políticas, é à busca de uma visão mais abrangente daqueles que serão os "alvos" das políticas de saúde que configura a integralidade numa de suas acepções. Em outra, é a recusa em aceitar um recorte do problema que o reduza a uma ou algumas de suas dimensões, desconsiderando as demais. As respostas aos problemas de saúde devem abarcar as suas mais diversas dimensões. Oferecendo respostas aos diversos grupos atingidos pelo problema em foco.

O Assistente Social sendo um profissional que é o garantidor de Direitos esta sempre buscando tornar efetivo a esse direito dos nossos usuários, só assim realmente atingiremos os propósitos, a luta pela construção de um sistema de saúde que realmente funcione é um sonho possível.

O SUS hoje é uma realidade. O acesso aos serviços e ações de saúde ampliou-se e vem atingindo gradualmente a esse processo político, envolve um direcionamento a seguir pelos atores envolvidos diretamente, a fim de ser implementadas propostas que visam diretamente a modificar o modo de organização dos serviços e das práticas assistenciais.

O Serviço Social nas Unidades de Saúde e os que estão vinculados a toda Rede Assistencial tem a perspectiva do acesso e da garantia do direito tão almejado, pois saúde é um direito que ninguém pode nos remeter a condições indignas, com o advento da Aids uma doença sexualmente transmissível que ainda não foi descoberta a cura vem trazendo questionamento desses direitos.

“(...No Brasil, talvez seja a resposta governamental à AIDS a que mais se aproxima do princípio da integralidade nesse último sentido (o de abarcar tanto a perspectiva preventiva quanto à perspectiva assistencial). A resposta governamental brasileira destoou de uma série de recomendações emanadas de agências internacionais, como o Banco Mundial, sobre as políticas frente à AIDS. Em geral, tais recomendações defendiam que os governos deveriam se empenhar na oferta das intervenções preventivas, consideradas altamente eficazes em termo de custo, deixando de financiar ou prover algumas intervenções como o uso de anti-retrovirais. A resposta brasileira,

entretanto, norteou-se pelo princípio da integralidade, de modo que o governo assumiu a responsabilidade de distribuir gratuitamente os anti-retrovirais aos pacientes com a doença, sem descuidar das práticas preventivas)⁹.

O presente estudo objetiva evidenciar a compatibilidade entre as ações desenvolvidas pelo Serviço Social nos diversos eixos de intervenção e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, identificando em que medida as ações profissionais dos Assistentes Sociais contribuem para a efetivação do sistema. Neste sentido, o trabalho procurou contribuir para a discussão dos processos de trabalho na área da saúde, em especial, na atenção básica, evidenciando a garantia do direito à saúde.

A reflexão sobre as ações profissionais desenvolvidas pelo Serviço Social e a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS vêm em decorrência da importância deste profissional no processo de efetivação do sistema e do desenvolvimento do seu trabalho no âmbito da saúde pública em seus diversos níveis de atenção, em especial, no âmbito da atenção básica de saúde.

2.1 - O redimensionamento do trabalho do assistente social

Nas duas últimas décadas, o Serviço Social, como profissão, materializou novas conquistas teórico-práticas e ético políticas rompendo com as fundamentações tradicionais e conservadoras, reafirmando um novo perfil que substituiu o perfil predominante histórico do assistente social que implementa e executa, de forma terminal, as políticas sociais e que atua diretamente com a população usuária por um profissional competente teórica, técnica e politicamente (Sarmiento, 2000).

A crítica às velhas concepções tradicionais e conservadoras levou o Serviço Social a construir e consolidar uma outra concepção que considera os elementos contextuais exteriores à prática profissional, vinculada aos seus papéis sócio-ocupacionais, que estão determinados pelas contradições histórico-sociais.

O elemento privilegiado nessa nova concepção, segundo lamamoto (1999a), é a compreensão da emergência do Serviço Social como profissão resultante das relações sociais, em particular o conjunto de relações de classe na sociedade capitalista. Também, segundo Sarmiento (2000), o Serviço Social passa a ser visto como profissão, como uma atividade prática mediadora no seio da prática social, no conjunto dos mecanismos constitutivos de um projeto de controle social de bases políticas e sociais definidas. lamamoto (1999a) aponta como um dos maiores desafios, ao profissional de Serviço Social, o desenvolvimento de sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas criativas e capazes de preservar e efetivar direitos a partir de demandas emergentes do cotidiano.

Para tanto se exige hoje um trabalhador qualificado na esfera da execução, mas também na formação e gestão de políticas sociais, públicas e empresariais: um profissional propositivo, com sólida formação ética, capaz de contribuir no esclarecimento dos direitos sociais e dos meios de exercê-los, dotado de uma ampla bagagem de informação, permanentemente atualizada, para se situar em um mundo globalizado (lamamoto, 1999a, p. 113).

O conjunto de novas configurações e demandas para a atuação dos assistentes sociais requer a ruptura com as atividades rotineiras e burocráticas que reduz o

⁹ Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendido - Ruben Araújo de Mattos

trabalho ao cumprimento de atividades preestabelecidas. “O exercício da *profissão* envolve a ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, defender o seu campo, suas qualificações e funções profissionais” (Iamamoto, 1999a, p. 113).

Considerando que o exercício profissional do assistente social se dá principalmente no âmbito das relações entre o Estado e a sociedade civil, no marco de uma sociedade de classes, e que este vende sua força de trabalho especializada para entidades empregadoras, não somente o Estado, mas também para empresas privadas, entidades filantrópicas e outras organizações, exige-se que este profissional vá além das rotinas institucionais e que busque, a partir do movimento da realidade, detectar tendências e possibilidades de produzir serviços sociais que atendam as necessidades da população (Iamamoto, 1999a).

A partir do seu trabalho e de suas ações, ele incide nas condições materiais e sociais daqueles cuja sobrevivência depende do trabalho, ou seja, a ação profissional do Assistente Social tem um efeito no processo de reprodução da força de trabalho através da prestação de serviços sociais em diversas áreas como saúde, habitação, educação e outras. Mas as ações do Serviço Social possuem ainda um caráter, que não é material, que se caracteriza como social, pois é um profissional que influencia o campo dos valores, dos comportamentos, da cultura, interferindo na realidade cotidiana dos sujeitos. O Serviço Social é uma profissão com ações comprometidas com os interesses da população trabalhadora nos seus mais diversos segmentos, preservando e fomentando os ganhos obtidos na constante busca de uma sociedade com menos desigualdades sociais, mais igualitárias e democráticas (Iamamoto, 1999a).

Neste sentido tem muito a contribuir, através de sua intervenção profissional, com a consolidação do direito à saúde, preconizado no movimento de Reforma Sanitária e, principalmente, para a garantia dos princípios e diretrizes do SUS.

A consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e, conseqüentemente, do direito à saúde em si, de forma universal e integral, implica uma visão de totalidade do sistema, principalmente, mas não só, dos profissionais da área. As ações e serviços de saúde não podem ser vistas de forma isolada; prevêm intervenções profissionais em todos os níveis do sistema e que estejam em contínua comunicação, ou seja, que efetivem o canal de referência e contra-referência para que possam ser atendidas as reais demandas de saúde da população.

Essa visão ampliada, de totalidade do sistema de saúde, por parte dos profissionais, torna-se importante e necessária, principalmente, a partir da consolidação do conceito de saúde estabelecido pela VIII Conferência Nacional de Saúde, onde passam a ser determinantes e *ingredientes sociais* do processo saúde/doença, as condições de habitação, educação, lazer, transporte, trabalho e outras áreas da vida humana.

Nesse sentido, o assistente social, inserido na área da saúde, tem a contribuir na direção da objetivação dos direitos sociais e na construção de novos sujeitos coletivos que realizem seus direitos. Também no trabalho com os usuários como sujeitos de direito, contribui para o acesso à saúde como direito social. Este trabalho, no entanto, exige do assistente social a capacidade de “captar o que há de social, relacionando a questão da saúde, para além da dor, do sofrimento, da informação pontual para resolver problemas emergenciais, [...] mínimos para a sobrevivência” (Vasconcelos, 2002, p. 450), explicitando que a ausência de trabalho, educação, saneamento básico, habitação e alimentação adequada, cultura e lazer no cotidiano significam ausência de saúde.

Cabe ao Serviço Social na área da saúde, tematizar, publicizar e ampliar o direito à saúde, possibilitando a busca da mesma e atenção a ela pelo paciente/usuário do serviço público, mediadas pelo direito à oferta de serviços que a própria população desconhece, pelo direito ao saneamento, pelo direito às condições de trabalho, às condições e estilos de vida (cultura), à educação em saúde, como direitos sociais e obrigação do Estado (Vasconcelos, 2002, p. 443).

Cabe também ao assistente social colocar os reais interesses e necessidades dos usuários dos serviços de saúde no centro da discussão, principalmente, por ser um profissional que tem o contato com as perspectivas do cotidiano dos usuários e por ser mediador entre estes e a instituição. Tem como dever ético e político defender que suas demandas sejam atendidas pelo sistema, que os serviços de saúde as considerem como prioritárias. Em outros termos, avançar na direção dos interesses e necessidades dos usuários exige do assistente social, mediar à discussão do que está sendo vivenciado pela população, como por exemplo, a qualidade, os critérios e as exigências para o acesso às ações, serviços e rotinas de saúde, com o que está assegurado formalmente.

A busca pela garantia da qualidade na prestação dos serviços de saúde, na perspectiva de assistência universal e integral à população, pressupõe ainda que o assistente social, conforme o assegurado pela Lei de Regulamentação da Profissão e pelo Código de Ética Profissional potencialize a participação social, a organização e capacitação direta ou indireta dos usuários nos Conselhos de Saúde. E sua participação como profissional, atuando no âmbito dos Conselhos de Saúde, contribuindo ao socializar informações que subsidiem a formulação/gestão de políticas e o acesso a direitos sociais; ao viabilizarem o uso de recursos legais em prol dos interesses da sociedade civil organizada; interferem na gestão e avaliação daquelas políticas, ampliando o acesso à informação a indivíduos sociais para que possam lutar e interferir nos rumos da vida em sociedade (Iamamoto, 1999, p. 69).

