

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

JÚLIA MACIEL

**OS DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NOS CENTROS DE  
TESTAGEM E ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS: A EXPERIÊNCIA  
DO MUNICÍPIO DE IMBITUBA**

Florianópolis  
2009

JÚLIA MACIEL

**OS DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NOS CENTROS DE  
TESTAGEM E ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS: A EXPERIÊNCIA  
DO MUNICÍPIO DE IMBITUBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, do curso de Serviço Social do Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina, no segundo semestre de 2009.

Orientador(a): Hélder Boska Sarmento

Florianópolis  
2009

JÚLIA MACIEL

**OS DESAFIOS DO SERVIÇO SOCIAL NOS CENTROS DE  
TESTAGEM E ACONSELHAMENTO EM HIV/AIDS: A EXPERIÊNCIA  
DO MUNICÍPIO DE IMBITUBA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, do curso de Serviço Social do Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 07 de dezembro de 2009.

---

Prof<sup>a</sup> Hélder Boska Sarmiento  
Orientador(a)

---

Prof<sup>a</sup> Maria Dolores Thiesen

---

A.S. Luiza Maria Lorenzini Gerber

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela oportunidade de ter chegado até aqui, com todas as dificuldades que tive, sem perder a força e a vontade de lutar.

Agradeço a minha mãe e ao meu pai por todo empenho em me educar e torcer pelo meu sucesso;

A minha filha, Ana Júlia, por ser a razão do meu viver e de todo o meu empenho;

Ao meu marido, pela compreensão dispensada a mim nesta longa caminhada e por entender o valor que este trabalho tem para minha profissão;

As minhas grandes amigas Aline, Danúbia, Débora, Liliane, Mariane, Mávia e Mônica que me viram chorar, sorrir e estiveram ao meu lado em todos os momentos.

As minhas supervisoras de campo Luiza Gerber e Marcela Leal por me mostrar a realidade e pela paciência que tiveram comigo;

As minhas supervisoras pedagógicas Maria Izabel e Maria Dolores que me ajudaram a entender a realidade;

Ao professor orientador deste trabalho Hélder Boska Sarmiento pela compreensão e por me mostrado os caminhos;

A todos os profissionais do CTA pelo auxílio e por acreditarem no meu trabalho;

E a todos, que de uma forma ou de outra, colaboraram com a construção deste trabalho e da minha formação profissional.

**Obrigada a todos**

MACIEL, Júlia. **Os desafios do Serviço Social nos Centros de Testagem e Aconselhamento em HIV/AIDS**: a experiência do município de Imbituba. 2009. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

## RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso apresenta o tema referente a experiência de estágio curricular no Centro de Testagem e Aconselhamento em HIV/Aids como estagiária de serviço social de maio de 2009 a novembro deste mesmo ano. Apresenta uma pesquisa realizada no sentido de levantar e discutir os desafios postos ao serviço social no que diz respeito a temática do HIV/Aids. Para levantamento das informações realizamos pesquisa bibliográfica. Identificamos que os desafios ao serviço social incidem diretamente na prática profissional do assistente social e que é necessário este profissional estar capacitado e ter conhecimento em várias áreas para melhor orientar e auxiliar o usuário. O serviço social no espaço do CTA tem grande relevância, pois, é o profissional que tenta buscar a integralidade das ações.

**Palavras-chave:** HIV/AIDS. Centro de Testagem e Aconselhamento-CTA. Serviço Social – Desafios.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>8</b>
<b>2 SUS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	<b>11</b>
<b>3 A AIDS HOJE E O CONTEXTO DO BRASIL</b> .....	<b>16</b>
<b>3.1 Contextualização no Brasil</b> .....	<b>16</b>
<b>3.2 Contexto em Santa Catarina</b> .....	<b>18</b>
<b>3.3 A AIDS no município de Imbituba</b> .....	<b>19</b>
<b>4 O SS E A AIDS HOJE NO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO</b> ..	<b>20</b>
<b>4.1 Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)</b> .....	<b>20</b>
4.1.1 Contextualização no Brasil dos CTA .....	21
4.1.2 CTA no município de Imbituba .....	25
<b>4.2 Caracterização do Serviço Social do CTA</b> .....	<b>28</b>
<b>4.3 A experiência de estágio no CTA</b> .....	<b>29</b>
<b>4.4 Os desafios do assistente social frente a política de combate ao HIV/AIDS no espaço do CTA</b> .....	<b>34</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>47</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa originou-se da experiência de estágio no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) no município de Imbituba, estado de Santa Catarina. O estágio ocorreu nos semestres 2009/1 e 2009/2, sob supervisão de campo da Assistente Social Marcela Leal, na Unidade Sanitária do Centro, onde é instalado o programa DST/AIDS e, conseqüentemente, o CTA.

Esse programa é uma das estratégias do para diminuir a incidência da doença no país, como ações de prevenção e tratamento. O trabalho descentralizado deixa as ações mais perto da população, onde se pode trabalhar de forma mais efetiva. O serviço social vem contribuindo para isso na medida em que promove o acolhimento e as orientações acerca do tema do HIV/AIDS.

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Para os Assistentes sociais que trabalham na área da saúde, especialmente nesse segmento, está posto o desafio de criar uma proposta de enfrentamento, em que o fortalecimento humano-social passa a ser o foco da ação. Isto quer dizer que é preciso uma visão além do sujeito em sua particularidade, mas sim em todo o contexto em que ele está inserido.

No Brasil, a AIDS foi conhecida inicialmente por intermédio da mídia, para depois se tornar um fato médico. Como em outros países atingidos pela doença, aqui também se acreditava que a pandemia fazia parte exclusivamente dos grupos de homossexuais masculinos(Bittencourt,2004).

Estar infectado pelo vírus HIV fazia com que o doente fosse visto como o portador de uma doença vergonhosa e condenável. Por atingir segmentos como hemofílicos e usuários de drogas injetáveis, a maioria das pessoas não se considerava em risco eminente

de contágio, pois não havia muitas informações sobre as formas de transmissão. As pessoas que faziam parte do denominado “grupos de risco” eram considerados alvos da doença e do preconceito de toda a sociedade.

Após vinte e cinco anos de pandemia, foi possível constatar que a AIDS é uma doença que atinge a todos indiscriminadamente, principalmente em setores da sociedade mais vulneráveis, como os jovens, os pobres e as mulheres.

Tendo como referencial o atendimento a essa nova demanda de saúde, o assistente social inclui-se no contexto da prevenção e tratamento da AIDS observando a conjuntura política, econômica e o fenômeno da globalização, de onde surgem questões como a pobreza, o desemprego, a fome e onde as doenças como a AIDS deixaram de ser apenas nacionais para serem globais. Segundo Bittencourt (2004):

O assistente social deve ser um dos tradutores das demandas contemporaneamente postas contribuindo para a elaboração e implementação de políticas sociais para enfrentamento das seqüelas sociais advindas não só da violência estrutural, mas nesse caso, aquelas que atingem a população afetada pela doença, levando em consideração as transformações que ocorrem no perfil da pandemia.

Esse contexto nos fez pensar o Centro de Testagem e Aconselhamento em HIV/Aids e iniciar a pesquisa sobre o tema.

Assim propusemos esta pesquisa para identificar esses desafios ao serviço social no Centro de Testagem e Aconselhamento.

A pesquisa é dividida em três sessões. A primeira refere-se ao Sistema Único de Saúde (SUS) e as políticas de saúde no Brasil. A questão das políticas públicas no país e como essas políticas interferem no contexto da AIDS no Brasil. Mostra o início da preocupação com a saúde no advento da industrialização, quando sobressaíram os números de acidentes de trabalho e doenças de massa como a malária e a tuberculose. Fala



também do fato de apenas ter direito a saúde quem estava empregado com carteira assinada, isso até a Constituição de 1988.

A segunda sessão fala da contextualização da AIDS no Brasil, no estado de Santa Catarina e no município de Imbituba. Nessa parte apresentamos como está o cenário da doença atualmente e como era em tempos anteriores. Colocamos também os avanços do programa nacional de DST/AIDS e como está sendo a repercussão no estado de Santa Catarina e no município de Imbituba.

A terceira sessão coloca a prática do serviço social no segmento do HIV/AIDS e os desafios para o assistente social. Conta também como foi desvendar esses desafios na experiência de estágio, como se deram esses desafios, como foram enfrentados. Coloca-se também o quanto as tendências epidemiológicas incidem sobre o trabalho do assistente social.

Na última parte deste trabalho fizemos as considerações finais, destacando os limites e as possibilidades ao trabalho do profissional de serviço social.

## 2 SUS E AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A preocupação com a saúde no Brasil teve início com o processo de industrialização do país, que trouxe profundas mudanças na condição de existência da população no começo do século XX. A maior incidência de acidentes de trabalho, doenças e subnutrição foram resultado das carências trazidas pelo início do modo de produção capitalista no Brasil.

