



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER

Priscila Nolasco de Oliveira

**Serviço Social na enfermaria: Acolhimento aos usuários
internados com HIV/aids no Hospital Universitário de
Brasília**

Brasília (DF), julho de 2009.

Priscila Nolasco de Oliveira

**Serviço Social na enfermaria: Acolhimento aos usuários
internados com HIV/aids no Hospital Universitário de
Brasília**

**Monografia apresentada ao
Departamento de Serviço Social na
Universidade de Brasília para
obtenção do diploma de graduação em
Serviço Social, sob orientação do Prof.
Dr. Mário Ângelo Silva e Co-
orientação de Msc. Wania Carvalho.**

Brasília (DF), julho de 2009.

Dedico esta monografia a todas as pessoas vivendo com HIV/aids, pela força e luta pela garantia de direitos e pela vida que foram a minha motivação para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao Projeto Com-Vivência por me proporcionar experiências e um aprendizado intenso e singular durante minha formação profissional. Que este trabalho possa contribuir ainda mais com a atuação de seus alunos e profissionais no atendimento psicossocial às pessoas soropositivas. A estes dedico minha gratidão, admiração e mais profundo respeito.

Agradecimentos

A Deus por gerar em mim a convicção de uma fé que pensa e uma razão que crê.

Ao orientador deste trabalho Professor Doutor Mário Ângelo Silva, pelas imprescindíveis orientações e disponibilidade para me direcionar na concretização deste projeto.

À Assistente Social e Co-orientadora deste trabalho Professora Mestre Wania Maria do Espírito Santo Carvalho, pelas valiosas contribuições e incentivo ao longo de minha formação acadêmica.

À coordenadora do Projeto Com-Vivência Professora Doutora Eliane Seidl, e a todos os demais colegas do Projeto – profissionais, estagiários e técnicos administrativos - pelo apoio e amizade.

À minha família: Meus pais Gilson e Marleide; minha querida irmãzinha Isabelle; e meus sogros João Florentino e Enezita por todo amor e apoio dedicados a mim em toda a minha trajetória.

Ao meu amado João Guilherme, pelo seu amor, amizade, cumplicidade e companheirismo em todos os momentos, pois seu apoio faz toda a diferença.

Às colegas do grupo PET/SER por enriquecerem a minha graduação com sua amizade e realização de um trabalho sério envolvendo ensino, pesquisa e extensão que certamente fez a diferença em minha formação.

Aos meus amigos que, distantes ou não, participaram dessa etapa e sempre me incentivaram a prosseguir.

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Perfil sócio-demográfico dos usuários internados	42
Tabela 2 – Rede de apoio social e familiar.....	46
Tabela 3 – Situação de trabalho e renda.....	49
Tabela 4 – Hospitalização, Diagnóstico e Adesão.....	52

Resumo

O presente estudo é resultado da implantação do projeto de intervenção elaborado no Projeto Com-Vivência/HUB durante as disciplinas Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II. Seu objetivo foi a implantação do acolhimento com avaliação de risco social na enfermaria do HUB para as pessoas soropositivas. Para isso, realizou-se um estudo quali-quantitativo com vistas a traçar o perfil dos usuários internados, e identificar as demandas para o Serviço Social na enfermaria. O Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, e o trabalho de campo foi realizado durante dois meses. Este se constituiu na aplicação de questionário semi-estruturado com predomínio de respostas fechadas a todas as pessoas soropositivas internadas pela DIP com conhecimento de seu diagnóstico a pelos menos um mês, e posterior análise qualitativa. Em relação ao perfil dos usuários, o estudo revelou que: 1. A maior parte dos usuários internados possui baixa escolaridade e renda, 2. Residem em locais do Distrito Federal e Entorno considerados intermediários ou pobres em termos de infra-estrutura, 3. Tais moradias são, em geral, pertencentes a parentes ou amigos, 4. Estão em idade produtiva e reprodutiva, mas menos da metade da amostra exercia trabalho remunerado, 5. Há uma inexpressiva participação em movimentos sociais relacionados ao HIV/ aids, 6. 50% da amostra afirmou ter problemas com a adesão. Os principais fatores dificultadores da adesão foram: 1. Baixa compreensão da atuação da TARV no organismo, 2. Falta de apoio social/familiar, 3. Efeitos colaterais, 4. Dissociação do uso da TARV com as práticas do cotidiano, 5. Desvinculação do usuário com o serviço procurando-o somente em caso de agravo de sua saúde. A implantação do acolhimento possibilitou ao serviço social atuar de forma mais estruturada. Dentre as principais demandas identificadas durante a internação estão as ações de suporte social como a articulação da rede de saúde e das demais políticas sociais, encaminhamentos para acesso a benefícios e documentos de direitos sociais, articulação junto à família, comunidade e instituições (OnG, Movimentos Sociais) e atuação junto a encontros que proporcionem discussões acerca das condições de vida e saúde dos usuários. Assim, considerou-se que a implantação do acolhimento contribuiu com a garantia de direitos sociais dos usuários e com a atuação do Serviço Social na enfermaria possibilitando-o pautar sua prática para além de ações estritamente emergenciais, fortalecendo o vínculo entre profissional e usuário com maior resolutividade.

Palavras-chave: Acolhimento, HIV/ aids, Serviço Social.