No entanto, para que a contribuição do assistente social faça avançar a esfera pública e a participação da sociedade civil organizada no controle social do Estado, é preciso que os profissionais estejam qualificados, tanto do ponto de vista teórico-técnico como ético-político.

Segundo Raichelis (2000, p. 68), para tanto é fundamental a atuação do Serviço Social em dupla ação: 1) impulsionar o movimento que se organiza em torno da defesa das políticas sociais, propondo novas estratégias para o enfrentamento das demandas sociais conjunturais; 2) colaborar para a sistematização das experiências e para o adensamento da produção teórica no âmbito das políticas sociais, articulados à análise das tendências macrossocietárias que iluminam estrategicamente os rumos a serem perseguidos.

Esse contexto exige do profissional de Serviço Social sua participação e inserção nos processos de trabalho desenvolvidos no âmbito do SUS, em todos os níveis de atendimento e na composição das equipes dos serviços públicos de saúde, com o objetivo maior de consolidar a garantia do direito à saúde. Segundo Costa, as principais demandas do Serviço Social dentro do SUS advêm das contradições presentes no processo de racionalização/reorganização do sistema, ou seja, “as necessidades da população confrontam-se com o conteúdo e a forma de organização desses serviços” (2000, p. 41). Ao atender as necessidades imediatas e mediatas da população, o serviço social na saúde, incide sobre as principais contradições do sistema.

Nesse sentido, não somente o contexto de redimensionamento e modificação do trabalho do assistente social, mas também as tensões existentes entre as ações

tradicionais da saúde e as novas proposições do SUS determinam o âmbito de atuação do Serviço Social. Costa (2000, p. 45-46)¹⁰ define que as atividades prioritárias do Serviço Social, dentro do SUS, concentram-se nos seguintes eixos de inserção do trabalho profissional: (1) *ações de caráter emergencial*; (2) *educação e informação em saúde*; (3) *planejamento e assessoria* e (4) *mobilização da comunidade*.

O assistente social se insere nos processos de trabalho em saúde como um agente de interação ou como um elo entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas setoriais a fim de assegurar os princípios e diretrizes do sistema.

Capítulo 3 – Caminhos metodológicos – caracterização do perfil das mulheres e apresentação dos resultados

No intuito de atender os objetivos desta monografia e para melhor compreensão da temática em questão, algumas etapas metodológicas foram traçadas.

Neste capítulo apresenta-se: a abordagem, o cenário da pesquisa, os sujeitos do estudo, as técnicas utilizadas para coleta de dados e os aspectos éticos da pesquisa.

4.1 – Tipo de estudo

“A Vulnerabilidade às DST/AIDS em mulheres das Comunidades Empobrecidas – Um Direito a Saúde” terá a participação de um universo de 40 mulheres (sendo 20 em cada Comunidade, a qual foi escolhida: Acari e Costa Barros), com idade entre 18 a 60 anos, visto que neste período encontram-se em plena atividade sexual e será desenvolvido através de entrevistas semi-estruturadas.

O tipo de pesquisa a ser adotada será a de natureza descritiva, com abordagem qualitativa. Tal escolha deve-se a natureza e as características do objeto.

Segundo Deslandes (1994, p.21) a pesquisa qualitativa *“se preocupa com nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações”*.

Para Gil (1994, p.45) *“as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”*.

A pesquisa descritiva segundo Leopardi (2001, p.139) *“são estudos caracterizados pela necessidade de se explorar uma situação não conhecida, da qual se tem necessidade de maiores informações”*.

De acordo com Gil (1994, p.45) *“são incluídas nesse grupo as pesquisas que têm por objetivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população”*.

4.2. Local da pesquisa

Foi utilizado como campo de estudo na Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS/RJ) nos CEMASI Francisco Salles e o Cemasi Hospital de Acari, localizado na Coordenação Regional de Assistência Social – CRAS 3.3 - na cidade do Rio de Janeiro, área na qual no período compreendido entre 1998 até 2003 um grande aumento de casos de DST/AIDS registrando taxas de incidências altas, cruzando com

¹⁰ Sobre o detalhamento das ações, ver COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 62, p. 35-72, 2000.

os dados da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2004 – até 31 de dezembro de 2004 foram notificados ao Programa de DST/AIDS da SMS/RJ, 32.163 Casos de AIDS em adultos, destes 26.579 são residentes da cidade do Rio de Janeiro).

O estudo foi realizado na Comunidade de Acari e Costa Barros, bairros da região norte do Município do Rio de Janeiro. O interesse dessa pesquisa para o Serviço Social não é quantificar números de casos e sim qualificar os motivos que levam essas mulheres estarem se contaminando com as DST/AIDS, devido às condições precárias, de miserabilidade e a questão da sua vulnerabilidade social, por questões sociais as quais pertencem e o difícil acesso às unidades de Saúde.

4.3 – Sujeito do estudo

Foram entrevistadas 40 mulheres, que participavam do Projeto Mulher Ação, esse projeto com a finalidade de capacitar, acompanhar e avaliar, para atuarem como Agentes de Vigilantes da Exclusão, identificando a diversidade de situações de exclusão social bem como as demandas para serviços sociais correlatos¹¹, priorizando as famílias com crianças de 0 – 6 anos, buscando junto aos órgãos competentes a solução para os problemas e necessidades percebidas em suas comunidades, bem como fazendo o mapeamento das necessidades das ações sociais onde moram.

Mulheres devidamente escritas no Projeto de acordo com as normas com idade de 18 a 60 anos, com escolaridade mínima de 4ª série do Ensino Fundamental, baixa renda familiar, residentes nas comunidades beneficiadas pelo PROAP II (favela bairro) – Lote 3.

4.4 – Aspectos éticos da pesquisa

A presente pesquisa buscou atender todos os princípios éticos inerentes ao processo de pesquisa de acordo com a Resolução 196/96 que determina as normas regulamentadoras para a execução de pesquisas em seres humanos. A pesquisa foi apreciada pela Comissão de Ética – (CEP) da SMS/RJ, na Rua Afonso Cavalcanti nº 455, 6º andar sala 601, Cidade Nova – Rio de Janeiro e avaliada pelo Comitê de Pesquisas da Escola Carioca de Gestores da SMAS/RJ, sendo aprovado para o desenvolvimento das entrevistas e observação no local da pesquisa.

Para realização de entrevistas foi utilizado um termo de consentimento livre e esclarecido do usuário. Assim, os pesquisados consentiram a realização das entrevistas, de forma reservada, e foram capazes de responder as solicitações do pesquisador, que manteve o nome sob sigilo, utilizando para tal pseudônimo como referência às falas dos pesquisados, referente à análise dos dados.

Os sujeitos da pesquisa foram entrevistados até que houve saturação dos dados tornando-os suficientes para a análise dos achados. Após uma apresentação inicial o entrevistado recebeu todas as informações a cerca da pesquisa, ficando ela ciente dos objetivos do estudo.

Para tal, as entrevistadas estiveram à vontade para responder às questões solicitadas pelo entrevistador, e à vontade de desistir da pesquisa em qualquer momento.

¹¹ Como por exemplo, violência doméstica, dificuldades de acesso e permanência na escola, atendimento deficitário de saúde e saneamento básicos, maus tratos à criança, dentre outros.

4.5 – Coleta de dados

“A coleta foi realizada através de entrevista, sendo esta bastante adequada quando se quer informações sobre o que as pessoas sabem, sentem ou desejam a respeito do que se quer estudar”, sendo definido por GIL (1994, p.113) “como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formulam perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”.

“A entrevista é, portanto, uma forma de interação social”.

A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeito-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. ¹²(LEOPARDI (2001, p.300) ressalta que “dado é toda observação, relação, conjectura, imagem, omissão, objeto, movimento, enfim, tudo aquilo que pode refletir a realidade”.

Para tal foi utilizado um roteiro com perguntas abertas e fechadas e os depoimentos foram transcritos pela pesquisadora, onde Lakatos e Marconi (2001, p. 212) definiram como *“um dos instrumentos essenciais para a investigação social, cujo sistema de coleta de dados consiste em obter informações diretamente do entrevistado”.*

Também foi utilizada a observação direta no campo onde foi realizada esta pesquisa, para Lakatos e Marconi (2001, p.190).

“A observação é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações e utiliza os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade, não consiste apenas em ver e ouvir, mas também em examinar fatos ou fenômenos que desejam estudar”.

4.4 – Caracterização do perfil das mulheres

Essa pesquisa foi feita em duas comunidades carentes da CRAS 3.3 – Acari e Costa Barros, visto que essas mulheres pertencem ao Projeto Mulher Ação uma parceria da SMAS e a Ong CEDOICOM, com gerenciamento dos CEMASIS da área, em Acari o pólo funciona no CIEP Mestre Candeia, o qual estamos aguardando a inauguração do Hospital de Acari para que este Cemasi funcione dentro da Unidade Hospitalar, por esse motivo que tem o nome de CEMASI Hospital de Acari, em Costa Barros a turma que escolhi para executa a pesquisa as reuniões são feita no próprio Cemasi, esse Projeto em toda área da CRAS 3.3 contemplam 400 mulheres, por esse motivo que o número de amostra é somente, 10% deste universo com 40 mulheres, 20 de cada Comunidade.

Para participarem desse Projeto, as mulheres tinham que ter idades compreendidas entre 18 e 60 anos, no mínimo a 4ª série do ensino fundamental, residir na Comunidade, priorizando as que têm filhos na escola.