Nesse contexto surgem doenças chamadas *doenças de massa* como a malária, tuberculose, lepra e desnutrição. Mais tarde, surgiu outro grupo de doenças chamadas *doenças degenerativas* presentes geralmente nas regiões mais urbanizadas e industrializadas do país (BORBA, 1998, p.20).

Até a década de 1920 não havia política estruturada por parte do Estado em relação à saúde. As únicas ações de saúde coletiva nesse período foram voltadas à urbanização de áreas portuárias atingidas por endemias e moléstias infecto-contagiosas que, por sua gravidade, abalaram o processo agro-exportador brasileiro.

Apenas em 1921 com a reforma Carlos Chagas é que se deu início a uma política de saúde mais estruturada (BORBA, 1998, p.20).

Em 1923 com a lei Elói Chaves as Caixas de Aposentadorias e Pensões dos Ferroviários - CAPS foram estatizadas. Juntamente foi criado o Departamento de Saúde Pública que atuava nas áreas de saneamento urbano e rural, de higiene industrial e dos serviços de higiene materno-infantil. Além disso, o Estado assumiu o combate às endemias rurais (BORBA, 1998, p.20).

Nos anos de 1930, com a crise econômica mundial e a expansão do capitalismo no Brasil, através das políticas de substituição de importações, foi criado o Ministério da Educação e Saúde, saindo da área da responsabilidade do Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

Com o fim do Estado Novo em 1945, e pela influência do modelo de seguridade social europeu, instaura-se no país um sistema de proteção social que imprimiu a sociedade, principalmente às classes trabalhadoras, uma condição de *cidadania regulada* para qual o Estado, como forma de legitimação social, criou uma série de bens e serviços oferecidos através do Instituto de Aposentadoria da Previdência - IAP.

No ano de 1963 o Ministério da saúde foi separado do antigo Ministério da Educação e Saúde. Até o final do período nacional-populista (1964) o sistema de saúde atingiu basicamente as demandas ligadas aos setores secundários e terciários da economia, mostrando-se claramente como um modelo de seguro social, ou seja, onde somente quem contribui tem o direito de usufruir de seus benefícios (BORBA, 1998, p.20).

Em 1966, já como decorrência do golpe militar, os IAP's foram unificados no recém criado Instituto Nacional de Previdência Social.

Já em 1967, com a reforma da administração federal houve uma redefinição de áreas de competência dos ministérios para a saúde. Esse período foi caracterizado por uma expansão acentuada do setor privado da saúde.

A medicina privada no Brasil tinha um forte traço Europeu, mais eclético que o modelo fragmentador norte-americano, e a ênfase ainda era em médicos gerais e de família (DA ROS, 2000). A população pobre dependia de hospitais de caridade, Santas Casas de Misericórdia, normalmente sob a responsabilidade da Igreja.

Essa divisão injusta do ponto de vista social, separava a população brasileira em três classes. Os cidadãos de primeira classe usufruíam a medicina privada. Os de segunda classe, representados pelos contribuintes da previdência, tinham, mesmo com dificuldades que eram próprios ao sistema então, acesso mais amplo à assistência a saúde, dispondo de uma rede de serviços e prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares providos pela previdência social por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS. Os demais representados pelo restante da população brasileira, os não-previdenciários dependiam das ações dos poucos hospitais públicos e às atividades filantrópicas de determinadas entidades assistenciais (Pires,2005).

A partir de 1970, com o esgotamento do regime militar, a crise do petróleo, levam o Estado a assumir um novo arranjo institucional para a previdência, onde, em 1974, é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, que fica responsável pelas atribuições médico-assistenciais.

Em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde, o movimento sanitário, representado pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde - CEBES, apresentou e discutiu publicamente, pela primeira vez, sua proposta de reorientação do sistema de saúde que já se chamava, na época, Sistema Único de Saúde.

No ano de 1980 foi realizada a VII Conferência Nacional de Saúde que tinha como tema principal a implantação de uma rede de serviços básicos de saúde, o PREV-SAÚDE.

Em 1983 foi implantado o Programa de Ações Integradas de Saúde - PAIS - em quinze unidades da Federação. Este programa já incorporava diretrizes de integração

institucional centrada no poder público, integralidade de ações de saúde, regionalização dos serviços, definição de mecanismos de referência e contra-referência, utilização da capacidade pública instalada e descentralização dos processos administrativos e decisórios, ou seja, as propostas do Movimento Sanitário. O programa, em 1984, é transformado nas Ações Integradas de Saúde - AIS (BORBA, 1998, p.20).

A partir de 1985, com a nova república, membros do Movimento Sanitário passaram a ocupar posições-chave no plano federal e em julho deste mesmo ano é convocada a VIII Conferência Nacional de Saúde que só foi realizada em março de 1986, com a participação de aproximadamente cinco mil pessoas.

Esta Conferência foi um marco de expressão e de conquista do movimento sanitário, no sentido de congregar uma concepção ampla de saúde, entendida como resultado das condições de vida e de trabalho dos cidadãos, e pela criação do Sistema Único de Saúde - SUS, baseado nos princípios de universalização, descentralização, hierarquização e equidade.

Com a Constituição de 1988, foi extinta a medicina previdenciária, com a instituição do SUS, onde foi declarado o direito a saúde como universal, não condicionado a contribuição.

As ações e serviços de saúde são concebidos, na Constituição, com propósito da redução do risco de doença, no sentido do interesse público. Por isso, serviços particulares de saúde, não integrados à política de saúde pública, tal como definida pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), são excluídos do conceito de saúde e da participação complementar do sistema único. Porém, as instituições privadas que prestem assistência à saúde integram-se aos serviços públicos, de forma complementar, mediante convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (SIMÕES, 2009).

A Constituição instituiu planos integrados de ação de medicina preventiva e curativa, saúde ocupacional e higiene, medicação, alimentação e meio ambiente, por sua vez assegurados por uma estrutura unificada, uma política integralizada de combate à doença, assegurada a toda a população, independente de sua condição social. O princípio do atendimento integral compreende três ideais inter-relacionados: enxergar o paciente como um todo e não somente como portador de uma doença; integrar ações preventivas com ações curativas; e integrar todos os níveis operacionais de atenção à saúde. Assim, é reconhecido o direito à saúde a qualquer cidadão, uma garantia pública, tanto por meio de métodos de cura, quanto de prevenção (SIMÕES, 2009).

Segundo o artigo 200 da Constituição Federal, as principais atribuições do SUS são:

- A prevenção e o tratamento de doenças;
- A formulação de políticas públicas;
- A execução de ações de saneamento básico;
- O desenvolvimento tecnológico e científico;
- A fiscalização e inspeção de alimentos e bebidas;
- A colaboração com a proteção do meio ambiente;
- O controle e a fiscalização de elementos de interesse para a saúde;
- A vigilância sanitária e epidemiológica;
- A participação na produção de medicamentos, procedimentos, produtos e substâncias de interesse da saúde;
- A saúde do trabalhador.

As causas da problemática de saúde são muitas. Elas podem ser encontradas não só a partir das análises das políticas setoriais de saúde, mas também, fundamentalmente, como parte da crise do modelo de desenvolvimento adotado no país. O quadro de desenvolvimento desigual revela a baixa resistência às doenças causadas pela alimentação deficiente e a existência de condições de habitação e saneamento favoráveis à propagação das principais doenças infecciosas e parasitárias. Grisotti (1998) nos coloca que:

Historicamente as políticas de saúde foram reformuladas o que permitiu, e evidencia-se atualmente, o amplo acesso (universal e gratuito) aos serviços de saúde oferecidos pelo Estado brasileiro. Porém, embora o acesso seja universal, a qualidade dos serviços prestados é bastante questionada haja vista as longas filas de espera, a falta de uma linguagem, comportamento e percepção mais abrangente do processo saúde-doença por parte dos profissionais de saúde no trato às populações de baixa renda.

Assim, podemos entender que não é preciso apenas garantir o acesso do cidadão aos serviços de saúde, mas fazer com que o atendimento prestado a ele seja efetivo e de qualidade. A autora ainda nos diz:

Na prática, um dos principais dilemas do sistema atualmente é: ou se dá tudo a uns poucos ou se oferece a todos apenas os cuidados médicos necessários simples. O governo brasileiro, atualmente, dirige seus recursos mais para a segunda opção[...].

Os princípios, diretrizes e direitos previstos pelo SUS vem sendo colocado em prática de forma muitas vezes precarizada por nossos governantes com a influência das tendências neoliberais e de seus pressupostos de desregulamentação de direitos sociais.

Essas tendências neoliberais vem interferindo no espaço das políticas públicas de saúde no Brasil e no papel do Estado frente a elas, afetando os serviços sociais e de saúde,

desestruturando o que de efetivo existe na área e desrespeitando os direitos constitucionais.