Abstract

This study is the implantation resulting of an intervention project built in Projeto Com-Vivência/HUB during the courses Estágio Supervisionado em Serviço Social I and II. It's objective was to implant the user embracement with social risk in HUB's infirmary to soropositive people. For this, was made a qualitative and quantitative research to build hospitalized people profiles and identify Social Work demands in infirmary. The project was submitted to Comitê de Ética em Pesquisa, and the field word had the duration of two months. This last was about submit people to questions half-structured with most parts of closed answers to everybody soropositive inside IPD with knowledge about diagnostic since at least one month before and forward qualitative analysis. About users' profiles the study revealed: 1. Most of the users has low studying time and money as well; 2. Live in intermediate and poor places, in economical issues, inside Distrito Federal and around it; 3. This houses belong, in general, to friends or family; 4. They are able to work and reproduce, but least than a half was working for money; 5. There is an inexpressive participation in social movements associated to HIV/ aids; 6. 50% of confirmed that have problem to join the treatment. The principal factors that made harder the adherence were: 1 Few comprehension of TARV's acting in human body; 2. Difficult in social/familiar support; 3. Collateral effects; 4. TARV's using and daily activities dissociation; 5. User and hospital services untying, looking for him only when health get worse. A user embracement implantation turned the service able to act with better structure. Between most important demand identified during the hospital are social support actions like health network articulation and other social politics, routing to benefit access and social rights documents, articulation with the family, community and institutions (NGO, Social Movements) and acting with meetings that could bring some discussions about user's life and health conditions. So, was considered that user embracement implantation contributed to Social Work acting on infirmary making it able to rule its practice to more than strictly emergency acting helping to get stronger the link between professional and user with real results and acting on their social rights guarantee.

Keywords: User embracement; HIV/aids; Social Work.

Sumário

Introdução	10
CAPÍTULO I	14
A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL	14
A construção do conceito de saúde.....	14
A Saúde no Brasil do século XX.....	15
O Movimento de Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde.....	19
O Serviço Social na Saúde.....	24
CAPÍTULO II	27
A EPIDEMIA DE HIV/ aids	27
2.1. Surgimento da epidemia	27
2.2. A resposta brasileira à epidemia e suas tendências contemporâneas	28
2.3. Internação no contexto do HIV/aids.....	30
CAPÍTULO III.....	33
INTEGRALIDADE, HUMANIZAÇÃO e ACOLHIMENTO COMO PRESSUPOSTOS PARA INTERVENÇÃO	33
3.1.: Integralidade: Compreendendo os sujeitos como totalidades	33
3.2. A Política Nacional de Humanização nas práticas de saúde	35
3.3. O acolhimento como postura ético-profissional para o Serviço Social.....	38
CAPÍTULO IV	41
PROCEDIMENTOS DE PESQUISA E ANÁLISE DE DADOS.....	41
4.1. Metodologia e procedimentos éticos	41
4.2. Análise de dados.....	43
4.2.1. Perfil sócio-demográfico dos usuários internados:	43
4.2.2. Rede de apoio social e familiar	47
4.2.3. Situação de trabalho	50

4.2.4. Questões relacionadas à internação e adesão	53
4.2.5. Principais demandas para o Serviço Social na enfermaria.....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	62
APÊNDICE.....	68
ANEXOS	75

INTRODUÇÃO

O presente estudo foi realizado em atendimento à solicitação da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), requisito obrigatório para formação acadêmica em Serviço Social pela Universidade de Brasília – UnB. Trata-se da implementação do projeto de intervenção elaborado durante as disciplinas Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II no espaço institucional do Projeto Com-Vivência localizado no Hospital Universitário de Brasília – HUB.

Desse modo, pretende-se colaborar com o Serviço Social do Projeto Com-Vivência mais especificamente no que diz respeito ao acolhimento de seus usuários internados no HUB. Assim, além de contribuir com a construção de novas estratégias de intervenção, espera-se fomentar discussões acerca da importância do Serviço Social na área da saúde e também sobre os direitos sociais das pessoas vivendo com HIV/ aids (PVHA).

A principal influência para a realização deste estudo foi a experiência de prática profissional obtida durante a realização das disciplinas Estágio Supervisionado em Serviço Social I e II no espaço institucional do Projeto Com-Vivência “Ações Integradas de Estudos e Atendimento às Pessoas Portadoras do HIV/ aids e Familiares” que constitui um projeto de atendimento psicossocial no ambulatório e na enfermaria do Hospital Universitário de Brasília – HUB.

O HUB integra a Rede de Hospitais Universitários do Ministério da Educação, e desenvolve atividades-fim de assistência à saúde, ensino de graduação e pós-graduação, atividades docentes, assistenciais e pesquisa. Situado no espaço ambulatorial do HUB, o Com-Vivência é um projeto de extensão de ação contínua da Universidade de Brasília – UnB, que foi aprovado pelo Decanato de Extensão (DEX) em 1996. Foi idealizado pelo professor Dr. Mário Ângelo Silva do Departamento de Serviço Social da UnB com o objetivo de realizar atendimento psicológico e social as pessoas vivendo com HIV e doentes de aids no Distrito Federal, uma vez que na época não existiam outros serviços especializados nesse atendimento. Em sua organização o Projeto está vinculado à Clínica Médica, mais especificamente ao ambulatório de Doenças Infecto-parasitárias - DIP.

A atual coordenadora do Com-Vivência é a professora do Instituto de Psicologia, do Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento (PED/IP), professora Dra. Eliane Maria Fleury Seidl e a orientação e coordenação do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social no Projeto é da professora Wania Carvalho.

Ao longo de sua consolidação, o Projeto vem desenvolvendo ações integradas no atendimento a pessoas portadoras do HIV/ aids e seus familiares em atividades de prestação de serviços à comunidade do Distrito Federal e também de outros municípios na área de prevenção, e assistência, atividades de ensino - como campo de estágio curricular para alunos do curso de Psicologia e Serviço Social da UnB - e pesquisa sobre a temática. Além dessas atividades o Projeto consolidou-se como referência na área de capacitação de recursos humanos na área do HIV/aids.