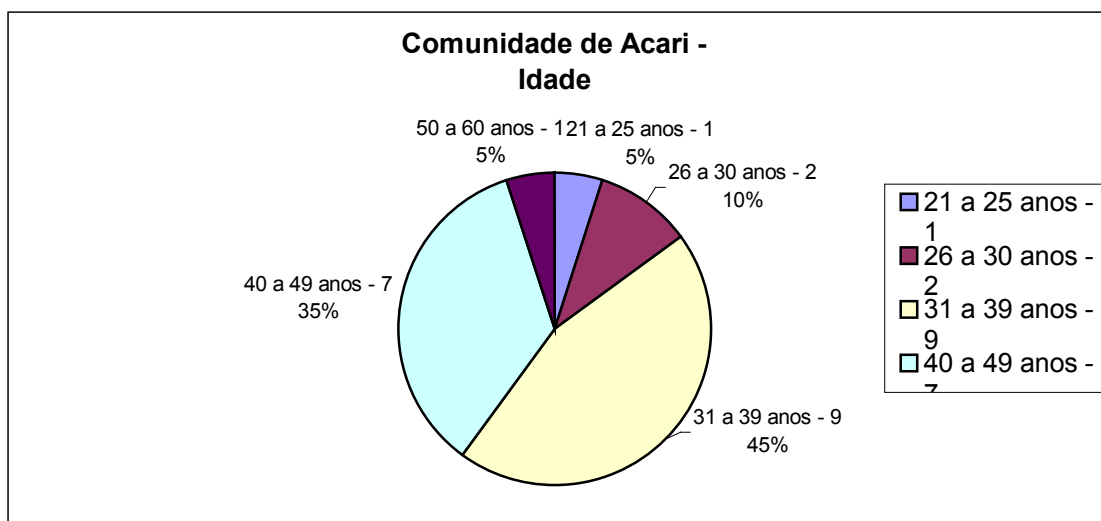
¹² Deslandes, 1994, p.570

As condições em que essas mulheres vivem são totalmente fora da realidade, vivem cercadas pela violência do narcotráfico, algumas com filhos presos, filhos e filhas, irmãos e irmãs envolvidos com o tráfico, filhas adolescentes grávidas, casas de madeiras com telhas de zinco, algumas com construções de alvenaria, mas sem acabamento, pela questão da baixa escolaridade, impossível arrumar trabalhos com carteira assinada, muitas com filhos sem certidão de nascimento, mas o Serviço Social conscientizou-as da necessidade de seus filhos terem certidão e até elas mesmos terem seus documentos a miséria nestas áreas é um fator alarmante.

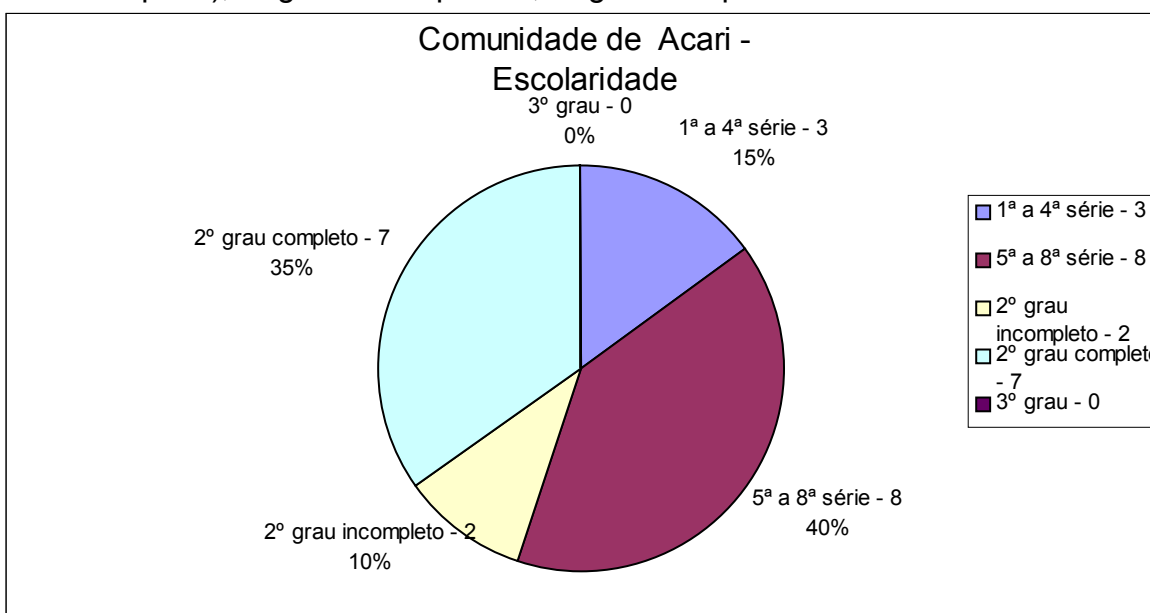
4.5 – Apresentação e análise dos dados

Na Comunidade de Acari participaram da pesquisa 20 mulheres, foram estudadas as seguintes categorias para obtenção dos dados:

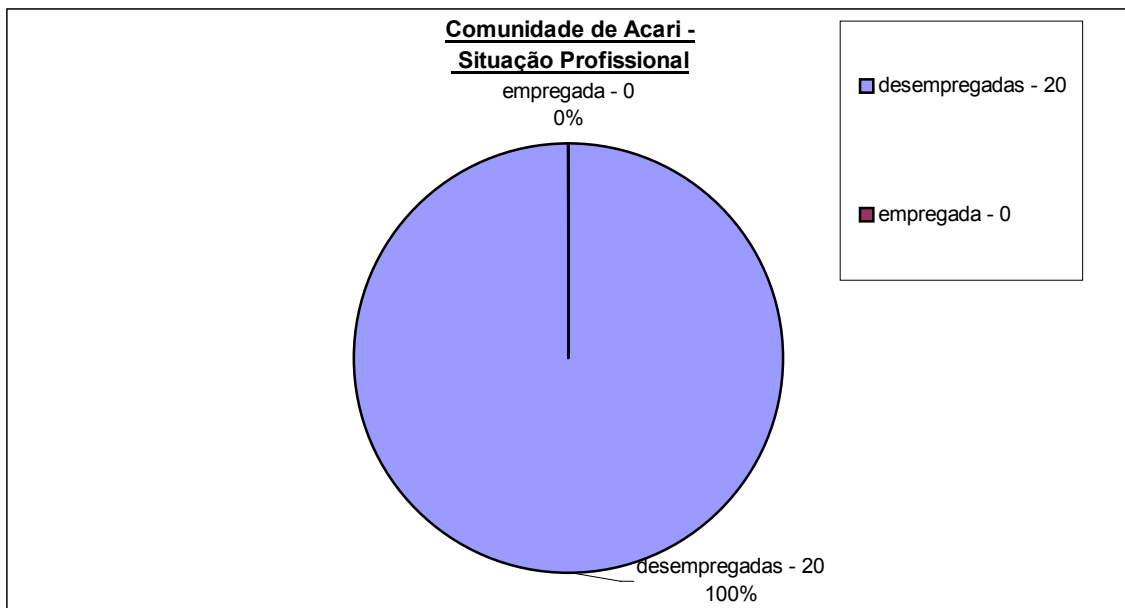
- **Quanto a Idade:** compreendidas entre: 21-25 anos 01; 26-30 anos 02; 31-39 anos 9; 40-49 anos 7; 50-60 anos 1.



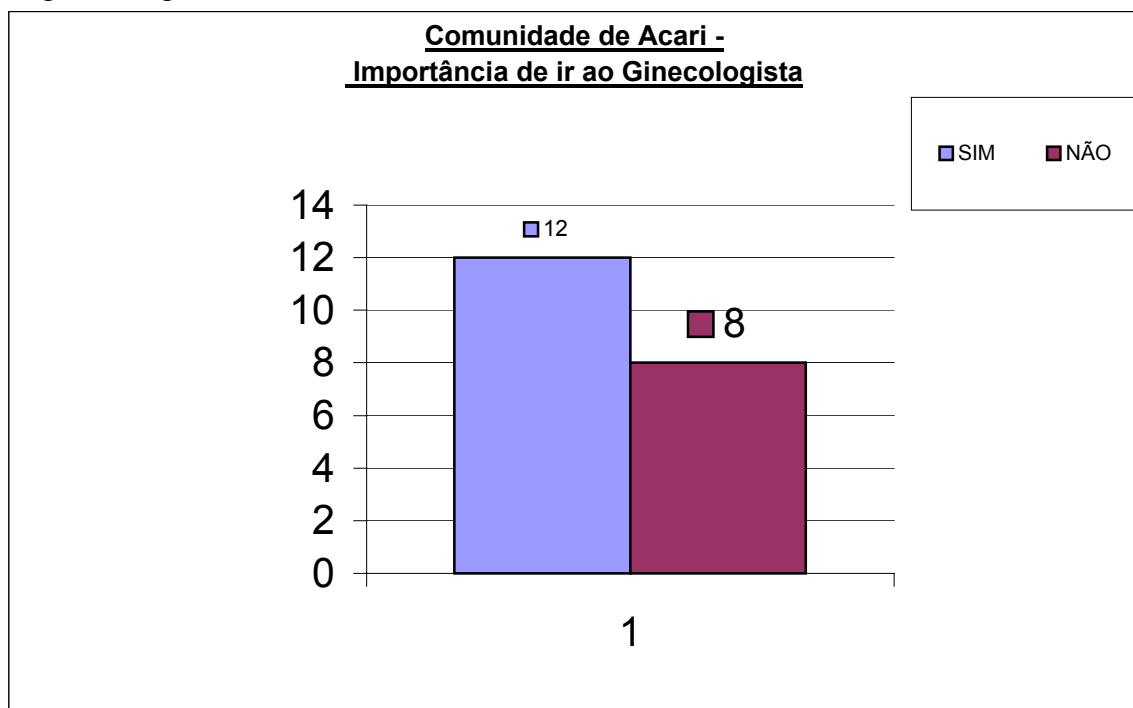
- **Quanto a Escolaridade:** 1ª a 4ª série 3 ; 5ª a 8ª série 8 (fundamental incompleto); 2º grau incompleto 2; 2º grau completo 07.