### **3 A AIDS HOJE E O CONTEXTO DO BRASIL**

#### **3.1 Contextualização no Brasil**

Desde 1983, quando surgiram os primeiros casos diagnosticados de Aids no Brasil, o país vem lutando para diminuir o número de casos e para dar mais qualidade de vida às pessoas já infectadas pelo HIV. Essa luta ganha mais força com o surgimento das primeiras organizações não governamentais (ONG) que se dedicavam a esse assunto, por volta do ano de 1985.

Os casos e óbitos de AIDS crescem com o tempo, e o Programa Nacional de DST e AIDS é criado em 1986, no segundo ano da primeira presidência civil do Brasil desde o golpe militar de 1964.

Em 1988, ano da nova Constituição Brasileira e da criação do Sistema Único de Saúde, a Organização Mundial da Saúde institui o primeiro de dezembro como o Dia Internacional da Luta contra a AIDS, como parte de uma estratégia de mobilização, conscientização e prevenção em escala global.

Com o passar dos anos, ganha aceitação a luta contra a discriminação e o preconceito e a defesa dos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Fruto desta luta, a idéia de garantir a testagem para a soropositividade com respeito à privacidade dos indivíduos é traduzida na criação dos primeiros centros de testagem e aconselhamento no Brasil, em fins de 1988.



Em 1996, com o advento de uma nova geração de fármacos e uma nova abordagem terapêutica, com a utilização simultânea de múltiplas drogas, uma importante vitória na luta contra a doença é alcançada. A combinação de medicamentos detém a progressão da doença e evita a progressão da deterioração do sistema imunológico. A mortalidade pela AIDS cai drasticamente com a nova terapêutica. Amparado pela aprovação, naquele mesmo ano, da legislação que garante o acesso aos medicamentos, mesmo contra recomendações e advertências do Banco Mundial, o Brasil adota uma política de distribuição da medicação, via SUS, para todas as pessoas acometidas pela doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O início do novo século consolida o reconhecimento do programa brasileiro de controle do vírus HIV e AIDS, transformado em exemplo internacional. De acordo com o Ministério da Saúde as características mais marcantes do programa: a integração entre prevenção e assistência, a incorporação da perspectiva de direitos civis à prevenção, a universalidade, entre outras, são reflexo dos princípios legais do próprio Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

As políticas públicas voltadas à promoção e prevenção do HIV/AIDS, no Brasil tomam como paradigma uma abordagem da saúde que dá ênfase ao desenvolvimento sustentável, à melhoria da qualidade de vida das pessoas e ao direito de cidadania, participação e controle social (Bittencourt,2004).

Dados epidemiológicos demonstram que nos últimos 20 anos houve um aumento considerável da ocorrência de infecção por vírus HIV em mulheres no Brasil. A informação sobre casos notificados mostra que, em 1985, a razão de casos de AIDS entre os sexos masculino e feminino era de 26,5 homens por mulher. Em 2005, essa razão passou a ser de 1,5 caso em homens para cada caso em mulheres no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Até o ano de 2006 foram notificados 433.067 casos de AIDS no Brasil em pessoas com mais de 13 anos.

### 3.2 Contexto em Santa Catarina

Com o surgimento dos primeiros casos de AIDS em Santa Catarina, tornou-se imprescindível a implantação de um programa no Estado. O primeiro caso de AIDS foi notificado em 1984 em um homem no município de Chapecó, e a partir de 1986/87, quando foram notificados 08 e 17 casos, respectivamente, a incidência passou a aumentar progressivamente, e tal progressão para o Estado representava níveis alarmantes. O início do trabalho de prevenção do vírus HIV deu-se a partir do ano de 1985, quando o Programa de Controle de AIDS foi inserido como uma atividade das Doenças Sexualmente Transmissíveis, no Serviço de Dermatologia Sanitária do então Departamento Autônomo de Saúde Pública.

Em 1987, foi implantado extra-oficialmente a Coordenação Estadual do Programa de DST/AIDS, vinculada a Diretoria de Serviços Básicos de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde. Já em 1991, com a reforma administrativa do Estado no setor da Saúde, o Programa passou a integrar a Diretoria de Vigilância Epidemiológica.

Em 1994, foi criada a Gerencia Estadual de Controle das DST/HIV/AIDS subordinada a Diretoria de Vigilância Epidemiológica.

Segundo a Diretoria de Vigilância Epidemiológica, desde o primeiro caso, já foram registrados no estado 20.645 casos de AIDS em adulto (indivíduos maiores de 13 anos de idade), sendo 13.067 casos no sexo masculino e 7.578 casos no sexo feminino (DIVE, 2009).

O primeiro caso em mulheres ocorreu em 1987. Desde então, o número de casos em mulheres vem crescendo e a razão de masculinidade vem diminuindo a cada ano, em 1990 a razão de masculinidade era de 5 homens para cada 1 mulher, sendo que em 2008 esta razão chega aproximadamente a 1 caso em homem para cada 1 caso em mulher.

A epidemia no Estado tem sido configurada pelo uso de drogas endovenosas e pelo contato heterossexual.(PIRES,2005)

### **3.3 A AIDS no município de Imbituba**

No município de Imbituba, com o passar dos anos, houve uma mudança no perfil epidemiológico muito significativa, considerando que o perfil do município desde a implantação do programa DST/AIDS, foi o usuário de drogas injetáveis permanecendo por aproximadamente 5 anos. Posteriormente houve uma tendência a feminilização da epidemia: mulheres com parceiros fixos, gestantes e terceira idade.

Hoje no município tem-se registradas 467 pessoas com o vírus HIV, mas deve-se multiplicar esse número por três, isso porque, segundo a assistente social do CTA Marcela Leal, a cada pessoa que procura o CTA e admite ter o vírus, existem aproximadamente três no anonimato. Desse total 275 são homens, 192 mulheres.

## **4 O SS E A AIDS HOJE NO ESPAÇO DO CENTRO DE TESTAGEM E ACONSELHAMENTO**

#### 4.1 Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA)

O CTA desempenha um papel importante na estratégia de enfrentamento da epidemia da AIDS, pois, sendo 'porta de entrada' do sistema de prevenção e controle, é responsável pela detecção da infecção pelo HIV. Além disso, é também referência necessária para a assistência daqueles que são diagnosticados como soropositivos. Contribui em muito no sentido de evitar as graves conseqüências que a epidemia de HIV/AIDS impõe, tanto do ponto de vista dos serviços de saúde, quanto individuais, familiares e sociais.

Sendo o CTA, um espaço onde o aconselhamento privilegia as premissas do acolhimento, ações educativas, compromisso ético-político, sua importância se faz reconhecida pelos setores institucionais, bem como pela população, que o legitima e, ao mesmo tempo, impõe novos desafios que estimulam o repensar das ações para responder suas demandas e contribuir no combate à epidemia do HIV. Como confirmam Silva e Barros (2004):

O CTA tem sido determinante para garantir o direito à assistência médica e à terapia combinada a todos que dela necessitam. Esses serviços, a partir do aconselhamento, recolocou, no cenário das políticas públicas, a importância da promoção da saúde ancorado tanto no nível individual quanto no coletivo.

O aconselhamento caracteriza-se por ser uma estratégia de prevenção que atua no âmbito do indivíduo, ou seja, trabalha com a identificação do próprio risco e propicia uma reflexão sobre medidas preventivas viáveis para o cidadão em atendimento.

Os profissionais de saúde que já trabalham com a demanda de assistência a população tem a oportunidade ímpar de manter um contato direto com a intimidade da

vida do cliente, podendo assim promover um trabalho preventivo ajustado às necessidades individuais.

No âmbito da DST e HIV/Aids o processo de aconselhamento contém três componentes:

- Apoio emocional;
- educativo, que trata das trocas de informações sobre DST e HIV/Aids, suas formas de transmissão, prevenção e tratamento; e
- avaliação de riscos, que propicia a reflexão sobre valores, atitudes e condutas incluindo o planejamento de estratégias de redução de risco.

O aconselhamento auxilia a pessoa a lidar com as questões emocionais decorrentes do seu problema de saúde, provê informações sobre a doença, esclarecendo de forma mais personalizada e encorajando o usuário a verbalizar suas dúvidas e receios, e desenvolve a capacidade pessoal do usuário para reconhecer situações de risco e tomar decisões sobre as opções de prevenção mais conveniente para si (BITTENCOURT, 2004).

#### **4.1.1 Contextualização no Brasil dos Centros de Testagem e Aconselhamento**

A partir dos anos 80, a primeira década da epidemia do HIV/AIDS trouxe um enorme impacto social, já que a maioria dos casos diagnosticados revelou que a principal categoria de transmissão relacionava-se com contato sexual entre os homossexuais masculinos e bissexuais. A AIDS, então, começa a ser identificada como uma doença de

grupos de risco. Isso desencadeou na sociedade, por um lado uma postura estigmatizada e, por outro lado, a mobilização de setores sociais e comunitários frente a um problema não-restrito somente à área da saúde.