As ações realizadas são fundamentadas em princípios norteadores do agir profissional, tais como o direito à saúde, a universalidade do acesso, a integralidade e a equidade na atenção dispensada, que são princípios ideológicos do Sistema Único de Saúde – SUS.

A saúde não é compreendida como a ausência de doenças, mas a partir de uma perspectiva ampliada que define a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2008a: 131).

Assim, partindo da premissa que “a integralidade é um conceito que permite uma identificação dos sujeitos como totalidades” (MACHADO, 2007:336), o usuário deve ser considerado em suas dimensões física, psicológica e social, e por isso, faz-se necessário, para garantir um atendimento integral, a constituição de equipes multiprofissionais e interdisciplinares.

Também direcionam as atividades do Projeto o respeito e a valorização das diferenças, a confidencialidade e sigilo profissional, e o fortalecimento da autonomia e independência, pois o usuário é percebido como sujeito no processo saúde-doença.

Com a vinculação do serviço à Clínica Médica, as demandas podem ser encaminhadas ao Projeto via consulta médica. Outros Hospitais da rede pública

(Secretaria do Estado de Saúde - SES/DF) ou privada do Distrito Federal também encaminham pacientes soropositivos para o atendimento psicossocial no HUB, pois o usuário pode ser atendido por profissionais no Com-Vivência e continuar seu tratamento médico-farmacêutico em outra localidade. Mas o movimento inverso também pode acontecer, ou seja, a demanda pode chegar ao Projeto para atendimento psicossocial e posteriormente ser encaminhada à Clínica de Doenças Infecto-Parasitárias – DIP.

Em outros casos, a demanda pode chegar espontaneamente ao serviço por meio de atividades como a distribuição de preservativos, ou o aconselhamento pré-teste anti-HIV. Além disso, há episódios em que a demanda é identificada através de encaminhamento médico para internação. De modo geral esses casos compõem quadros mais debilitados de saúde causados por doenças oportunistas¹. Nesses casos, é fundamental que o Serviço Social vá de encontro aos usuários internados buscando a identificação das demandas sociais, e traçando estratégias de intervenção.

Nesse contexto, o problema que motivou este estudo foi à qualificação do trabalho desenvolvido pelo Serviço Social do Com-Vivência na enfermaria do HUB.

Assim indagou-se: 1) Em que medida a implantação do Acolhimento – na perspectiva da Política Nacional de Humanização – PNH, na enfermaria da clínica médica de Doenças Infecto-Parasitárias do HUB, pelo Serviço Social do Projeto Com-Vivência, pode auxiliar na identificação precoce de demandas e de situações de risco social referentes às pessoas vivendo com HIV/ aids internadas no HUB ? 2) De que modo a escuta qualificada, pressuposto do Acolhimento, pode contribuir para a construção de estratégias para permitir maior resolutividade dessas demandas?

Considera-se que uma hipótese é uma afirmação provisória a respeito de um determinado fenômeno em estudo (MINAYO, 2006). Assim, a hipótese aqui testada empiricamente foi:

O acolhimento realizado pelo Serviço Social do Com-Vivência na enfermaria da clínica médica do HUB qualifica a ação profissional agilizando procedimentos e

¹ Segundo Resolução INSS/DC N. 89, de 05 de abril de 2002, são doenças oportunistas aquelas que se desenvolvem em decorrência de uma alteração imunitária significativa no hospedeiro. Há uma grande variedade de doenças oportunistas associadas à Aids, podendo ser causadas por vírus, bactérias, protozoários, fungos e certas neoplasias.

garantindo maior resolutividade das intervenções na medida em que possibilita uma escuta qualificada, construção do vínculo entre profissional-usuário, e a identificação de vulnerabilidades sociais e de demandas relevantes que colocam as pessoas com HIV/ aids em risco social.

Se essas situações de risco forem identificadas durante o período de internação, as estratégias de intervenção podem ser formuladas antes da alta hospitalar, o que pode contribuir tanto com a efetivação dos direitos dos usuários quanto com a desconstrução do Serviço Social curativo e hospitalar.

Por isso, esse trabalho teve como objetivo implantar o acolhimento com avaliação de risco social segundo o referencial da Política Nacional de Humanização na enfermaria do HUB para pacientes internados na DIP com HIV/ aids.

Ao longo desse trabalho, foram objetivos específicos:

- a. Discutir o conceito de acolhimento segundo o referencial da Política Nacional de Humanização (PNH);
- b. . Sistematizar o acolhimento do Serviço Social do Projeto Com-Vivência na enfermaria do HUB;
- c. Traçar o perfil dos usuários internados com HIV/ aids no HUB;
- d. Realizar um estudo social com vistas à identificação de demandas do Serviço Social do Projeto Com-Vivência na enfermaria.

Os autores Kleba e Gamborgi (2001), apontam que o desenvolvimento de trabalhos e projetos nas Universidades tem sido exemplos promissores de resposta brasileira à epidemia de HIV. Trabalhando de maneira integrada com o serviço de saúde em questão, e tendo como princípios a garantia de direitos e a integralidade do sujeito, este trabalho visa fomentar novas discussões a cerca da temática HIV/ aids e contribuir para melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids, bem como para a qualificação do Serviço Social do Com-Vivência.

CAPÍTULO I

A TRAJETÓRIA DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E O SERVIÇO SOCIAL

1.1. A CONSTRUÇÃO DO CONCEITO DE SAÚDE

Para uma discussão mais qualificada sobre as políticas de saúde ao longo da história do Brasil no século XX, se faz necessária a compreensão do conceito de saúde historicamente construído.