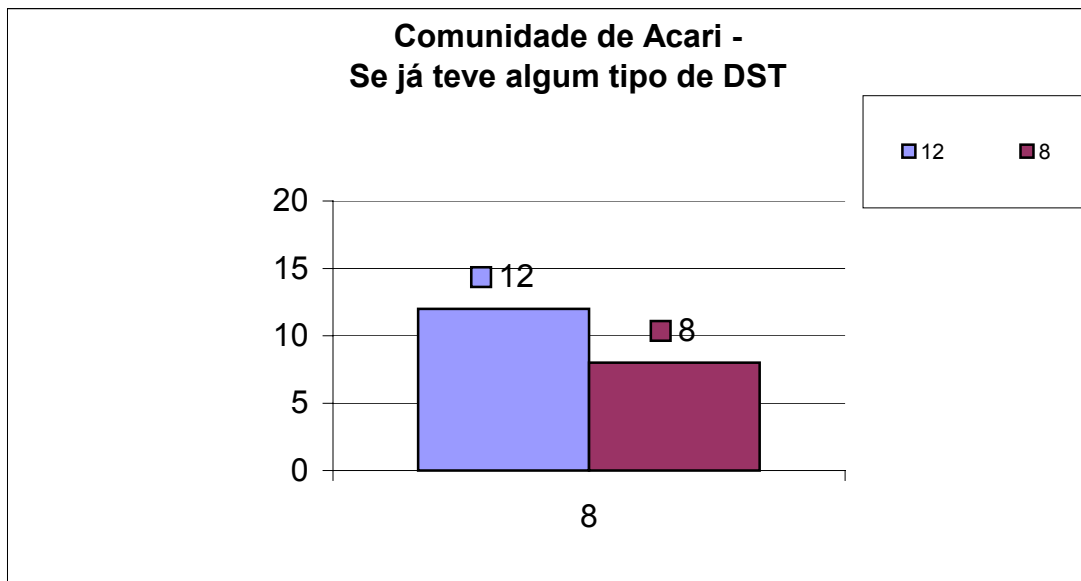
- **Situação Profissional:** todas desempregadas, vivem de benefícios sociais.



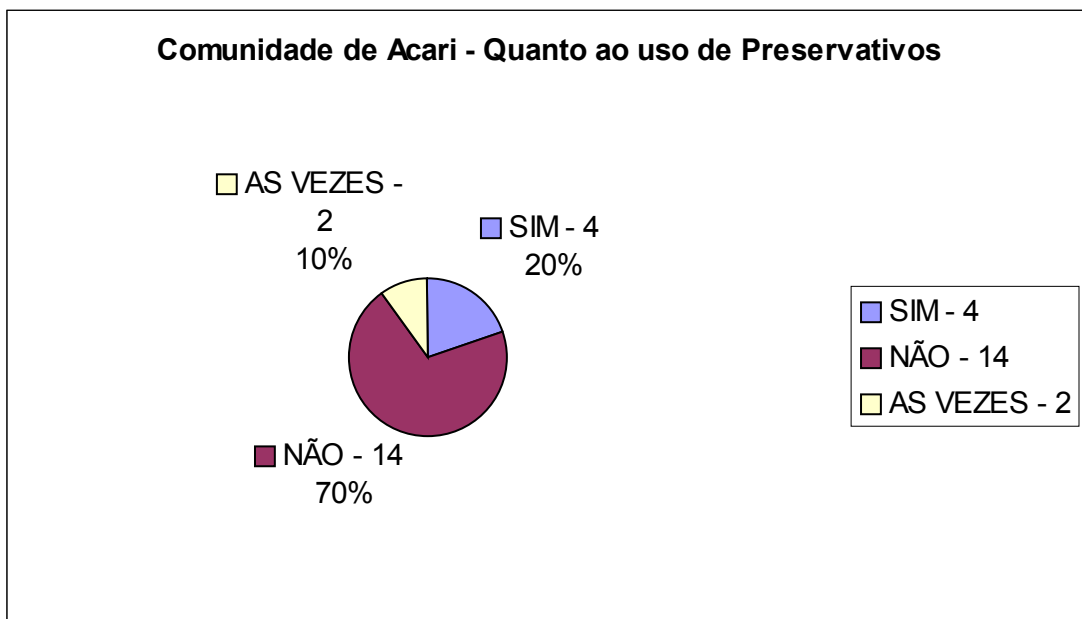
- **Ir ao Ginecologista:** 12 não ia pela dificuldade de conseguir consultas, 5 estão acostumadas a freqüentar e acha necessário; 3 não acho preciso ir ao ginecologista.



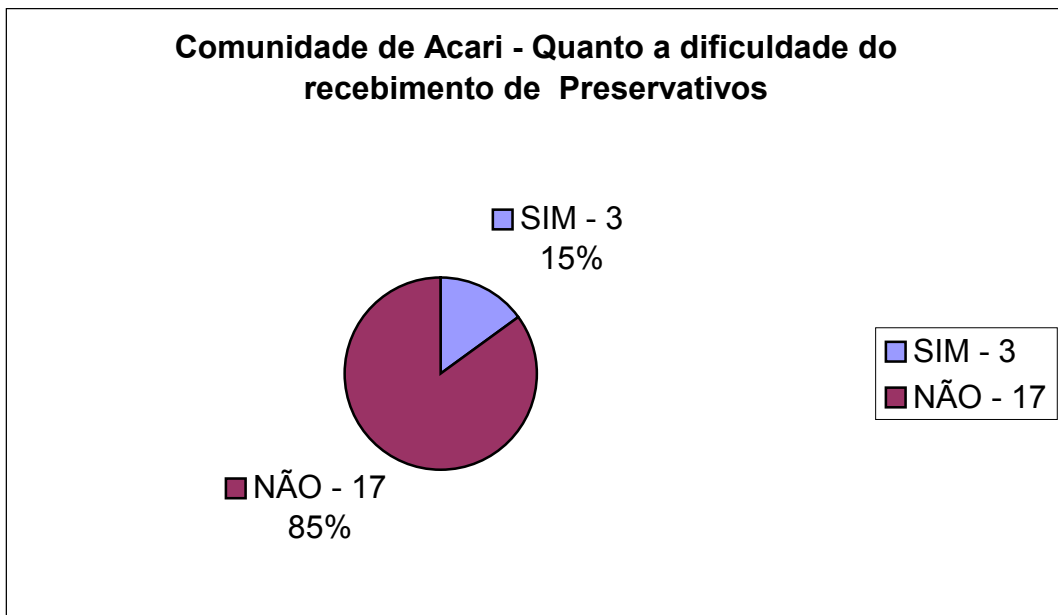
- **Já teve alguma DST.** 12 sim; 8 não.



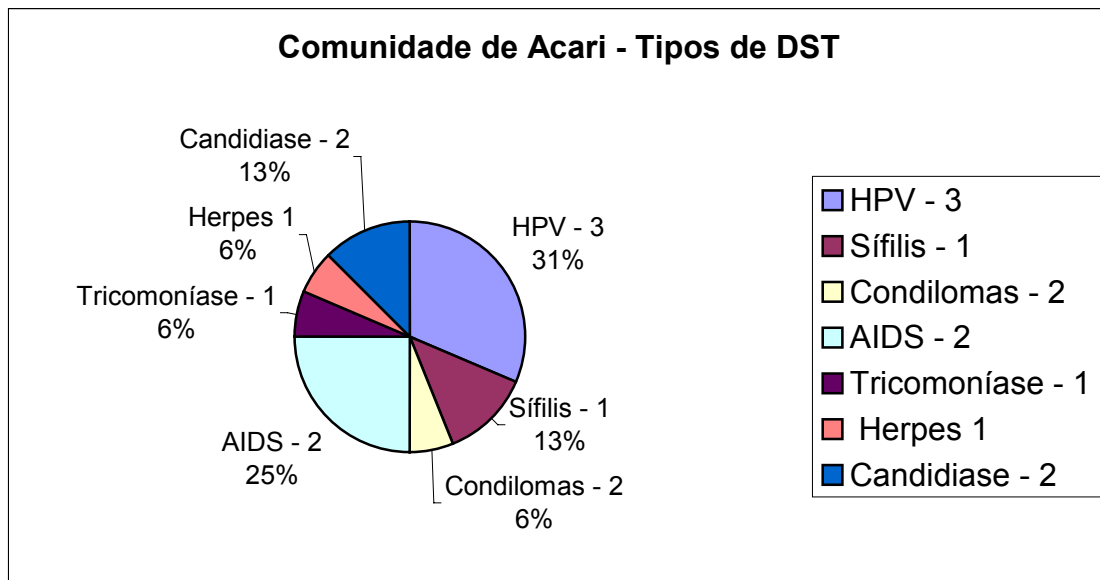
- **Se usa preservativos:** 14 não, 4 sim, 2 as vezes



- **Tem dificuldade de acesso aos Preservativos:** 17 não; 3 sim.