Vários setores da sociedade, diante do crescimento da epidemia, organizaram-se e pressionaram o Estado para que definisse diretrizes e referências ético-sociais, propondo e estabelecendo então, políticas públicas, em resposta, a uma doença que se tornara um grande problema social, isso porque, a Aids modifica as relações do soropositivo com sua família e sociedade e estas com a pessoa que vive com HIV/Aids. Ressalta-se a importância da mobilização de organizações de caráter não-governamental - ONGs, que assessoram os movimentos sociais e buscam assegurar interlocuções com instâncias governamentais, especialmente na área da saúde, que discutiam e traçavam recomendações para garantir o direito à assistência médica, social e jurídica aos portadores do HIV/AIDS.

Em 1990 é promulgada a lei 8.080 que instituiu o SUS que traz a descentralização das funções como um dos seus pilares, sob o comando de cada esfera de governo - federal, estadual e municipal - o que implica no direcionamento da atenção para as bases locais de operacionalização das atividades de vigilância epidemiológica no país.

No início dos anos 2000, a ênfase nacional é a incorporação do teste anti-HIV na rede pública de saúde, com especial atenção para os serviços de atenção básica. Os CTA's perdem importância relativa e análises indicam que a rede de serviços já estava consolidada, abrangendo os municípios e regiões prioritárias. Além disso, a nova realidade epidemiológica, a redução do preconceito e do estigma, a melhora na qualidade do sangue transfundido e a consolidação da atenção básica não justificam novos investimentos para a manutenção e ampliação de serviços com as características dos CTA.

Ao mesmo tempo, o diagnóstico da infecção pelo HIV passa a ser uma das principais prioridades da política nacional, definido no plano estratégico nacional e no novo acordo de empréstimo firmado entre o Governo Brasileiro e o Banco Mundial (AIDS II).

Isso provoca uma dupla realidade na organização dos CTA's. Por um lado, a política nacional deixa de priorizar normatizações mais abrangentes para orientar a organização dos serviços no âmbito da nova realidade, como, por exemplo, as diretrizes para a articulação desses serviços com os demais níveis de atenção à saúde e a realização das ações de prevenção em comunidade. Por outro, entretanto, iniciativas nacionais continuavam a delegar novas atribuições aos serviços.

Com o prolongamento do período de desenvolvimento da doença, a vigilância epidemiológica dos casos de AIDS torna-se insuficiente para monitorar tendências da epidemia, ganhando ênfase as estratégias de acompanhamento da infecção pelo HIV, a denominada vigilância de segunda geração. Os CTA's, nesse contexto, passam a ser locais estratégicos de produção de novos conhecimentos sobre o comportamento e as taxas de prevalência do HIV, na medida em que esses serviços concentram, em maior proporção, os casos de recém infectados e de populações mais expostas ao risco de infecção.

Em 2001, para apoiar o novo papel dos CTA, o Ministério da Saúde inicia o desenvolvimento e a implantação de um sistema de informações específico, o Sistema de Informação dos Centros de Testagem e Aconselhamento (SI-CTA). Além de informações epidemiológicas, essa ferramenta oferece instrumentos para a gestão do serviço, como registro de atendimento ao usuário e o controle de amostras de sangue.

Em 2003 é lançada, em âmbito nacional, a campanha “Fique Sabendo” para estimular as pessoas a realizarem o diagnóstico e mobilizar gestores públicos para a organização da rede de serviços e de laboratórios visando a ampliar a oferta do teste anti-HIV nos serviços de saúde. Nessa época, é implantada a política de incentivo, com o repasse fundo a fundo de recursos para estado e municípios desenvolverem ações descentralizadas de prevenção e controle da AIDS, definindo como uma das principais metas a ampliação da parcela da população testada.

No ano de 2004, os testes rápidos para o diagnóstico do HIV são disponibilizados no País com maior intensidade e a introdução dessa tecnologia nos CTA passa a ser priorizada para ampliar as taxas de retorno aos serviços (busca pelo resultado do teste) e aumentar a testagem de populações mais vulneráveis com dificuldade de acesso.

Todos esses fatores contribuíram de forma significativa para a multiplicidade e heterogeneidade nas formas de organização dos CTA, tanto no que se refere às atividades desenvolvidas, à infra-estrutura existente, à incorporação dos princípios que orientaram a implantação dos serviços e à inserção na rede pública de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Os Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) são unidades da rede básica de saúde que têm como objetivos:

- Expandir o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV;
- Contribuir para a redução dos riscos de transmissão do HIV;
- Estimular a adoção de práticas seguras, encaminhar as pessoas soropositivas (infectados pelo HIV) para os serviços de referência;
- Auxiliar pessoas vivendo com HIV e AIDS no processo de adesão ao tratamento anti-retroviral;
- Estimular o diagnósticos de parceiros sexuais;
- Auxiliar os serviços de pré-natal na testagem sorológica de gestantes;
- Levar informações sobre a prevenção das DST, da AIDS e do uso indevido de drogas para populações específicas.



A principal meta do CTA, segundo Bittencourt (2004), é sua incorporação por parte dos serviços de atenção a saúde, por meio de articulações locais com as secretarias de saúde. Com isso serão garantidos os insumos e o pessoal especializado.

Os CTA's devem contar com uma equipe mínima composta por:

- Quatro aconselhadores dentre médicos, enfermeiros, profissionais de saúde mental, assistentes sociais ou educadores. Também podem ser incluídos outros profissionais de nível superior, contanto que possuam formação e/ou experiência na área da saúde. A equipe deve ser variada com um componente de cada categoria, preferencialmente;
- Dois coletadores (agentes de saúde ou auxiliares de laboratório ou técnicos de laboratório);
- Dois recepcionistas;
- Pessoal da limpeza.

De acordo com os critérios e diretrizes gerais da política dos CTA's estes devem atender todo e qualquer cidadão com dúvidas em relação a sua sorologia.

#### **4.1.2 CTA no município de Imbituba**

O município de Imbituba está situado no Litoral Sul do Estado de Santa Catarina, a 90 km da capital, sendo uma cidade portuária e turística, que durante o verão recebe uma população flutuante devido sua natureza, tendo aproximadamente 40 mil habitantes.

O primeiro caso de HIV confirmado em Imbituba foi em março de 1993 em uma pessoa do sexo masculino. Em dezembro deste mesmo ano foi confirmado o caso de uma mulher, sendo que no ano seguinte foi diagnosticado o vírus HIV em uma criança.

A cidade dispõe de um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e SAE - Serviço de Atendimento Especializado em Saúde, que desenvolve ações nas áreas de prevenção, diagnóstico, tratamento e assistência aos portadores de HIV/AIDS.

O programa DST/AIDS foi iniciado pelo bioquímico Dr. Fredo Wegner em junho de 1992. Os primeiros exames eram identificados somente com as iniciais do nome, onde era utilizado um método de trabalho entre o bioquímico e o paciente, com sigilo absoluto. Os exames eram coletados em loco, na residência dos pacientes. Todos os outros membros da equipe seguiam o roteiro de atendimento sem acesso a documentos.

Inicialmente a equipe era formada por um bioquímico, dois técnicos de saúde e um médico. Mais tarde uma assistente social se juntou à equipe para aconselhamento e entrega de exames, antes feito pelo bioquímico.

Entre 2003 e 2004 Dr. Fredo adoeceu e se afastou do programa, restando na equipe uma assistente social, um auxiliar de laboratório, um auxiliar administrativo, um psicólogo e um médico, este último concursado.

Sendo os demais profissionais contratados, tiveram de sair a pedido do Ministério Público, pois, conforme a CF de 1988 no artigo 37:

**II** - a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração.

Assim, foram chamados os profissionais selecionados no processo seletivo.

Hoje, a equipe do programa DST/AIDS que nomea-se CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento e SAE – Serviço de Atendimento Especializado é formada pelos seguintes profissionais:

- Coordenadora da Unidade Sanitária: Assistente social;
- Coordenadora do Programa: Assistente social;
- 1 Enfermeira;
- 1 Psicóloga;
- 1 Assistente social;
- 1 Médico clínico geral;
- 1 Técnica em laboratório;
- 1 Digitador.
- 1 Motorista

O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA/SAE) funciona como centro de aconselhamento, pré-teste, teste, pós-teste, tratamento, assistência psicossocial ao portador de HIV, ao doente em AIDS e outras DST ou doenças infecciosas e seus familiares, sendo este trabalho de atendimento e assistência a este usuário com a parceria das ONG's e todos os outros serviços existentes no município tais como: PSF- Programa de Saúde da Família, Conselho Tutelar, CAPS - Centro de Atendimento Psicossocial, Sentinela Programa de violência Infantil, Cerem - Centro de Referência da Mulher, enfim todo e qualquer política pública que venha a agilizar e beneficiar a qualidade de vida do usuário do serviço. (Manual da rede municipal de saúde, 2009)

A população usuária caracteriza-se por baixo poder aquisitivo e pouca escolaridade. Há procura de ambos os sexos e a faixa etária oscila entre 20 e 65 anos. Observa-se ainda que existe uma demanda grande encaminhada pela rede SUS.