Tal construção passou por distintos momentos e mudanças ao longo da história. Na Idade Antiga predominava a concepção mágico-religiosa de que as doenças resultariam de forças alheias ao organismo, elas seriam sinais de desobediência ao mandamento divino e Deus o ser capaz de restabelecer a cura. Para Hipócrates de Cós, considerado um dos precursores da medicina na Grécia Antiga, a saúde seria o resultado de um equilíbrio entre os fluidos do corpo, e a doença como a desorganização desse estado. Posteriormente, no século XVIII, Bichat definiria saúde como o silêncio dos órgãos (SCLIAR, 2007).

A revolução pasteuriana no final do século XIX revelou a existência de microorganismos causadores de doenças, e possibilitou o desenvolvimento de soros e vacinas. Também nesse período desenvolveu-se a epidemiologia que permitiu o conhecimento do estado de saúde do corpo social, e não mais do indivíduo. A doença já não seria mais considerada com castigo divino ou a cura como redenção do indivíduo, mas os fatores etiológicos poderiam ser identificados, prevenidos e curados (ibidem).

No contexto pós Segunda-Guerra Mundial, William Beveridge na Grã-Bretanha criou o Serviço Nacional de Saúde, um plano inserido no período de desenvolvimento do *Welfare State*² destinado a fornecer atenção integral à saúde de toda a população,

² Segundo PIERSON (1991), o termo *Welfare State* foi utilizado para estabelecer um contraste entre o poder do Estado da Alemanha nazista e a instituição de um Estado de Paz, que representava uma promessa de reconstrução dos países aliados do pós-guerra, que sentiam-se ameaçados pela ascensão do socialismo. Esse período seria consolidado nos 25 anos posteriores a Segunda Guerra Mundial, no entanto, não há uma precisão na data de surgimento do *Welfare State*, pois o desenvolvimento de um sistema público de seguro social foi gradual nos diferentes países, por isso, o autor se utiliza de três critérios para definir as suas origens: Extensão da cidadania e desfocalização da atenção do Estado para além da extrema pobreza; crescimento do gasto social; e introdução do seguro social com programas de atendimento e proteção a pessoas em situação de contingência (enfermidade, desemprego, etc).

utilizando dinheiro público. Em 1948, sob influência do socialismo e movimentos que surgiram no pós-guerra, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou uma carta de princípios onde reconhecia o direito à saúde e a obrigação do Estado na sua promoção e proteção. A OMS reafirmou ainda na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde de Alma-Ata, em 1978 - local onde hoje se localiza o Cazaquistão - a saúde como bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doenças (SCLIAR, 2007; SANTOS, 2007). Essa Conferência pode ser considerada como “ponto culminante na discussão contra a elitização da prática médica, bem como contra a inacessibilidade dos serviços médicos às grandes massas populacionais” (CONASS, 2007: 26).

1.2. A SAÚDE NO BRASIL DO SÉCULO XX

A saúde emergiu como questão social no Brasil no início do século XX, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado. O contexto social das suas três primeiras décadas foi caracterizado pela predominância rural no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, alto índice de analfabetismo, emergência das primeiras manifestações operário-urbanas e baixa credibilidade nos processos eleitorais devido ao domínio oligárquico (BRAGA, PAULA, 1985 apud BRAVO, 2001).

A temática saúde ganha espaço com o movimento sanitarista na Primeira República (1889-1930) que se situava em torno de um projeto civilizatório, afirmando a possibilidade de construção nacional e fortalecimento da autoridade do Estado e do papel do governo federal. Esse período pode ser caracterizado como a era do saneamento (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005).

Nele as ações de saúde estavam voltadas para a higiene e saúde do trabalhador. Bravo (2001) aponta tais medidas como um embrião do sistema previdenciário brasileiro, sendo a ação mais importante a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923. As CAPs propiciaram benefícios equivalentes às contribuições dos trabalhadores referentes à assistência médico-curativa, fornecimento de alguns medicamentos e aposentadoria por invalidez, velhice ou tempo de serviço.

A dualidade entre saúde pública e assistência médico-previdenciária marcaria fortemente o primeiro governo Vargas que compreendeu os anos de 1930 a 1945

(LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005). Assim, em 1930 foram criados o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), e o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio (MITIC). Enquanto o MITIC destinava suas ações àqueles que estavam inseridos no mercado de trabalho formal, o MESP seria o responsável pelas ações de saúde pública, ou seja, atenção aos pobres, desempregados ou trabalhadores informais.

O desenvolvimento da industrialização ocasionou uma nova dinâmica de acumulação do capital, caracterizando-se pela aceleração da urbanização, e ampliação da massa trabalhadora em precárias condições de trabalho. Com esse crescimento populacional nas cidades, os aspectos higiene, saúde e moradia foram determinantes para as ações do Estado. Nesse sentido, é possível apontar as ações higienistas de desocupação das favelas, para a construção de outras formas de moradia como “Parques Proletários”³ em nome da saúde pública e saneamento (SILVA, BARBOSA, 2005).

Com a queda de Vargas em 1945, o Brasil passaria por um período de democracia até 1964. Esse período seria consolidador da Política de Saúde que se esboçava desde os anos de 1930. O país, com uma população de 70.070.457 de habitantes, continuava a ser predominantemente rural⁴ e o combate a doenças específicas - em especial endemias rurais - e às doenças transmissíveis mantinha-se como a principal preocupação dos organismos de saúde pública. De modo geral, a população vivenciava um quadro de doenças infecciosas e parasitárias com elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral (BRAVO, 2001).

A precária situação da saúde em que se encontrava grande parte da população brasileira foi motivo de discussão entre os sanitaristas da época. A emergência de um

³ Os Parques Proletários eram habitações construídas em locais mais afastados da cidade e neles persistia um intenso controle social na figura do administrador. Apesar do discurso higienista da desocupação das favelas em nome da saúde pública, nos Parques Proletários não havia sistema de esgoto, e os banheiros e cozinhas eram insalubres e de uso coletivo (SILVA; BARBOSA, 2005).