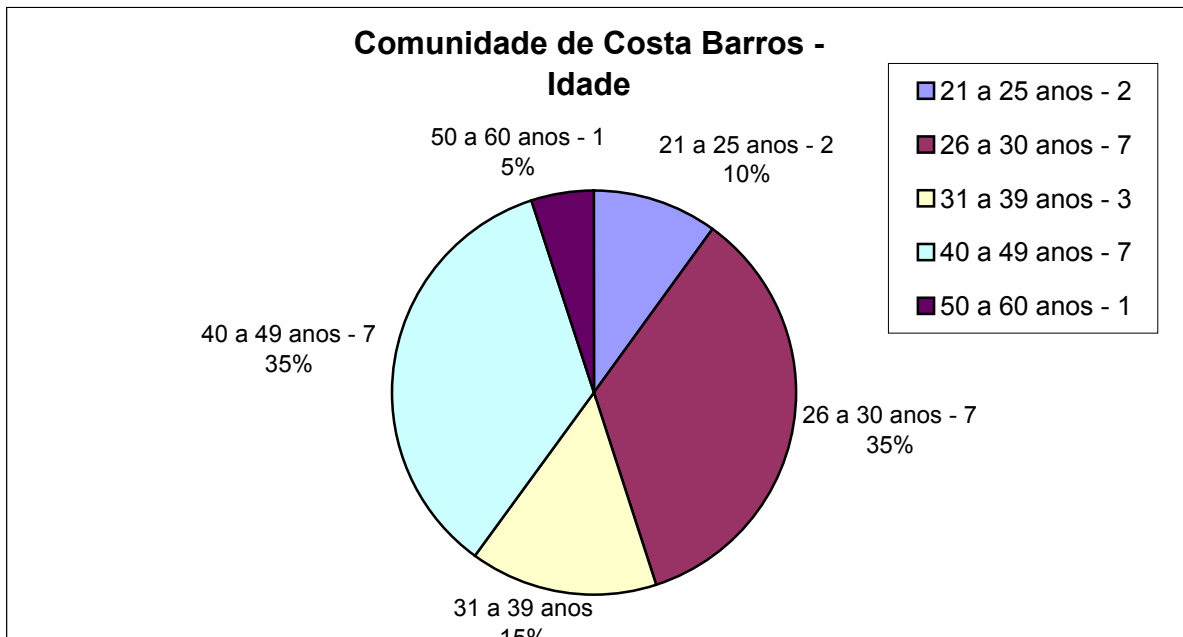


- **Como consegue:** Unidade de Saúde e Associação de Moradores.
- **Tipos de DST/AIDS:** 3 HPV; 1 Sífilis, 2 condilomas, 2 AIDS, 2 candidiase, 1 Herpes; 1 Tricomoníase.

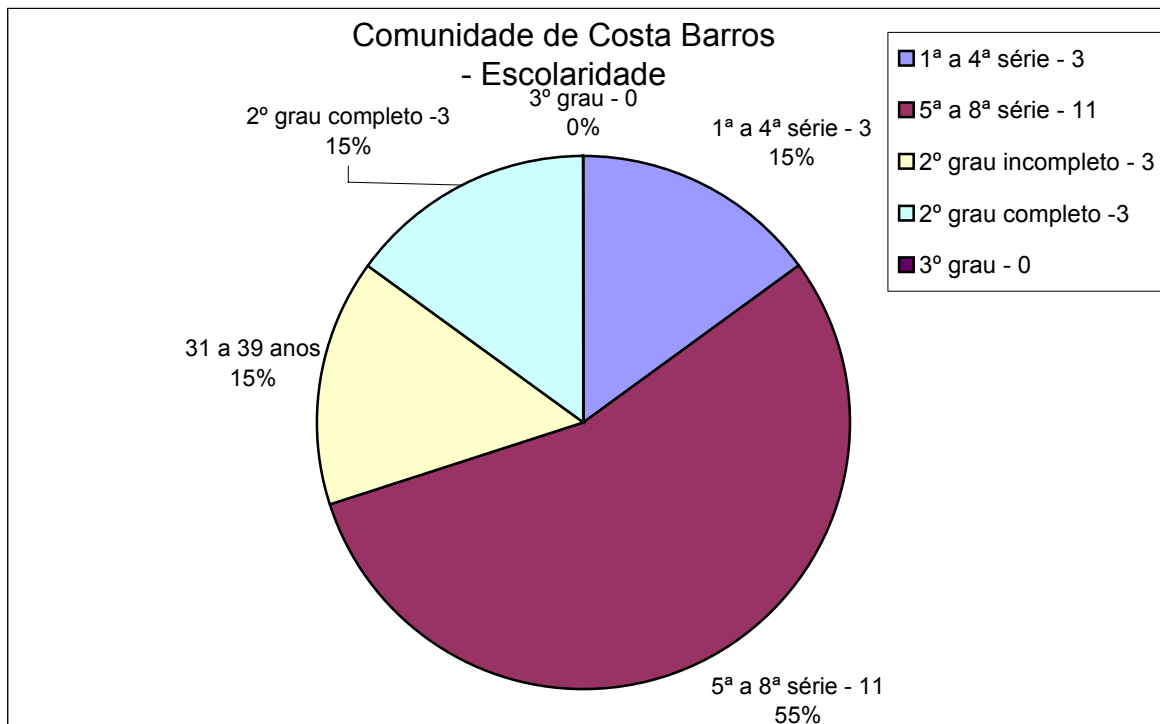


Na Comunidade de Costa Barros participou da pesquisa 20 mulheres, foram estudadas as seguintes categorias para obtenção dos dados:

- **Quanto a Idade** compreendida entre: 21-25 anos 02; 26-30 anos 07; 31-39 anos 3; 40-49 anos 7; 50-60 anos 1.



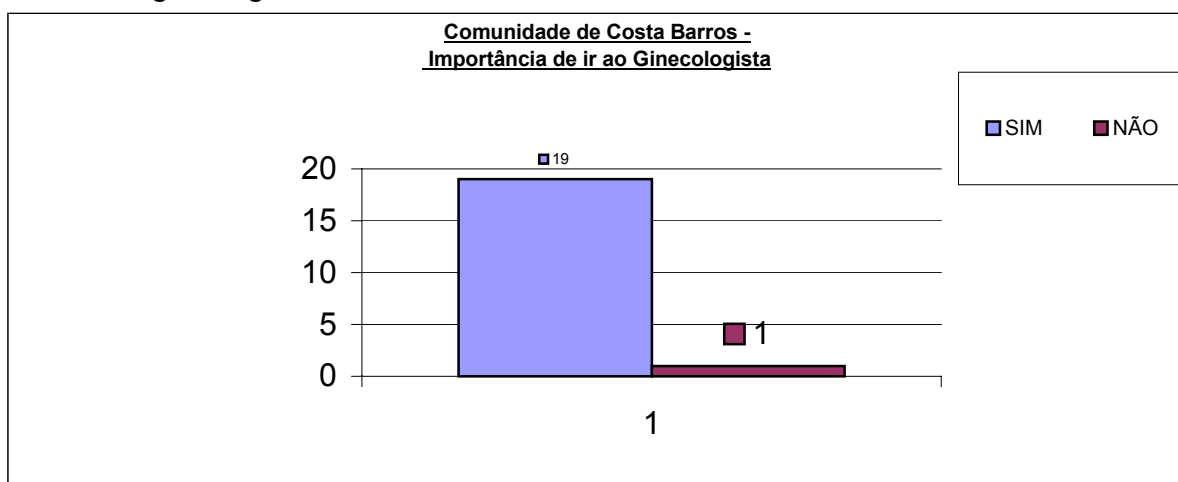
- **Quanto a Escolaridade:** 1ª a 4ª série 3; 5ª a 8ª série 11(fundamental incompleto) ; 2º grau incompleto 3; 2º grau completo 3.



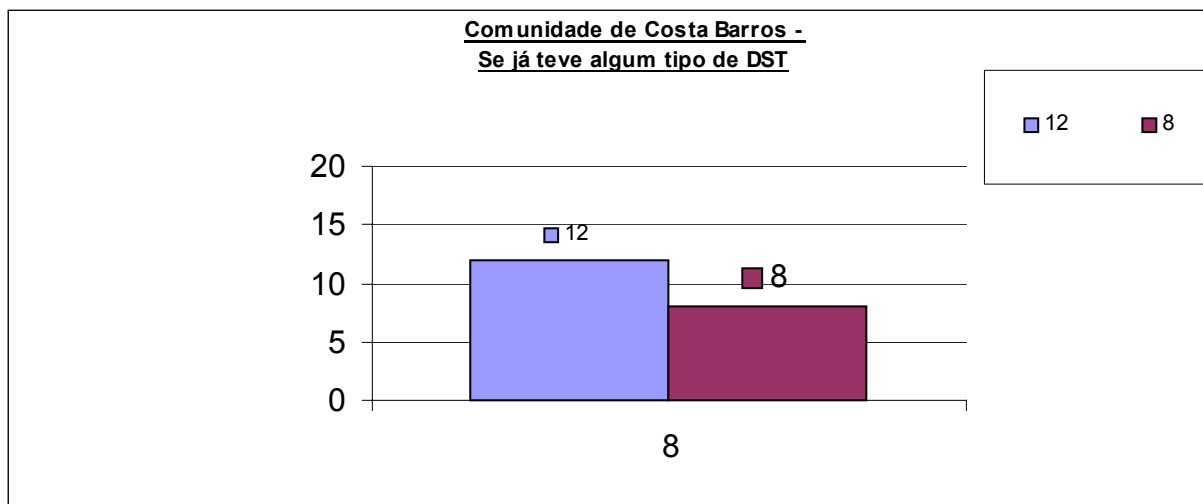
- **Situação Profissional:** 19 desempregadas, 1 empregada e as 20 recebem benefícios sociais.