O Programa conta com total apoio do Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, esta que está presente em todos os projetos de prevenção e conscientização promovidos pela Unidade Sanitária (MAISTO,2003). Atende demandas dos Municípios de Imbituba, Garopaba e Imaruí.

#### **4.2 Caracterização do Serviço Social no CTA**

O Serviço Social do CTA/SAE do município de Imbituba tem como objetivos:

- Informar e acolher o usuário;
- Desenvolver ações educativas às pessoas que vivem com HIV, familiares, parceiros e comunidade;
- Incluir o usuário nas políticas de saúde, assistência social e previdência;
- Promover a cidadania e o reconhecimento dos direitos individuais;
- Estimular a construção e organização da rede de referência e contra referência, incluindo as ONGs;
- Desenvolver ações dirigidas à educação da rede pública com o objetivo de capacitar pessoas na prevenção, diagnóstico e aconselhamento em DST/AIDS;
- Identificar e dar suporte para o enfrentamento de situações sociais e familiares geradoras de sofrimento.

A atribuição da assistente social desta unidade se direciona ao acolhimento do paciente, ao estímulo e adesão ao tratamento da Terapia Anti Retro-viral, possibilitando a qualidade de vida, visitas domiciliares, hospitalares, à unidade prisional, encaminhamentos dentro e fora do domicílio, busca ativa, distribuição da fórmula infantil às crianças expostas pelo HIV de mães portadoras, orientações e encaminhamentos a previdência social.

Durante o trabalho profissional do assistente social inserido no programa são utilizados diversos instrumentos técnicos como a entrevista, a visita domiciliar, trabalho em rede, pesquisa e estudo social. Como forma de registro, são utilizados prontuários do usuário, sistema de informação do Ministério da Saúde (SICLOM), livro de registros, reuniões em equipe com ata e quadros estatísticos.

#### **4.3 A experiência de estágio no CTA**

O estágio no Centro de Testagem e Aconselhamento do município de Imbituba aconteceu no período de maio de 2009 a novembro do mesmo ano. Esta experiência serviu para que pudesse apreender os desafios da prática profissional, o que é de extrema importância para a formação profissional de um estudante do curso de serviço social.

Durante todo o estágio tivemos várias discussões produtivas no sentido de instigar a visão crítica da realidade vivida pela instituição, pela sociedade em geral e pela profissão.

Teve-se dificuldade em acompanhar os atendimentos, pois, os usuários tinham receio em serem atendidos com uma pessoa estranha a elas observando esse atendimento. Aos poucos conseguimos mais abertura e pudemos acompanhar alguns casos. Isso porque para algumas pessoas que convivem com o HIV ou são doentes de AIDS precisam ter uma

sensação de segurança com o profissional, alguém que se possa confiar. Segundo Kern (2003):

existe uma certa especificidade nesta profissão, no sentido de mergulhar-se na vida privada das pessoas, talvez diferente de todas as outras profissões. Mergulha-se no mundo mais íntimo e passa-se a conhecer a vivência mais subjetiva do seu usuário nos enfrentamentos que ele faz.

Esse contexto pode não ser muito favorável ao profissional, pois, se precisar se ausentar o usuário poderá se sentir perdido e por fim abandonar o tratamento. No caso do serviço social do CTA, promovia-se a interação do usuário com outros profissionais encaminhando-os a eles, para que se sintam confiantes no programa em que está sendo atendido e não dependam apenas de um profissional.

Um ponto observado durante o estágio são as ações educativas em relação ao soropositivo e sua família no que se refere a questão do HIV/Aids: prevenção, alimentação, cuidados com a saúde entre outros assuntos inerentes a nova condição do usuário. A educação em saúde é um campo rico para o assistente social, onde a demanda é cada vez mais crescente. Segundo Vasconcelos (2003):

Ao esquecerem, ignorarem e/ou não enfrentarem a demanda por educação em saúde, os assistentes sociais não ocupam um dos espaços mais ricos na saúde, na possibilidade que ele coloca de conexão com a “questão social”. A educação em saúde se reveste de extrema importância, visto que atende a um interesse social – de saúde coletiva – e a um interesse individual – na construção/manutenção/proteção da vida da pessoa, de sua auto-estima.

Construir estratégias eficazes de enfrentamento da epidemia na área da prevenção é um dos desafios que se coloca na atualidade. O principal instrumento dessa estratégia é o processo educativo. Dessa forma entendemos que a educação para a saúde enquanto processo de interação e formação de sujeitos passa necessariamente pela inclusão de temas como cidadania, gênero, sexualidade, etnia, direitos humanos, entre outros, buscando a construção

de valores e atitudes saudáveis que promovam o desenvolvimento da autonomia e do senso de responsabilidade individual e coletivo.

Outro ponto importante nessa experiência foi vivenciar o trabalho do assistente social numa equipe multidisciplinar, onde o profissional pode conhecer mais do tema com que trabalha e a visão dos profissionais de outras áreas, como também ter a rede de apoio bem perto do usuário. Como nos coloca Vilella (2003) “A AIDS é um objeto complexo. Sua formulação, enquanto objeto de conhecimento e de intervenção, exige a participação de distintos saberes e de diversas dimensões da experiência humana”. Isto nos remete a idéia de que, no caso do HIV/AIDS, é preciso mais do que o conhecimento específico, mas sim conhecimentos em outra áreas. Vilella (2003) continua:

A construção interdisciplinar é, hoje, uma exigência no plano do conhecimento e das práticas sociais, em função da complexidade dos objetos com os quais nos deparamos e, conseqüentemente, da complexidade exigida para a sua leitura e interpretação.

Muitos dos desafios puderam ser constatados pela experiência de estágio. As dificuldades encontradas pelos profissionais em todas as áreas em que o serviço social atua, também tornam mais difícil o trabalho no CTA. Questões como a falta de recursos para a aquisição de passes de ônibus para que os usuários compareçam ao CTA para acompanhamento, ou cestas básicas para auxiliar as pessoas soropositivas a ter uma melhor alimentação, quesito indispensável para uma boa adesão ao tratamento.

Os problemas familiares também incidem diretamente no tratamento contra o vírus HIV. Como pudemos observar no CTA durante o estágio, vários casos de questões que afetam a família do usuário apareceram ao serviço social. Isto nos faz entender a importância da orientação familiar, onde se é esclarecido alguns pontos em relação à doença e qual é o papel da família frente a isso.

Uma outra preocupação é o caso das pessoas que vivem com HIV/AIDS que não querem aderir ao tratamento. Nessa situação a maioria adoece e gera ainda mais angústia aos familiares dessas pessoas que recorrem ao serviço social em busca de auxílio. Esse contexto traz a tona vários tipos de sentimentos na família desde a indiferença, ‘o cuidar de quem não quer ser cuidado’, até o medo da morte. Isso várias vezes faz com que os vínculos entre o usuário e sua família se rompam, deixando o caminho para a adesão ao tratamento ainda mais difícil. Porém “o processo de participação acontece numa situação em que o engajamento deve ser livre e consciente, em nível de compromisso como uma condição de passar da necessidade para liberdade” (KERN,2003), ou seja, a escolha do tratamento ou não deve estar a cargo do usuário, sempre que possível.

Pode-se observar também que as questões referentes à previdência social levaram muitos usuários a irem a sala do serviço social. Principalmente no que se refere ao auxílio doença. Nesse caso os usuários que estiverem com um quadro sorológico que incapacite para o trabalho, podem requerer o benefício. A assistente social do CTA então orienta o usuário no que se refere a documentação exigida pelo INSS e outras questões sobre o tema que possam aparecer. Isso porque é preciso levar os exames feitos no CTA à perícia médica.

No município de Imbituba, é constante o trabalho das ONG’s com o CTA, que disponibiliza aos usuários serviços oferecidos pelas ONG’s do município. São serviços como orientação jurídica, grupos de auto e mútua ajuda, oficinas terapêuticas entre outros. Desse modo essas entidades se tornam grandes parceiros do CTA na prevenção ao HIV/AIDS e na promoção de melhor qualidade de vida às pessoas que vivem com AIDS e suas famílias.