⁴ De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos anos de 1960 dos seus 70.070.457 de habitantes, o Brasil possuía uma população urbana de 31.303.034 de habitantes, enquanto nas áreas rurais viviam 38.767.423 pessoas. Esses dados encontram-se disponíveis em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censohistorico/1940_1996.shtm> Acesso em abril de 2009.

novo sanitismo integrado a corrente nacional-desenvolvimentista, ainda que heterogêneo, buscava compreender a relação entre saúde, desenvolvimento, e pobreza.

“Era bem mais complexa e multifacetada a tensão entre aqueles que acreditavam que a doença era um obstáculo ao desenvolvimento e a saúde constituía um pré-requisito essencial para os avanços sociais e econômicos no mundo em desenvolvimento, e os ‘desenvolvimentistas’, que compreendiam não ser suficiente o combate as doenças para a superação da pobreza” (LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005:49).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, contudo, a separação entre educação e saúde não implicou em mudanças significativas, ou incorporação de novos serviços na atenção à saúde (ibidem). Por outro lado, já havia uma estrutura montada de atendimento hospitalar privado, com fins lucrativos (BRAVO, 2001).

Em suma, pode-se dizer que o acesso aos serviços de saúde dependia significativamente da posição socioeconômica de quem os demandava. A elite brasileira poderia recorrer ao atendimento hospitalar privado ligado aos interesses capitalistas e as classes assalariadas possuíam um programa de assistência médico-social compulsório por meio dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). Esse programa, no entanto, apesar de atender a uma parte dos trabalhadores urbanos, não abarcava a grande massa da população constituída pelos habitantes rurais que não poderiam ser contribuintes e aqueles que não estavam inseridos em regime formal de emprego. Estes se encontravam excluídos da atenção à saúde, exceto por algumas ações prestadas por serviços oficiais, ou instituições caritativas da Igreja (CANDAU, BRAGA apud LIMA, FONSECA, HOCHMAN, 2005).

A experiência democrática do Brasil que teve início em 1946 foi abortada pelo golpe militar de 1964 sob alegações de reestruturação da ordem social e política e a recolocação da economia nos eixos. Segundo Bravo (2001), esse período, que permaneceria até 1985, foi marcado pelo binômio repressão-assistência com a finalidade de aumentar o poder de regulação da sociedade pelo Estado, e também para favorecimento a acumulação do capital.

O regime militar realizou reformas institucionais que abarcaram a saúde, no entanto, “os grandes problemas estruturais não foram resolvidos, mas aprofundados,

tornando-se mais complexos e com uma dimensão ampla e dramática” (BRAVO, 2001: 6). Os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, ficando este responsável pela gestão das contribuições previdenciárias e atenção à saúde de todos os trabalhadores urbanos formais. Essa mudança provocou a expansão da medicina previdenciária em detrimento da saúde pública, e também afetou a autonomia dos trabalhadores que não seriam mais gestores da previdência cabendo-lhes, nesse momento, o papel exclusivamente de financiadores (ibidem).

Levando-se em consideração que nesse contexto pelo menos metade da população economicamente ativa estava fora do mercado de trabalho formal, pode-se considerar que estes estavam excluídos de qualquer direito previdenciário, inclusive ao direito à saúde, que para esta parcela da população limitava-se a algumas campanhas de saúde com baixa eficácia (ESCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005).

O Sistema Nacional de Saúde implementado durante o regime militar era caracterizado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias, pela ênfase na medicina curativa, de atenção individual e articulação entre interesses do Estado e do capital, através da expansão das indústrias farmacêuticas e de equipamento hospitalar (ibidem). Escorel, Nascimento e Edler (2005) apontam o favorecimento da expansão do capital em relação à saúde durante o regime militar. Segundo os autores, os serviços previdenciários prestados por empresas privadas foram grandes fontes de corrupção, pois com fundos públicos foram construídas e reformadas inúmeras clínicas particulares com recursos da Previdência Social.

A expansão do setor privado da saúde, na busca pelo lucro e superfaturamento, optava por procedimentos mais caros como internações e procedimentos cirúrgicos desnecessários, além de reforçar os atos médicos (CORDEIRO apud CONASS, 2007).

Além disso, a expansão das faculdades particulares de medicina desconhecia a verdadeira condição de saúde da população brasileira. Os cursos, por sua vez, estavam mais voltados para a especialização, e sofisticação de tecnologia das indústrias farmacêuticas, e de equipamentos médico-hospitalares. Portanto, a atenção à saúde encontrava suas bases na rentabilidade econômica e não na saúde enquanto direito de cidadania.

Nesse sentido, o modelo de crescimento econômico adotado no período favoreceu a concentração da riqueza e a desigualdade social. No entanto, a repressão política, com intimidações, abertura de inquéritos militares e fechamento de centros de pesquisa, não mais conseguiria conter as conseqüências do regime até então vigente.

A população com baixos salários passou a conviver com o desemprego estrutural e suas conseqüências como violência, mortalidade e aumento do número de favelas. As mazelas do modelo de saúde previdenciário tornam-se evidentes. Por ter priorizado a medicina curativa e individualista, o modelo adotado foi incapaz de solucionar os principais problemas de saúde coletiva, como, por exemplo, endemias causadoras da mortalidade infantil. Devido ao aumento do desemprego, o sistema de saúde previdenciário também mostrou-se incapaz de atender a uma parcela cada vez maior de pessoas sem carteira assinada e contribuição previdenciária (CONASS, 2007).