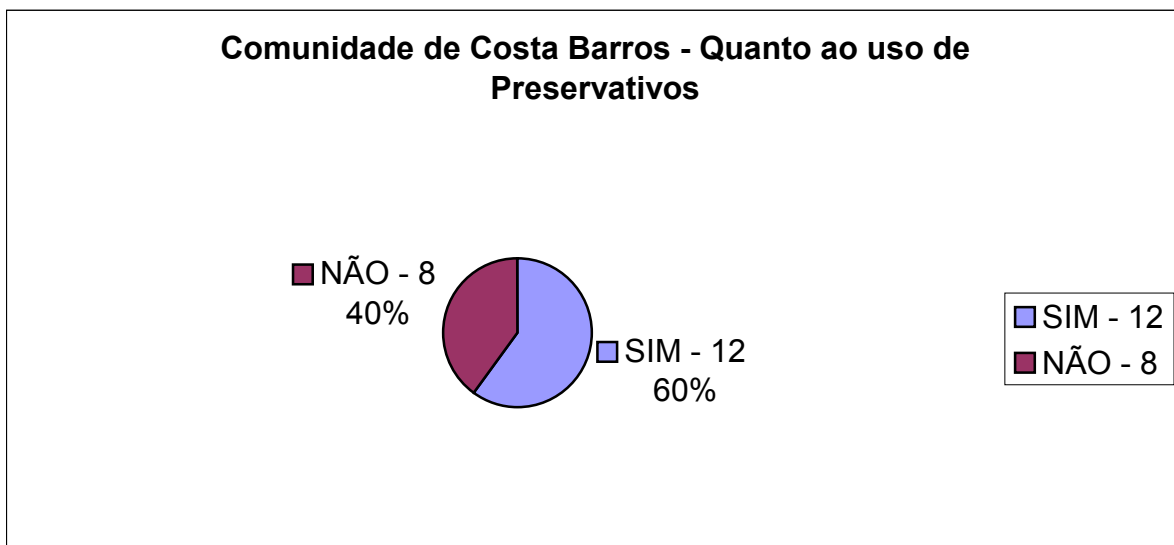
- **Ir ao Ginecologista:** 19 sim – consideram importantes ir a consulta ao ginecologista. 1 não acho preciso ir ao ginecologista e refere a dificuldade de conseguir vaga.



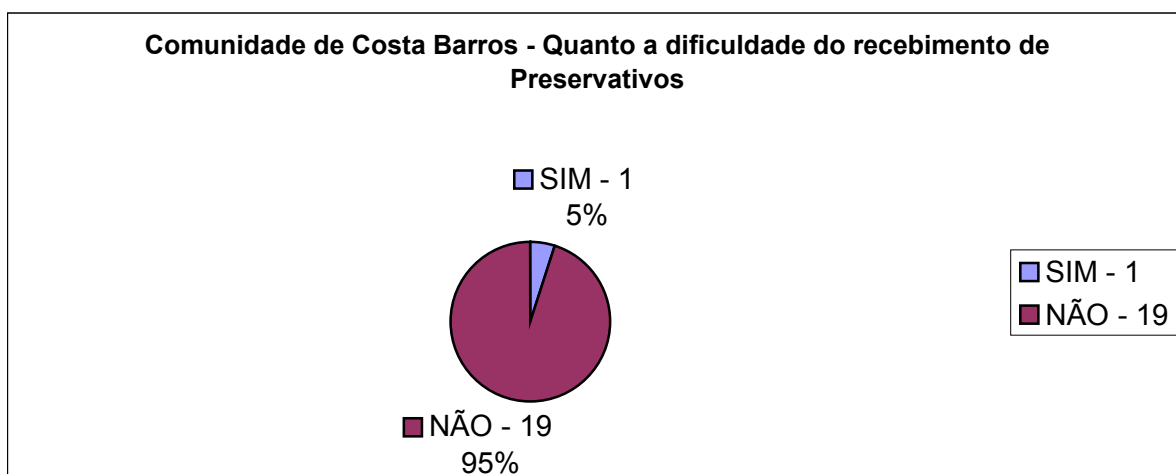
- **Já teve alguma DST.** 12 sim; 8 não.



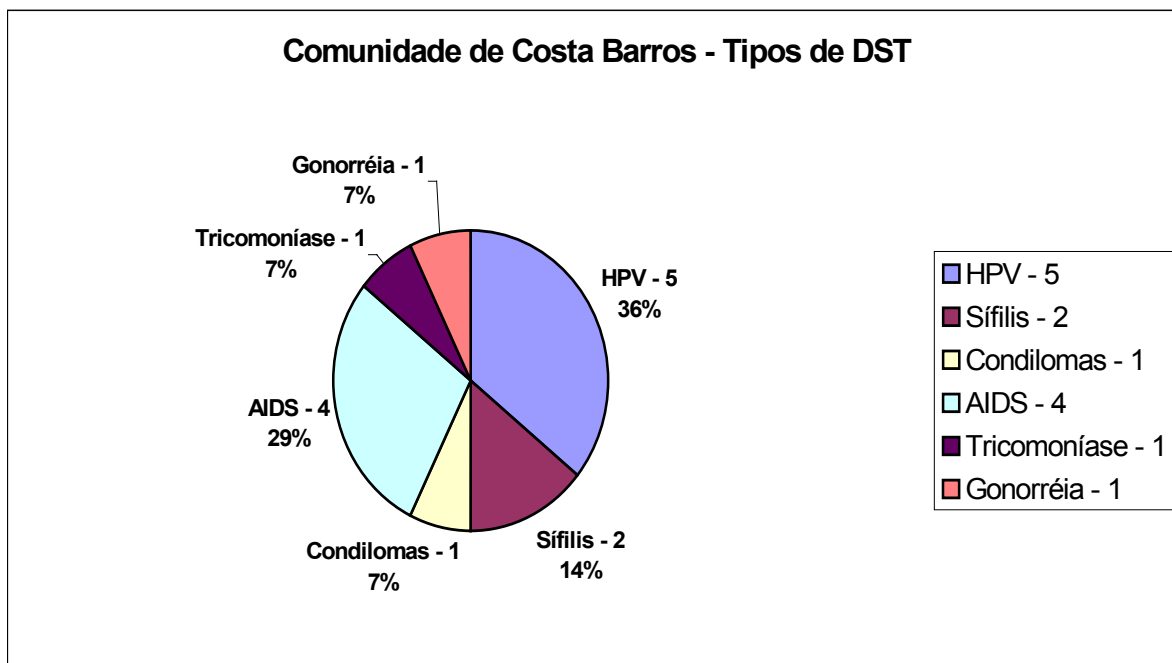
- **Se usa preservativos:** 12 sim, 8 não,(das 12 tem algum tipo de DST 3 não usam, pois não acham necessário) – (das que nunca tiveram DST somente 3 usam e 5 não acham importante)



- **Tem dificuldade de acesso aos Preservativos:** 19 não; 1 sim.



- **Como consegue:** Unidade de Saúde e Associação de Moradores.
- **Tipos de DST/AIDS:** 5 HPV; 2 Sífilis, 1 condilomas, 4 AIDS, 1 Tricomoníase, 1 gonorréia; 1 Tricomoníase. (das 5 mulheres com HPV, duas dessas tem AIDS).



5 - Considerações finais

Evidenciamos com este estudo que o Assistente Social, além de desenvolver atividades de natureza educativa, de planejamento e gestão, de mobilização e participação da comunidade para atender as necessidades e demandas dos usuários no desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, recuperação e controle do processo saúde/doença, tem seus eixos de intervenção que apresentam uma predominância de ações voltadas para a interação entre os diversos níveis do sistema e fora dele. Ou seja, conforme Costa (2000) diz que: é um profissional que trabalha a conexão das necessidades de saúde da população com os princípios e diretrizes do SUS e para além do sistema, buscando conexão com a rede externa de proteção social, visando sempre ao atendimento integral das necessidades em saúde dos usuários. Segundo Costa (2000, p. 62-63), o trabalho do assistente social na área da saúde “cumprir o papel particular de buscar *estabelecer o elo ‘perdido’ quebrado pela burocratização das ações*, tanto internamente entre os níveis de prestação de serviços de saúde, quanto, sobretudo, entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais e/ou setoriais”.

Esta especificidade de articular as demandas dos usuários com os recursos sociais e institucionais do sistema se deve pelo fato de ser o profissional mais próximo dos usuários, pois a formação profissional do Assistente Social possibilita ouvir e apreender do usuário quais são suas reais necessidades e demandas de saúde. Sua formação possibilita trabalhar a família como um todo e não somente a pessoa doente, numa perspectiva de totalidade, articulando recursos materiais e sociais para que o atendimento seja o mais integral possível. A formação profissional do assistente social permite, ainda, que este seja interlocutor das necessidades e demandas de saúde da população, no momento da formulação de programas, ações e serviços de saúde. É

um profissional capaz de realizar a articulação da política de saúde com as demais políticas setoriais como, por exemplo, assistência social, educação, habitação, tendo em vista a preocupação com o desenvolvimento de ações comprometidas com a garantia dos direitos sociais e do direito à saúde e mediadas pelas necessidades dos usuários.

Destacamos o papel da inserção dos profissionais de serviço social nas equipes de saúde em todos os níveis de atendimento do SUS, mas, principalmente, nos centros de saúde. Esta inserção, segundo Costa (2000, p. 69), abre a possibilidade pela qual essa profissão possa interferir e redirecionar o processo de trabalho na saúde, elaborando estratégias de atendimento às necessidades imediatas, como a democratização do acesso e de responsabilização social do SUS, no sentido de dar respostas às necessidades de saúde resultantes das desigualdades sociais existentes na sociedade brasileira.

Destacamos ainda que o assistente social seja um profissional que reconhece a prática do trabalho interdisciplinar, o que favorece o desenvolvimento de ações no sentido de oferecer ao usuário um atendimento/tratamento numa perspectiva integral, além de contribuir para a mudança do modelo assistencial médico-hegemônico.

Por isso, sinalizamos o significado da ampliação da inserção dos profissionais de serviço social nas equipes de saúde de atenção básica, nos centros de saúde como integrante fundamental para a realização de processos de trabalho multi e interdisciplinares.