Porém, o assunto que mais nos interessou, e que também gerou dificuldades, foi o acompanhamento das crianças expostas ao vírus HIV através da transmissão vertical, isto é, da mãe infectada para o filho. Essa realidade é bastante complexa porque corresponde a vínculos afetivos e a iminência da contaminação do HIV, onde a mãe pode se sentir



responsável pela saúde da criança, o que é conflituoso para a mãe, para a família e para a sociedade.

Um dos desafios neste caso é encontrar uma maneira de orientar a mãe soropositiva a não amamentar seu filho, mas conduzi-la a promover o vínculo mãe-bebê de outras maneiras. Durante o estágio no CTA nosso objetivo centrava-se em levantar os dados das crianças expostas e o acompanhamento destas até então.

Para esse acompanhamento fizemos uma visita institucional ao Conselho Tutelar do município para levantar dados dessas crianças. Trabalhar em rede com o conselho tutelar é de grande importância, pois, os profissionais que trabalham com pacientes soropositivos não são resguardados por lei para ir a busca do paciente. Assim, quando uma criança, que necessita de acompanhamento e não o recebe por negligência dos pais, é ao conselho tutelar que se deve recorrer.

Segundo Simões (2009) o conselho tutelar “é um órgão municipal, público, permanente e autônomo [...] encarregado de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente, aplicando as medidas de proteção contra sua ameaça ou violação”. Por isso precisamos nos unir em busca da garantia do direito a saúde dessa criança.

Também fizemos visita institucional ao Hospital Infantil Joana de Gusmão em Florianópolis saber se as crianças expostas estavam sendo acompanhadas e se as crianças que já tem a doença estão tendo boa adesão ao tratamento. Isso é necessário, pois, o Hospital Infantil é referência nesse tipo de atendimento, visto que no município de Imbituba não tem médico especializado no assunto.

Após essas visitas e a pesquisa documental nos prontuários das crianças no CTA pudemos constatar que o tema traz vários desafios à profissão. É preciso visão crítica da realidade para compreender a vulnerabilidade da família da criança e as diferentes concepções de cuidado que as famílias têm em relação à criança exposta. É necessário que

o profissional também entenda a fragilidade em que se encontra essa mãe que não poderá amamentar o filho quando se fala tanto na importância da amamentação. Mas também deve-se ter como objetivo o direito a saúde dessa criança, independente da estrutura familiar em que ela vive, que também deve ter a atenção do assistente social.

#### **4.4 Os desafios do assistente social frente a política de combate ao HIV/AIDS no espaço do CTA**

A AIDS, desde seu surgimento, vem gerando questões desafiadoras. Essa epidemia expõe a complexidade dos desafios que enfrentamos neste estágio da vida social. Intervir nos problemas trazidos pela AIDS significa nos deparar com desafios que estão na discussão nos campos da ciência, da educação e do social.

O impacto das intervenções se amplia quando se estabelecem estratégias amplas dirigidas às causas socioeconômicas, que expõem a uma maior vulnerabilidade originada nas diferenças de gênero, na negação dos direitos humanos e na marginalização de grupos sociais.

A questão social nos impõe que sejamos profissionais cada vez mais capacitados para atender os cidadãos que são excluídos da sociedade capitalista, como nos diz Kern “a tarefa de repensar as dimensões da competência profissional, como teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política, passou a colocar-se como exigência de uma profissão preocupada com a qualificação de sua ação profissional” (KERN,2003,p.45).

Vivemos em um mundo onde está implantado a ideologia da responsabilização do sujeito, tirando-se o foco da efetivação dos direitos, como o sujeito fosse o responsável pela situação de vulnerabilidade em que vive. Segundo Faleiros “o empoderamento do sujeito para mudar suas relações constitui a base estratégica de intervenção do serviço social para

enfrentar essas exigências e resgatar sua auto estima, sua autonomia e sua cidadania” (FALEIROS,1999). No caso da Aids a questão do empoderamento do sujeito se dá nas relações do soropositivo com sua família, sociedade e com a própria instituição, visto que o sujeito não pode ser cliente mas sim um usuário desta instituição. Isso quer dizer que o serviço social deve preconizar o protagonismo do usuário, orientar ele a fazer suas escolhas e vir a ser responsável por seu próprio tratamento.

Na atualidade o neoliberalismo preconiza a transferência de responsabilidades do Estado para a sociedade civil. As dificuldades sentidas pelos profissionais que trabalham nos Programas DST/AIDS se colocam dentro das funções exercidas por um Estado que reduz os investimentos em políticas públicas. Nesse contexto, não são somente os profissionais prejudicados, mas uma população que necessita dos serviços, que se oferecidos de forma precária não respondem às necessidades. Como nos diz Faleiros (1999, p. 170):

O campo da ação profissional se restringe, mas a qualidade e a intensidade da ação devem aumentar a defesa dos direitos que ainda são mantidos. Na implementação de novos contratos há possibilidade de *empowerment* pela prestação de informações de interesse do usuário, de articulação de pressões e de expressão do usuário e de ampliação dos recursos administrativos e jurídicos para a defesa do usuário.

Com isso, como podemos observar na realidade do país, a exclusão do cidadão de sua própria cidadania e a individualização das políticas sociais que só tratam do emergencial, muitas vezes sem tanta efetividade, deixando o sujeito cada vez mais a margem da sociedade, tendo o mínimo possível para sua sobrevivência. Esse sistema perverso de economia, apenas distribui o necessário para manter-se aceso.

Assim, a construção da cidadania se torna mais difícil, pois a rede de proteção se fragmenta, focaliza segmentos, em vez de considerar o cidadão com “direito a ter direito” (FALEIROS,1999).

No CTA observamos o quanto esse contexto prejudica o trabalho do assistente social. O programa DST/AIDS não fornece mais recursos para complementação do trabalho como cestas básicas e passagens de ônibus. É complicado fazer o trabalho sem ter como garantir a vinda do usuário ao CTA e trabalhar a adesão ao tratamento sem garantir no mínimo a alimentação a ele. O Estado vem se esquivando cada vez mais de sua responsabilidade, o que recai diretamente no trabalho do assistente social e prejudicando os usuários do serviço social.

As ações profissionais dos assistentes sociais que se realizam diretamente nos espaços governamentais, têm sua preocupação voltada para a qualidade dos serviços prestados, o respeito aos usuários, investimento na melhoria dos programas institucionais, na rede de abrangência dos serviços públicos, reagindo contra a imposição de critérios de seletividade no acesso aos atendimentos. (BITTENCOURT, 2004, p. 43)

Um outro desafio do serviço social é saber articular a participação e a politização com prestação de serviços, como é o caso das ONG's, parceiros importantes na prevenção e adesão ao tratamento do HIV/AIDS. Essas organizações proporcionam ao usuário um trabalho mais profundo, além das questões relativas à doença, mas questões relativas a pessoa em si e seus familiares, o que em muitos casos o Estado não fornece esse tipo de atendimento. Segundo Kern (2003) “as tensões sociais, vinculadas aos preconceitos e às formas de exclusão e discriminação social, têm levado cada vez mais a um envolvimento político e solidário, demarcando novas teias e redes sociais”.

Para Faleiros “cabe ao serviço social abrir canais de diálogo e participação, levar propostas de abertura das organizações para a sociedade e formar redes de ação” (FALEIROS, 1999). Assim, deve-se articular com a rede a perspectiva de que, segundo Faleiros, o grupo de pessoas que convivem com HIV/AIDS “deve ser considerado e atendido, em primeiro lugar como cidadãos, e não na sua particularidade”. Desse modo, não se dá ênfase a doença, descaracterizando a cidadania do usuário, vendo ele não como sujeito de direitos, mas como apenas portador da doença, e caracteriza-o como cidadão.

Sabe-se que não se trata simplesmente de uma doença física. A questão é bem mais profunda. Kern (2003) coloca que “na profundidade da representação social, a doença tem-se constituído como um dos aspectos mais radicais de impacto na vida das pessoas”. Não se pode mais tratar esse tema numa perspectiva tecnocrática ou de diagnóstico e tratamento. É preciso perceber o que está implícito na relação com o usuário, sua fragilidade diante da situação exposta e a vulnerabilidade na vida social. Segundo Vilella (2003) “O HIV e a AIDS constelam uma série de defesas psíquicas e emoções, às vezes ambíguas e contraditórias. Não dá para fazer assistência em AIDS achando que as pessoas vão lidar com isso com a mesma racionalidade que lidam com outras questões”. O subjetivo conta muito para se fazer o atendimento nesses casos.

Para trabalhar nesse contexto o assistente social deve saber identificar o que está implícito durante o acompanhamento social para saber onde intervir. Isso requer adoção de estratégias no decorrer do acompanhamento social, construídas na relação com o usuário, que resgatem a identidade, a autonomia e a emancipação do sujeito. Kern (2003, p. 45) coloca:

A prática não pode ser considerada pronta, acabada, mas esta se estabelece num processo de construção. A prática não pode preceder os usuários, mas é construída por eles. Pressupõe uma construção coletiva sob a responsabilidade do profissional e dos usuários, no sentido de não construir a ação considerando a instituição como sistema fechado, mas sim visar os horizontes da sociedade.