1.3. O MOVIMENTO DE REFORMA SANITÁRIA E A CRIAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A insatisfação com o governo militar impulsionou a rearticulação de movimentos sociais que lutavam pela solução de problemas causados pelo ineficiente modelo de atenção à saúde, até então, influenciado pelo discurso norte-americano de preventivismo. Neste, as funções do médico eram redefinidas a partir de um conceito ecológico de saúde e doença, onde esta seria o resultado de um desequilíbrio entre o homem e o seu ambiente.

A criação dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) nas universidades públicas, que teve início em 1960, foi a base institucional que produziu conhecimentos sobre a saúde da população e o modo de organizar as práticas sanitárias. Nos DMP difundiram-se idéias influenciadas pela medicina social, e questionamentos sobre a medicina preventivista, até então hegemônica no Brasil. As teses de medicina comunitária vinculadas aos DMP que foram aplicadas em alguns programas de atenção à saúde em São Paulo tinham como pressupostos a desmedicalização, o autocuidado em saúde, a revitalização da medicina tradicional e o emprego da tecnologia apropriada (GARCIA apud ESCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005).

Nesse sentido, a medicina preventiva implantada pelos DMP é apontada como um *locus* a partir do qual começou a se organizar o movimento sanitário, articulando a

produção do conhecimento, prática política e envolvimento com organizações da sociedade civil e suas demandas pela redemocratização do país. O movimento sanitário, constituído a partir dos DMP, ergueu a saúde como dimensão da democracia, refutando sua concepção positivista, atemporal e supostamente neutra. Em sua base conceitual, o pensamento reformista desenvolveu-se em diálogo com correntes marxistas e estruturalistas, assim “a reformulação do objeto saúde, na perspectiva do materialismo histórico, e a construção da abordagem médico-social da saúde pretendiam superar as visões biológica e ecológica do antigo preventivismo” (SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005: 64).

Os anos de 1970 foram marcados por um contexto de tentativa de legitimação do regime militar perante a sociedade, pois a oposição ganhava forças. Também ressurgia o movimento estudantil, o sindicalismo se fortalecia e emergia o movimento sanitário, este último, mais especificamente, quando surge uma proposta de reformulação da política de saúde por parte do pensamento da comunidade científica.

Para fazer frente à oposição o governo passou a ampliar seus investimentos em políticas sociais e priorizar projetos nos setores de educação, saúde, infra-estrutura e serviços urbanos. Os espaços institucionais relativos à saúde pública logo passaram a ser ocupados por profissionais do movimento de reforma sanitária que, mesmo atuando sobre uma forte pressão do regime autoritário, articulava-se com propostas de contestação ao regime e democratização da atenção à saúde.

Apesar da luta não tão explícita devido ao autoritarismo do governo, o movimento sanitário operacionalizou projetos que estavam na contra-mão do regime. Assim foi o Projeto Montes Claro (MOC) que nos anos de 1970 incorporou princípios que posteriormente seriam fundantes do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como integralidade, regionalização e participação popular. O MOC é apontado como um exemplo de exeqüibilidade das propostas do movimento de reforma sanitária, articulando saúde e organização política, o Projeto demonstrou que a saúde é fruto das condições de vida e trabalho da população (CORDEIRO, 2004; SCOREL, NASCIMENTO, EDLER, 2005; CONASS, 2007).

Na década de 1980 foi intensificado o movimento de contestação ao sistema de saúde então vigente. Em congressos e seminários eram debatidas questões pertinentes às

condições de saúde da população. Segundo Bravo (2001:8), “saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, estando estreitamente vinculada à democracia”. Diante da conjuntura de luta de diversos setores da sociedade pela redemocratização, em 1985 chega ao fim o regime militar. Com o advento da Nova República a liderança do movimento sanitário se fortalece podendo assumir efetivamente posições estratégicas nas instituições de saúde pública.

Após a realização de pré-conferências estaduais e ampla divulgação da temática na sociedade, foi convocada em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) pelos ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social e Educação. O evento seria um marco para o processo de construção de estratégias de um modelo de atenção à saúde. Nela seriam lançados os princípios da Reforma Sanitária e uma nova concepção sobre saúde.

A CNS contou com a participação de quatro mil e quinhentas pessoas, sendo que destes mil foram delegados. As principais propostas discutidas pelos sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção da saúde como direito social e dever do Estado; um reordenamento setorial da saúde através da estratégia de um Sistema Unificado de Saúde; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização da gestão por meio dos Conselhos de Saúde (BRAVO, 2001).

Assim, a CNS ultrapassou a análise setorial da saúde propondo não somente um reordenamento institucional, mas a materialização da Reforma Sanitária. Para Fleury (1986) citada por Escorel e Blosh (2005:98), “é a primeira vez que tal Conferência deixa de ser um encontro estritamente técnico, que põe de lado a ênfase na burocracia do Estado e na intelectualidade, para incorporar o pensamento de outros setores da sociedade”.

Na análise de Sergio Arouca, presidente da comissão organizadora da 8ª CNS:

“A saúde enquanto projeto pode ser demarcada antes e depois da Oitava, onde novamente discutimos o valor da participação da população, o valor do controle social, o valor da democracia direta e da luta pela redemocratização do País. Mostrávamos que tão fundamental quanto a democracia representativa era a democracia direta. (...) A saúde rompeu, ainda, com o muro da vergonha que separava medicina preventiva da

assistência médica, que colocava de forma fraturada a medicina curativa da preventiva (AROUCA apud ESCOREL e BLOSH, 2005:100).

A partir das propostas discutidas na 8ª CNS, a Comissão Nacional de Reforma Sanitária elaborou um texto que seria incorporado na Constituição Federal de 1988. Assim, no seu artigo 196 está disposto a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2008a:131).