Estes aspectos envolvem ainda também a saúde reprodutiva e sexual, que abrangem as ações preventivas, como estratégias de intervenção, para serem eficazes necessitam fundamentar-se nos aspectos sócio-econômicos e culturais do cotidiano dos indivíduos, levando-se em consideração a diversidade dos grupos que pertencem.

Neste contexto, a prevenção das DSTs torna-se crucial no combate ao HIV, paralela a outras ações preventivas. É necessária uma maior atenção no atendimento as DSTs, em busca de melhorias para a saúde reprodutiva, incluindo a prevenção do HIV.

Atualmente, em processo de expansão, a AIDS vem atingindo a sociedade em geral, pela sua principal forma de contágio, o contato sexual. Nos últimos anos não se restringe apenas a uma determinada camada social, a classe média alta, nem a "grupos de risco", neste caso os homossexuais, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos. Neste sentido, passa a encontrar nas classes menos favorecidas da sociedade, um espaço propício à proliferação, devido a sua exclusão do processo de informação e à falta de uma política de prevenção que atenda às demandas colocadas por esta parcela da população.

No Brasil, durante décadas a preocupação maior foi com a cura, e não com a prevenção. O que pode ser comprovado, na própria história das políticas de saúde. Exemplo claro foi o de um dos profissionais que mais se mostrou preocupado com o aspecto preventivo, Oswaldo Cruz, que feita investida para a erradicação de doenças, através das campanhas de vacinação, com o apoio da polícia. Como demonstrativo da preocupação do Estado com as ações curativas, identifica-se a construção de grandes unidades hospitalares, nos grandes centros urbanos do país.

Assim, as ações de saúde, estiveram voltadas para o aspecto curativo, sendo o indivíduo tratado ao manifestar a presença de qualquer moléstia e as campanhas preventivas apresentavam-se como fatos isolados no contexto político e social.

A aprovação da Constituição de 1988, "*Constituição Cidadã*" e da Lei Orgânica da Saúde de n.º 8.080 e 8.142, entre outras leis que regulamentaram os direitos e as políticas de saúde, garantiram a todo cidadão o acesso aos serviços de saúde, ao

determinar que: o novo conceito de saúde, incorporado na Constituição de 1988, ultrapassa a idéia de saúde como ausência de doença, ampliando-o como resultante de determinantes sociais como; lazer, habitação, infra-estrutura básica, renda e educação, etc. Isto vem a reforçar a necessidade de uma política ampla, voltada à prevenção e satisfação das necessidades básicas da população.

Para atender à demanda por tratamento da saúde, o Estado cede às reivindicações dos setores organizados da população (trabalhadores da saúde, movimentos sociais, sindicatos, etc.) e institucionaliza, através da Constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde - SUS.

Como o próprio nome já diz: um sistema único voltado a atender às demandas do tratamento cura e prevenção das doenças que atingem a população. Este sistema tem a gestão feita sob o controle da sociedade, através de espaços de deliberação e reivindicação, intitulada nos Conselhos de Saúde, que atuam em nível municipal, estadual e nacional, no controle e gerenciamento das ações de saúde.

A Educação em saúde, como explicita o texto de Schall & Struchiner, *"acompanhou tendências político-filosóficas em nossa sociedade"* (1995: 85). Vale ressaltar que, tanto a educação como a saúde, tem conceitos distintos, relacionando-se de acordo com as demandas de um determinado período histórico.

É de suma importância, para compreensão das ações do Serviço Social nos equipamentos da SMAS/RJ, a Assistência Social pode e deve trabalhar em um campo vasto para compreensão dos necessitados e desassistidos socialmente, a exclusão social, a vulnerabilidade a qual as mulheres em comunidades empobrecidas e a relação de gênero vão muito mais além do que podemos imaginar de um modo vivem cercadas de violência de todas as formas, as violências pela negligência do poder público, pois o poder paralelo assumiu e assumem esses espaços, a falta de um bom atendimento de saúde na área, a questão de não ser discutida a sexualidade e os cuidados do seu corpo, a baixa escolaridade, a miserabilidade permanente, falta de informação, muitas vivem de benefícios sociais ofertados pelo Município, Estado ou Governo Federal, já se acostumaram viverem nestas condições, outras querem a mudança, partem para o debate e o questionamento.

A área da CRAS 3.3 é cercada por diversas comunidades carentes, as Mulheres das Comunidades de Acari e Costa Barros, são a maior parte chefes de família, quando engravidam, são abandonadas pelos parceiros, não conseguem negociar quanto ao uso do preservativo seja masculino ou feminino, muitos destes homens usam drogas, tem múltipla parceira o que acarretam o grande número de DST/AIDS.

É muito comum nestas comunidades acontecer este quadro, são fatores multigeracionais, avós, filhas, netas, grávidas muito cedo e esse modelo já é tão comum que acham que é normal, banalizarão está questão, mas o que mais surpreende é a quantidade de mulheres em uma amostra pequena com DST/ AIDS, DSTs tais como: sífilis, condiloma acuminado uma doença causado pelo vírus HPV, herpes, corrimento vaginal, tricomoníase, candidíase, clámidia, gonorréia, feridas no útero, várias já haviam feito cauterização, casos de HPV que se tornou câncer, sífilis.

E apesar desse quadro assustador, ainda grande partes dessas mulheres não usam preservativos, até afirmam que conseguem nas Unidades de Saúde, mas que seus parceiros se recusam a usar e estas cedem com medo de perder seus companheiros as que tem, não por amá-los, mas sim pela necessidade de seus filhos serem sustentados mesmo com toda a dificuldade.

As transformações sociais destas questões necessitam muito da intervenção social, com mecanismos e diretrizes para prevenção e minimizar esse quadro, pois é

através do Serviço Social que se realiza a promoção social dos excluídos socialmente, com o fortalecimento das políticas públicas.

Ninguém neste país, nem noutra qualquer, poderá viver, penso, dignamente enquanto todas as outras pessoas não o possam também fazer. Mas para isso é necessário que deixemos de desviar o olhar, é necessário despertar para a necessidade de fornecer a todos os excluídos da nossa sociedade meios e condições para que possam assegurar a sua autonomia, para que possam ser respeitados, livres e viver dignamente.

É nesse sentido que foram pensadas todas as políticas sociais que visem precisamente à integração social dos indivíduos com desvantagens em relação aos outros, indivíduos que vivem abaixo do nível da pobreza absoluta.

6 - Obras citadas e consultadas

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – **Solidariedade – 20 anos de luta contra a AIDS no Brasil uma história de perdas, ganhos e desafios**. Out/Nov, RJ, Nº 50, 2003

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – **“O Brasil e os desafios frente à propriedade intelectual”**. Agosto – RJ, Nº 51, 2004.

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – **“Sexo e Política novas relações e direitos”**. Dezembro - RJ, Nº 52, 2004

ABBATE, Solange. L. **Educação em Saúde: uma nova abordagem**. Cadernos de Saúde Pública do Rio de Janeiro, v.10, nº 4, p. 481-490, 2003.

Aconselhamento em DST/HIV e AIDS: **Diretrizes e procedimentos básicos**. Coordenação Nacional de DST/AIDS – 4ª ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Articulação de Mulheres Negras Brasileiras – **Mulheres Negras – Um retrato da Discriminação Racial no Brasil**. AMB, Brasília, 2001.

AYRES, J.R.C.M. et al., 1997. **AIDS, Vulnerabilidade e Prevenção In: Saúde Reprodutiva em Tempos de Aids**, II Seminário, ABIA: Rio de Janeiro.

BARREIRA, Dráurio. **Contexto e tendências atuais da Epidemia da Aids no Brasil. In: Seminário Conquistas e Desafios na Assistência ao HIV/AIDS**. Anais – Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

BASTOS, F, 2000. **“A feminização da epidemia de AIDS no Brasil. determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento”**. Coleção ABIA, Saúde Sexual e Reprodutiva n. 4.

BASTOS, Petti. **Protocolo de atenção às doenças sexualmente transmissíveis**. Rio de Janeiro – BENFAM – DEMEC, 1997.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues (Org). **Pesquisa Participante**. 18 ed. São Paulo: Brasiliense, 1999.

_____. **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

Boletim Epidemiológico – **DST/AIDS – Secretaria Municipal de Saúde – Rio de Janeiro – Imprensa da Cidade**, 2003.

Boletim Epidemiológico – **DST/AIDS – Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro – julho**, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde.Secretaria Executiva. **Coordenação Nacional DST e AIDS. Políticas e diretrizes de prevenção das DST/AIDS entre mulheres**. Brasília: Saúde, 2003.

BRASIL, MDS/ SNAS. **Política Nacional de Assistência Social**, publicada no DOU de 28/10/2004.

_____. **Lei Orgânica da Assistência Social – legislação suplementar**. 5ª ed. Brasília: MDS, 2004.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.5, n.1,p.163-177.2000.

Cadernos de Prevenção: **Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Coordenação de Doenças Transmissíveis. Gerência de DST/AIDS**. Imprensa da Cidade - dezembro, 2004.

CAMARGO, Júnior Kenneth. Políticas Públicas e Prevenção em HIV/AIDS. In PARKER, Richard; GALVÃO, J; BESSA, M.(org). Saúde, desenvolvimento e política: respostas frente à AIDS no Brasil. São Paulo: HUCTTEC, 1999. p.19

COLIN, Denise R. Arruda, FOWLER, Marcos Bittencourt – LOAS **Lei Orgânica da Assistência Social Anotada**, Veras Editora, São Paulo, 1999.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL – BRASÍLIA: Senado Federal, de 1988.