Além disso, é preciso que o profissional de serviço social tenha conhecimentos na área da medicina, da enfermagem e de outra área para que não fique apenas no atendimento às necessidades primárias e fazendo encaminhamentos. Precisa de múltiplos conhecimentos para qualificar a ação investigativa e interventiva do profissional.

Se para o cidadão comum, está cada vez mais difícil e longínqua a possibilidade de entender as contradições e a complexidade da organização social capitalista, para um profissional que trabalha com a “questão social”, fruto desta organização social, um mínimo de preparação teórica, técnica, política e ética torna-se determinante e, dependendo dos objetivos propostos, uma preparação necessária. (VASCONCELOS, 2003, P.421)

Um outro desafio encontrado no trabalho do assistente social é orientar a família da pessoa que vive com HIV/AIDS. De todos da família, uma pessoa ao menos deve saber da condição do usuário, para que essa pessoa saiba como agir em um caso de emergência, visto que os doentes de AIDS são muito suscetíveis à doenças oportunistas. O profissional de serviço social tem que orientar sobre a adesão ao tratamento e as novas condições de saúde do usuário, fazer uma ponte com a família no enfrentamento da doença.

É difícil para o profissional mediar essas relações, visto que, envolve várias questões particulares, próprias da família, os vínculos afetivos entre seus membros. Isso pode estar implícito aos olhos do serviço social, o que se torna uma grande dificuldade no trabalho do assistente social.

Uma questão bastante comum nas orientações familiares é a questão do medo de contágio. Por não conhecer bem a doença, os familiares se sentem receosos por compartilhar o convívio com a pessoa que vive com a doença. Segundo Santos (2006):

Para a família, ter alguém no núcleo familiar com AIDS é algo inesperado. Isso porque no imaginário coletivo da família, HIV/AIDS é uma coisa que atinge outra família e não a dela. Essa nova situação interfere nos vínculos familiares, pois envolve o medo da contaminação, o preconceito e a discriminação.

É nesse contexto que se percebe a importância do assistente social, que é o profissional que tem habilidades para intervir nestes casos. Isso porque além de precisar ter vasto conhecimento na área, é necessário conhecer a realidade da família, seus medos, suas angústias, suas preocupações, orientando a família e dando suporte no que for necessário. Esse trabalho se faz importante pela complexidade da questão saúde, como nos colocam Nogueira e Mioto (2006):

[...] a definição de necessidades de saúde ultrapassa o nível de acesso a serviços médicos [...] Mais que isso, envolve aspectos éticos relacionados

ao direito à vida e à saúde, direito e deveres. Nesse sentido é necessário apreender a saúde como produto e parte do estilo de vida e das condições de existência, sendo que a situação saúde/doença é uma representação da inserção humana na sociedade.

A grande parte dessas famílias possuem baixa renda, o que agrava ainda mais a situação da pessoa que convive com HIV. Assim, quanto mais vulnerável economicamente e socialmente a família estiver, mais o portador de HIV/AIDS fica exposto à rejeição familiar. Santos(2006) coloca que “essa relação é dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida e com a forma como se desenvolveu na convivência familiar”. Porém, sabe-se que não são todas as famílias que excluem e rejeitam seus membros, mas se tem um número bem expressivo quando se trata da epidemia de HIV/AIDS. Em muitos casos a família adoce junto com o doente, sendo que precisa de assistência tanto quanto o indivíduo adoecido. Santos (2006) nos diz que “no entanto, o mesmo (o trabalho com as famílias) não pode constituir em oferecer respostas imediatas e vazias de uma reflexão mais aprofundada da ação realizada”, é necessário entrar no âmago da questão e tentar responder as angústias das famílias, “um trabalho mais consciente pode evitar que seja desencadeado o processo de rejeição familiar, que é bem significativo no universo epidêmico de HIV/AIDS” (SANTOS,2006,p.18).

Além da orientação familiar, o serviço social no CTA também faz orientação a demanda externa, ou seja, as pessoas que ainda não fazem parte do programa. Essa demanda pode ser espontânea, incentivada pela situação de risco de contaminação por qual a pessoa passou ou encaminhada da rede SUS. Essa é uma orientação geral sobre HIV/AIDS e qualquer profissional que trabalha no CTA (médico, psicólogo) pode fazer. Esse trabalho não é específico do assistente social, mas se configura como um desafio, pois, além de precisar de capacitação contínua do profissional ainda necessita de empenho do

assistente social em dar as orientações corretas e promover a confiança e o vínculo do usuário com a instituição.

A condição de vida da população atendida também se torna um grande desafio para o serviço social. O aumento do empobrecimento destes usuários faz aumentar a demanda para a profissão e os agravos da saúde são maiores quando a população não tem o mínimo de condições para sobreviver dignamente. Santos (2006) coloca:

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

Sendo assim, é difícil para o usuário dar conta de usar a medicação, que possui vários efeitos colaterais, levar o tratamento adiante e cuidar das doenças oportunistas. Nessa situação o doente de AIDS fica sem forças para enfrentar a doença e compromete sua saúde.

Outro assunto importante que chega ao serviço social são as questões referentes à previdência social. Nesses casos a saúde está ligada a previdência por esta última interferir na vida do doente de AIDS que é trabalhador assalariado. O assistente social mais uma vez deve ter conhecimento na área para saber orientar esse usuário na busca por um benefício no Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. Weinstein (2003) coloca:

Um desafio é refletir o papel do Estado e da sociedade civil em lidar com a AIDS como uma questão multissetorial e não somente ligada à área da saúde: as políticas sociais de trabalho, de desenvolvimento econômico, previdenciário. Isso demanda a criação de algumas alternativas diferentes e criativas: tentar mudar ou rever esse paradigma, incluir a comunidade atingida e profissionais de diversa áreas [...].



Outro grande desafio para o serviço social no CTA é o acompanhamento das crianças expostas ao vírus HIV através da transmissão vertical, isto é, de mãe para filho.

A transmissão vertical do HIV ocorre pela passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o parto ou a amamentação, sendo que cerca de 35% dessa transmissão ocorrem durante a gestação, 65% acontecem no periparto e há um risco acrescido de transmissão pela amamentação de 7% até 22% por exposição (mamada).

A taxa de transmissão vertical de HIV, quando não são realizadas todas as intervenções de profilaxia, atinge cerca de 25% dos recém-nascidos de gestantes HIV positivo, podendo ser reduzida a níveis entre 1 a 2% com a aplicação de medidas adequadas durante o pré-natal, parto e puerpério. Essas intervenções são: o uso de anti-retrovirais, a partir da 14<sup>a</sup> semana de gestação; utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto; realização de parto cesáreo, quando indicado; AZT oral para o recém-nascido exposto, do nascimento até 42 dias de vida e inibição de lactação associada ao fornecimento de fórmula infantil até os 6 meses de idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). No caso do CTA a fórmula infantil é fornecida pelo serviço social.

O acompanhamento à criança exposta vem desde o pré-natal até os dois anos de idade, quando se tem o resultado definitivo de infecção ou não por vírus HIV.

Muitos encaminhamentos por parte da saúde pública vem tentando diminuir os casos de transmissão vertical do vírus HIV. Segundo o Ministério da Saúde, em 2004 a taxa estimada de transmissão vertical do HIV, no Brasil, foi de 6,8 %, sendo que nos locais onde as medidas profiláticas preconizadas pelo Ministério da Saúde foram implantadas na rotina pré-natal, as taxas de transmissão vertical foram reduzidas a menos de 2% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

No caso das crianças expostas, o acompanhamento é de suma importância para que todas as medidas para a não transmissão do vírus HIV sejam aplicadas a fim de garantir o direito da criança de crescer sem AIDS. Vieira (2007, p. 38) coloca:

Contudo enfatizamos, do supremo direito da criança a nascer saudável decorre o dever ético e incontornável da mulher em conhecer a sua situação face ao HIV e aderir as medidas preventivas da transmissão vertical que lhe deverão ser propostas de modo adequado à sua cultura e aos seus conhecimentos.

Porém ainda existem crianças que acabam sendo infectadas pelo vírus. Isso geralmente ocorre quando não são tomadas todas as medidas para evitar a contaminação na gestação, parto ou puerpério, ou quando a mãe soropositiva acaba por amamentar a criança. Essa situação traz conflitos para a família dessa criança. A primeira e maior tensão emocional da família que convive com a criança soropositiva para o HIV está relacionada ao diagnóstico, no qual a expectativa e a ansiedade inicial frente a incerteza se agrava quando realizada a confirmação.