Distante do almejo de aqui elencar todas as conquistas do movimento sanitário, destacam-se como principais avanços alcançados com a incorporação das propostas de Reforma Sanitária ao texto Constitucional: o direito universal à saúde, sem distinção entre trabalhadores urbanos e rurais, ou previdenciários e informais/desempregados; o enfraquecimento da participação do setor privado que passou a ser complementar preferencialmente realizado por instituições sem fins lucrativos; e a construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) descentralizado, de atendimento integral e participação da comunidade⁵.

O SUS trouxe amplas inovações para a organização e concepção da saúde no Brasil, dentre as quais está o conceito ampliado de saúde. Sendo resultado de embates teóricos e políticos, o conceito ampliado incorpora elementos condicionantes da saúde, tais como: o meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação); o meio socioeconômico e cultural (emprego, renda, educação, hábitos de vida); e a garantia de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Nesse sentido, esgotam-se os limites do conceito restrito de saúde, onde esta seria apenas a ausência de doenças, e assim, a saúde é compreendida como resultado das condições de vida.

Além do conceito ampliado de saúde, o SUS apresenta outros dois conceitos que tratam de sua organização. Em primeiro lugar está o conceito de sistema, que diz respeito a um conjunto de instituições das três esferas do governo que devem interagir

⁵ A Carta Magna estabelece as diretrizes do SUS e suas atribuições em seus artigos 198 e 200, respectivamente.

para um fim comum, por isso, mesmo os serviços privados que são conveniados ao SUS devem ser guiados pelos mesmos princípios desse sistema. Em segundo lugar, diz-se que esse sistema é único. Uma vez que o Brasil é um país de diversidades regionais, econômicas e culturais, a unicidade não deve ser confundida com uma desconsideração dessas especificidades, ao contrário, ela corresponde a um conjunto de princípios doutrinários e organizativos que devem nortear as ações de saúde sem desconsiderar as peculiaridades regionais do país.

Os princípios doutrinários do SUS são aqueles que representam a sua ideologia, conquistada pela luta do movimento de reforma sanitária e sociedade. São eles: a) Universalidade: a saúde passa a ser um direito de cidadania de todas as pessoas cabendo ao Estado assegurá-lo; b) Integralidade: o usuário é considerado como um todo, estando para além do binômio diagnóstico-tratamento, por isso, é importante a articulação da saúde com outras políticas e também a participação de outros profissionais de saúde como psicólogos e assistentes sociais na atenção à saúde; c) Equidade: seu objetivo é diminuir as desigualdades considerando as diferentes necessidades postas, ou seja, significa tratar desigualmente ou desiguais tendo como objetivo fim a justiça social.

Para ser operacionalizado, o SUS conta com os seguintes princípios organizativos: a) Regionalização e Hierarquização: significa a organização do serviço em níveis de complexidade, articulando os serviços já existentes a partir da realidade do público-alvo a ser atendido; b) Descentralização e Comando Único: o poder e as responsabilidades são distribuídos nas três esferas de governo, assim cada uma delas é autônoma e soberana em suas decisões contando com um comando único, e com a fiscalização da sociedade civil; c) Participação Popular: deve ser operacionalizada pelos conselhos e conferências de saúde que tem por função formular estratégias, controlar, e avaliar a execução da política de saúde.

Os dispositivos legais que asseguram o direito à saúde representam a materialização de seu conceito ampliado por meio da implantação do SUS. A lei nº 8080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A lei nº 8142/90 prescreve sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

1.4. O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

O início da formação profissional em Serviço Social no Brasil data da década de 1930. Sob influência européia, desde seu início, a profissão pautou-se em disciplinas relacionadas à saúde.

Tal participação da profissão na saúde se desenvolve atrelada a determinantes históricos e sociais. A atuação do Assistente Social nesse campo seria ampliada nos anos posteriores a 1945, quando após o fim da Segunda Guerra Mundial, o capitalismo se desenvolvia com novas exigências, dentre elas, a necessidade de profissionais que contribuíssem com a coesão social diante da difusão das idéias socialistas no mundo.

Nesse período, Bravo e Matos (2004) apontam como principais ações do serviço social na saúde a consolidação de tarefas educativas com intervenção normativa no modo de vida da “clientela”, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuação nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações da política de saúde. Além disso, devido à distinção entre saúde previdenciária e saúde pública, seria o assistente social o profissional a se colocar entre a instituição e a população, realizando triagens para atendimentos e orientações previdenciárias. A exigência do momento concentrava-se na ampliação da assistência médica hospitalar e os profissionais de Serviço Social se faziam necessários para lidar com a contradição entre a demanda e o caráter excludente e seletivo dos serviços.

Nos anos de 1960 iniciam-se no interior da profissão debates e questionamentos sobre o seu conservadorismo. No entanto, nesse primeiro momento, o protagonismo político da profissão foi abortado pelo golpe militar de 1964, que a engessou principalmente no campo da saúde previdenciária sob uma ação sedimentada na prática curativa e orientada por uma vertente “modernizadora”.

Os anos de 1980, marcados pelo agravamento da crise econômica do regime autoritário, foram também um período de grande mobilização política. O serviço social, que é influenciado por essa conjuntura de ascensão dos movimentos sociais e de ruptura com a política de saúde vigente, também passava por um processo interno de negação do Serviço Social Tradicional.

Apesar das grandes conquistas de democracia e criação do SUS, a implantação e êxito ideológico do neoliberalismo no Brasil emergiriam na década de 1990. Esse projeto político-ideológico seria antagônico em relação à consolidação do novo projeto profissional crítico do Serviço Social.