COSTA, Nilson do Rosário et al. **Condições de vida e saúde dos Brasileiros**. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: Fase, 1986. 128p.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n. 62, p. 35-72, 2000

.. Os serviços na contemporaneidade: notas sobre o trabalho nos serviços. In: MOTA, A. E. (org.). *A nova fábrica de consensos: ensaio sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao serviço social*. São Paulo: Cortez, p. 97-113, 2000a.

COUTO, B. R. *O processo de trabalho do assistente social na esfera municipal. Capacitação em serviço social e política social: crise contemporânea e questão social*. Brasília: UNB, módulo 4, p. 201-213, 1999.

CRESS – 7ª Região – **O Serviço Social em Hospitais: Orientações Básicas**. Maio de 2003/RJ.

DANTAS, José. **Histórias do Brasil: das origens aos dias atuais**. 1ª ed. São Paulo: Moderna, 1989.288p.

DEMO, Pedro. **O desafio de educar pela pesquisa na educação básica. Educar pela pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Autores associados, 2000.

DELANDES, Sueli Ferreira. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 20ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. 80p.

EM PAUTA – **Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ** – nº 1 (nov.1993). Rio de Janeiro:UERJ,1993.

FERREIRA, Ivanete Boschetti. **Assistência Social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo**. Brasília: GESST/SER/UnB, 2001.

GAMA, A. S. 1997. **Gênero e AIDS: Um Estudo dos Aspectos Sócio-Culturais e Geracionais da sexualidade Feminina em camadas de Baixa Renda**, Dissertação de Mestrado. ENSP/FIOCRUZ.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar. Projetos de Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo Atlas, 2002.

GIL, Antonio Carlos . **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4ª ed. São Paulo: Atlas. São Paulo, 1994.207p.

GOMES, A. L. **Os conselhos de políticas e de direitos. Caderno de capacitação em serviçosocial e política social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais**. Brasília: UNB,módulo 4, p. 164-172, 2000.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999. O trabalho do Assistente Social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social. Caderno de capacitação em serviço social e política social: crise contemporânea, questão social. Brasília: UNB, módulo 1, p. 112-128, 1999a.

INFORME Epidemiológico 2004 – **Secretaria Municipal de Saúde – Superintendência de Saúde Coletiva – Gerência de DST/AIDS**. RJ, 2004.

LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia Científica**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de Pesquisa. In: Fundamentos de Metodologia da Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2001.288p.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Pallotti, 2001. 344p.

LOAS – Lei Federal nº 8.742/1993 – **Lei Orgânica da Assistência Social**.

Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – **DST** – Coordenação Nacional de DST/AIDS – 3ª Ed. , Brasília, 1999.

MARQUES, E. L. O plantão na prática do serviço social. Revista *Superando Desafios*, Rio de Janeiro, Hospital Universitário Pedro Ernesto, v. 2, n. 1, p. 49-61, 1997.

MEMÓRIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – **História Oral** – Volume 1, Agosto de 2003. SMDS. CEMAC (Centro de Memória de Assistência Social) - Prefeitura do Rio de Janeiro.

MEMÓRIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL CARIOCA – **História Oral** – Volume 2, Maio de 2004. SMDS. CEMAC (Centro de Memória de Assistência Social) - Prefeitura do Rio de Janeiro.

MINAYO, C.S., 1994. **O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde**, Hucitec-Abrasco: São Paulo – Rio de Janeiro.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – **Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)** – 3ª Ed. Revista e atualizada – Série J. Cadernos. Brasília – DF, 2005

MIOTO, Regina C. T. **Família e Serviço Social – contribuições para o debate**. In Revista *Serviço Social e Sociedade* – nº 55 – Ano XVII – São Paulo: Cortez, 1997, pp. 114-130.

POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL in *Revista Serviço Social e Sociedade* nº 80. São Paulo, Cortez, Nov/2004.

RAICHELIS, R. **Desafio da gestão democrática das políticas sociais**. Caderno de capacitação em serviço social e política social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: UNB, módulo 3, p. 57-70, 2000.

RÉGIA, Mara; LIMA, Mª José de, BAIÃO, Isis; XAVIER, Dulcinéa; CAMURCA, Sílvia; OLIVEIRA, Eleonora M. de. **“Como Trabalhar com Mulheres”** Coleção Fazer. Ed. Vozes, RJ, 1988.

RIO ESTUDOS nº 51 – **“A participação feminina no desenvolvimento das cidades”**- Secretaria Especial de Comunicação Social – Prefeitura do Rio de Janeiro, Imprensa da Cidade/RJ, 25/04/2002.

RIO ESTUDOS nº102– **“O impacto das políticas sociais nas favelas cariocas”**- Secretaria Especial de Comunicação Social – Prefeitura do Rio de Janeiro, Imprensa da Cidade/RJ, 08/05/2003.

RIO ESTUDOS nº 154 – **“MULHERES EM FOCO”**- Secretaria Especial de Comunicação Social – Prefeitura do Rio de Janeiro, Imprensa da Cidade/RJ, 28/04/2005.

RIO ESTUDOS nº 173 – **“Promoção da Igualdade entre os Sexos e Autonomia das Mulheres no Contexto Carioca”** - Uma Avaliação preliminar das Metas do Milênio - Secretaria Especial de Comunicação Social – Prefeitura do Rio de Janeiro, Imprensa da Cidade/RJ, 03/10/2005.

SANTOS, Leila Lima. **Textos de Serviço Social**. Ed. Cortez – São Paulo, 2004.

SARMENTO, H. B. M. **Serviço Social, das tradicionais formas de regulação política ao redimensionamento de suas funções sociais**. Caderno de capacitação em serviço social e política social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: UNB, módulo 4, p. 93-110, 2000.

SILVA, Luiz A. Palma e, STANISCI, Silvia Andrade. **Discutindo a Assistência Social no Brasil - Assistência social: parâmetros e problemas**. Organizadores; Aldaíza Sposati. (et al.). – Brasília: MPAS/SEAS; São Paulo; Fundap, 1999.

SILVA, M. L. L. **Um novo fazer profissional**. Caderno de capacitação em serviço social e política social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: UNB, módulo 4, p. 111-124, 2000.

SPOSATI, Aldaíza de O., BONETTI, Dilsea Adeodata. **Assistência na Trajetória das Políticas Sociais Brasileiras – uma questão de análise**. São Paulo: Cortez, 1995.

SPOSATI, Aldaíza, FALCÃO, Maria do Carmo, FLEURY, Sonia Maria Teixeira. **Os Direitos (dos desassistidos) Sociais**. – 4ª ed. – São Paulo: Cortez, 2002.

SUBJETIVIDADE E AIDS – Banco de Horas – **Primeiro simpósio Subjetividade e AIDS – O Livro** – Prefeitura do Rio de Janeiro/RJ-2004.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.

- VASCONCELOS, Eduardo M. A, **Riqueza multifacetada da vida dos pobres e a pobreza unidimensional da vida dos Ricos**. Educação popular e a atenção à saúde da Família. São Paulo, HUCTTEC, 1999. p.19
- VILAÇA, Flávio. **Espaço intra-urbano no Brasil**. São Paulo: Editora Studio Nobel, 1998,
- PEDROSA, Fernanda Barreto. **A violência que oculta a favela**. Porto Alegre: L&PM, 2003. 64p.:
- YAZBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social**. - 4ª ed. – São Paulo: Cortez, 2003.
- ZALUAR, A, 1997. **“Exclusão e Políticas Públicas”**. Dilemas teóricos e alternativas políticas. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: ANPOCS, vol. 12, nº 35, pp.29-47

Lista de ilustrações

Gráfico 1: Número de casos de AIDS e coeficientes de incidência em residentes, com 13 anos ou mais, do Município do Rio de Janeiro. – 1982 a 2003. .

Gráfico 2: Número Absoluto de casos e coeficientes de incidência de AIDS em adultos residentes no Município do Rio de Janeiro, por sexo – Períodos selecionados. – 1982 a 2003.

Gráfico 3: Coeficiente de incidência e razão de sexo em adultos, residentes do Município do Rio de Janeiro. 1982 a 2003.

Gráfico 4: Número absoluto de casos e percentual por categoria de exposição em casos de AIDS em mulheres adultas, residentes no Município do Rio de Janeiro. Períodos selecionados. 1984 a 2003.

Gráfico 5: Proporção de casos de AIDS por anos de escolaridade em adultos, residentes no Município do Rio de Janeiro, 1982 a 2003.

Gráfico 6: Número absoluto de casos de AIDS e percentual por faixa etária em adultos, residentes no Município do Rio de Janeiro. Períodos selecionados 1982 a 2003.

Gráfico 7: Número Absoluto de Casos e Coeficientes de Incidência de AIDS em adultos, residentes do Município do Rio de Janeiro, por AP de Residência – Períodos selecionados – 1982 a 2003.

Gráficos da análise de Dados da pesquisa das Comunidades de Acari e Costa Barros

Lista de abreviaturas e siglas

- A.S – Assistência Social
- ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
- AIDS – Síndrome de Imunodeficiência adquirida
- AP – Área de Planejamento
- CEDOICOM – Centro de Documentação e Informação Coisa de Mulher
- CEMASI – Centro Municipal de Assistência Integrada
- CEP/SMS-RJ – Conselho de Ética de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
- CRAS – Coordenação Regional de Assistência Social
- DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
- Ed. Edição

HIV – Vírus de Imunodeficiência Humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IPP – Instituto Pereira Passos
LBA – Legião Brasileira de Assistência
LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social
MRJ – Município do Rio de Janeiro
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
PNAS – Programa Nacional de Assistência Social
PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROAP II – Comunidades Beneficiadas pelo Favela Bairro II
RJ – Rio de Janeiro
S.S – Serviço Social
SIMAS – Sistema Municipal de Assistência Social
SMAS – Secretaria Municipal de Assistência Social
SMDS – Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social
SMH – Secretaria Municipal de Habitação
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
SUS – Sistema Único de Saúde