Nesse contexto, o papel do assistente social é de viabilizar as condições para que o usuário possa cuidar de sua saúde, buscar a emancipação através dos direitos sociais e contribuir na luta por políticas sociais que dêem conta do enfrentamento da doença. Faleiros (1999) nos diz que “a rede de proteção social deve levar em conta o sofrimento do desempregado, a perda de referências diante da mudança da própria família e da crise existencial”. Assim, trata-se de uma luta muito mais abrangente do que a especificidade da epidemia da AIDS.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após anos de epidemia podemos observar que a AIDS não é uma doença que atinge um determinado grupo de pessoas. Pode atingir qualquer pessoa que passe por comportamento de risco, como não usar preservativo em uma relação sexual ou fazer uso de drogas injetáveis. Porém ainda existe discriminação e preconceito com alguns grupos como homossexuais e profissionais do sexo, traduzindo-se no elemento mais forte no imaginário da AIDS: a moralidade.

Mesmo com os indicadores epidemiológicos indicando que qualquer pessoa pode vir a ser contaminada com o vírus HIV, a moralidade ainda faz parte dos desafios enfrentados na luta pela prevenção da AIDS. Bittencourt (2004, p. 65) nos diz:

As práticas sexuais estão inseridas em um contexto que envolve vários tipos de relações entre pessoas. Poder, gênero, condições sócio-econômicas, acesso a informações, acesso aos serviços de saúde de boa qualidade são determinantes de comportamentos que envolvem os riscos maiores ou menores de se contrair uma doença e as relações sociais e culturais que permeiam estas doenças, como tabus, códigos sexuais aceitos pela sociedade, fidelidade, casamento, opção e preferências sexuais.

Diante disso, podemos perceber o quanto é importante o profissional de serviço social estar atento e capacitado para conhecer sua população usuária e identificar quais são os meios onde se possa intervir. Para Bittencourt (2004) “Construir uma prática de saúde tendo como principal tarefa reduzir os impactos da epidemia é um trabalho árduo, a importância do CTA nesta missão é fundamental”. Assim, sugerimos a capacitação periódica dos profissionais que trabalham no CTA, pois, o profissional deve estar apto a lidar com as situações que possam ser enfrentadas e poder repassar as informações aos usuários e prepará-lo para conviver ou não com o vírus da AIDS.

Uma questão bastante relevante que podemos ver nos dados apresentados é uma tendência da transmissão do HIV em mulheres. A feminilização da doença está cada vez mais aparecendo nos dados epidemiológicos fazendo com que se tenha atenção aos casos de transmissão vertical. Por isso sugerimos o desenvolvimento de ações efetivas mais focalizadas nas mulheres, principalmente em idade reprodutiva, que remete à transmissão vertical, assim como a população de baixa renda, que vem crescendo nos índices de contaminação por HIV.

Durante toda a trajetória na busca de uma saúde pública como preconiza o SUS baseada na universalidade, na integralidade e na equidade, percebemos que obtivemos significativos avanços, mas também muitos retrocessos, principalmente no que se refere à participação do Estado no cumprimento de suas obrigações, que está cada vez mais se abstendo e responsabilizando a sociedade civil.

O assistente social se insere, no interior do processo de trabalho em saúde, como agente de interação ou como uma ponte entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, assim podemos concluir que seu principal objetivo parece ser assegurar a integralidade das ações. Bittencourt (2004, p. 68) nos diz:

A objetivação do trabalho do assistente social, na área da saúde, também cumpre 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.

O profissional de serviço social nos desafios postos na atualidade deve repensar as dimensões de sua competência profissional e se capacitar para conquistar novos espaços, romper com paradigmas já estabelecidos. Nesse sentido, para enfrentar a epidemia do HIV/AIDS de forma eficaz, o serviço social precisa contribuir para que os indivíduos tenham informação sobre o tema e que a informação seja agregada a esse usuário, de forma que ele possa entender e trazer para sua vida. Assim, possa que ocorra uma mudança de comportamento diante do preconceito e da discriminação que permeia a doença.

A AIDS se constitui em um problema de saúde pública de relevância. Pois durante muitos anos a epidemia veio crescendo no país. O estado de Santa Catarina se destaca em relação à epidemia por apresentar várias cidades com alta incidência de AIDS na escala nacional. O município de Imbituba também vai ao encontro do perfil da epidemia no país e no estado, com número de casos cada vez maiores em mulheres.

O delineamento dessa pesquisa teve início durante o estágio curricular obrigatório quando tivemos interesse em levantar os desafios do serviço social no Centro de Testagem e Aconselhamento. Pudemos perceber durante a pesquisa que os desafios são muitos e que não puderam ser levantados nessa pesquisa. Porém foram discutidos os desafios que mais

apareceram na prática profissional do assistente social da instituição, que fazem parte também dos desafios impostos a profissão.

Durante a experiência de estágio percebemos o quanto esses desafios tornam o trabalho do assistente social mais complexo e como essas problemáticas interferem uma na outra. As questões de previdência perpassam a área da saúde, visto que, é por causa do adoecimento que o usuário pede o auxílio doença. O assistente social deve ter conhecimento em diversas áreas para melhor orientar o usuário.

Ao final do trabalho percebe-se que o CTA é um grande aliado na prevenção e controle da epidemia do HIV/AIDS. É a ‘porta de entrada’ para o usuário conhecer o programa DST/AIDS e testar sua sorologia, receber orientações sobre prevenção e cuidar da sua saúde caso for doente de AIDS. Assim, apontamos a necessidade de aumentar a inserção do assistente social no espaço dos CTA, onde há várias possibilidades e desafios à profissão.

Ao final percebe-se que são muitos enfrentamentos dirigidos ao Serviço Social, o qual deve ter profissionais capacitados e comprometidos com o projeto ético-político da profissão, para atuar de forma a articular a efetivação de direitos e o empoderamento dos usuários, buscando sua autonomia e sua cidadania.

## REFERÊNCIAS

BITTENCOURT. Simone T. **Processo de trabalho do Assistente Social na saúde pública - divisão de DST/HIV/Aids e sífilis congênita: um estudo qualitativo sobre o usuário e a prática do aconselhamento nos Centros de Testagem e Aconselhamento. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) - Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.**

BORBA, Julian. Políticas de saúde e democracia: estratégias, impasses e contradições do movimento sanitário brasileiro. **Katálysis**, Florianópolis, n. 3, 1998.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <[http://www.dji.com.br/constituicao\\_federal/cf037a038.htm](http://www.dji.com.br/constituicao_federal/cf037a038.htm)>. Acesso em 11 jun. 2009.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Informe da Atenção Básica**. n. 44. Brasília: [s.n], 2008.

\_\_\_\_\_. **Assuntos referentes à AIDS**. Disponível em <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em 07 jun. 2009.

\_\_\_\_\_. **Plano operacional para redução da transmissão vertical do HIV e da Sífilis**. Brasília,2007.

\_\_\_\_\_. **Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil: desafios para a equidade e o acesso.** Brasília: [s.n], 2008.

DA ROS M.A. Políticas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKI, Marcos; OLIVEIRA, Alexandre Palma; ESTEVÃO, Adriana (Orgs.). **A saúde em debate na educação física.** Blumenau: Edibes, 2003.

FALEIROS, Vicente de Paula. Desafios do Serviço Social na era da globalização. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 61, 1999.

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

GRISOTTI, Márcia. Políticas de saúde e sistemas médicos no brasil. **Katálysis**, Florianópolis, n. 3, 1998.

IMBITUBA (SC). Secretaria Municipal de Saúde. **Manual da rede municipal de saúde.** Imbituba, 2009

KERN, Francisco Arseli. Estratégias de fortalecimento no contexto da AIDS. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 74, 2003.

MAISTO, Ana Caroline. **Relatório Geral de Estágio: Unidade Sanitária do Centro-Imbituba.** 2003. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Ciências Biológicas) - Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, 2003.



MOTA, Ana Elizabete. . **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, José Paulo. Transformações societárias e serviço social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 50, 1996.

PIRES. Margot I.S. **A inserção do assistente social nos programas de DST/HIV/AIDS no Estado de Santa Catarina.** 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Centro Sócio-Econômico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis,2005.

SANTA CATARINA. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **25 anos da epidemia da AIDS: uma história de lutas, avanços, desafios e conquistas.** Florianópolis: DIVE, 2009. Disponível em <<http://www.dive.sc.gov.br>>. Acesso em: 15 nov. 2009.

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

VASCONCELOS. Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez, 2003.

VILELLA, Wilza. **A AIDS como objeto complexo e desafiador, e a exigência de construção de um campo de saber interdisciplinar: reflexões sobre assistência à AIDS.** [s.l.]: ABIA,2003.

WEINSTEIN, Ana Lúcia. **Obstáculos e desafios da interdisciplinaridade as integrações: reflexões sobre assistência à Aids.** [s.l]: ABIA,2 003.