Assim, no campo da saúde entrariam em disputa o projeto privatista neoliberal, e o projeto de consolidação da reforma sanitária. Numa análise sobre o serviço social da saúde no âmbito privado e público, Bravo e Matos (2004) referem diferentes demandas para o serviço social nesses setores. O projeto privatista vem requisitando da profissão uma postura curativa de seleção socioeconômica, assistencialista, e fiscalizadora dos usuários dos planos de saúde. Já o projeto de reforma sanitária demanda que o assistente social trabalhe pela busca de democratização aos serviços de saúde, interdisciplinaridade e participação cidadã.

A concepção ampliada de saúde⁶ e o modelo dela decorrente, o SUS, inclui a saúde como um dos sistemas públicos de bem estar construídos no século passado, esse novo modelo sugere o reconhecimento de determinantes sociais no processo saúde-doença o que amplia as demandas na saúde para o Serviço Social. Nesse sentido Miotto e Nogueira (2006:228) afirmam que “ao se reconhecer a influência da cultura, das relações sociais e econômicas, das condições de vida e existência nos processos de saúde-doença, altera-se o objeto do conhecimento e a sua forma de abordagem”.

A partir do exposto, compreende-se que o modelo biológico e médico-centrado é insuficiente para dar conta da realidade que permeia as necessidades dos usuários no campo da saúde. Estas necessidades são produtos das relações sociais com o meio físico, social e cultural.

Analizando os fatores determinantes das condições de saúde, as autoras destacam como principais condicionantes os biológicos como idade e herança genética; o meio físico que inclui condições geográficas, qualidade de alimento e características da ocupação humana; e os meios sócio-econômico e cultural que expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado (MIOTTO, NOGUEIRA:2006).

Ademais, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), por meio da resolução nº 218/1997, reconheceu o Assistente Social juntamente com outras doze categorias como profissionais de saúde de nível superior. Sendo reafirmado pelo Conselho Federal de

⁶ Citando Luz (1991), as autoras Miotto e Nogueira (2006:223) trazem a seguinte definição de concepção ampliada de saúde: “o efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como a expressão ativa – e participativa – do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestões de políticas institucionais”. Tal definição explicita a relação intrínseca entre direitos sociais – incluindo direito à saúde- e econômicos.

Serviço Social (CFESS), através da resolução 338/1999, por isso, “o Assistente Social tem competência para atuar juntos aos fenômenos socioculturais e econômicos que reduzem a eficácia dos programas de prestação dos serviços no setor, quer seja ao nível de promoção, prestação e/ou recuperação de saúde” (SANTANA, 2004).

Considerando a trajetória histórica do Serviço Social em suas interfaces com a saúde nota-se que os desdobramentos nesse campo são amplos e diversos. Tendo como referência o SUS e o Projeto Ético-Político do Serviço Social, é possível destacar elementos comuns aos princípios da saúde pública brasileira e aos princípios norteadores da prática profissional.

O Código de Ética do Assistente Social (1993) elenca em seus princípios fundamentais a defesa intransigente dos direitos humanos, posicionamento em favor da equidade e justiça social, e empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, e os princípios doutrinários do SUS - universalidade, equidade e integralidade - expressam uma preocupação com a expansão dos direitos de cidadania e reafirmam a responsabilidade do Estado na provisão da atenção à saúde. Nesse sentido, ainda que diante de um contexto neoliberal de tentativas de desmonte da política de saúde, uma prática profissional comprometida com o projeto ético-político do Serviço Social tem como desafio materializar o SUS no cotidiano de sua ação.

CAPÍTULO II

A EPIDEMIA DE HIV/AIDS

2.1. SURGIMENTO DA EPIDEMIA

A origem do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) tem sido alvo de muitos questionamentos. Todavia há um consenso de que os primeiros casos da doença foram reconhecidos nos anos de 1980 entre homens homossexuais e bissexuais nas cidades de São Francisco e Nova York, Estados Unidos (PARKER, 1994 *apud* GONÇALVES, 2005).

Segundo Gonçalves (2005), de maneira geral, a doença sempre esteve relacionada à impureza. O fato dos primeiros casos terem sido identificados em homossexuais registrou no imaginário social de forma preconceituosa que a doença é resultante de degeneração moral e promiscuidade. Nesse contexto, no início da epidemia foi disseminada a denominação GRID (*gay-related immune deficiency*, imunodeficiência relacionada aos gays), ou ainda “câncer gay” e “peste gay” para designar o que posteriormente seria conhecida como Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids).

O avanço de estudos do campo da infectologia possibilitou o isolamento do HIV, no início dos anos de 1980, em pacientes com aids. Não se sabe ao certo se este fato ocorreu nos Estados Unidos ou na França. Constatou-se que o vírus HIV injeta seu próprio material genético no DNA da célula hospedeira (linfócitos T- CD4), e, assim, destrói esses linfócitos de defesa do organismo, deixando-o suscetível a outras infecções, denominadas infecções oportunistas que são doenças desenvolvidas em decorrência de uma baixa imunidade significativa. Desse modo, o quadro de aids é caracterizado por um conjunto de sinais e sintomas que representam uma fase mais avançada da imunodeficiência.

O desenvolvimento das pesquisas possibilitou a identificação de três principais formas de transmissão, quais sejam, a sexual (homo ou heterossexual), a sanguínea e a perinatal também chamada de transmissão vertical. Pela falta de informações da população e dos pesquisadores sobre o vírus, no início da epidemia era comum que pessoas infectadas viessem a óbito em um curto período de tempo.

Assim, a aids constituiu-se como motivo de polêmicas, pois estava associada a dois temas considerados tabus na sociedade, o sexo e a morte. Parker e Aggleton (2001) observam que o estigma é atribuído pela sociedade com base no que se constitui ‘diferença’ ou ‘desvio’, e que é aplicado pela sociedade por meio de regras e sanções que resultam no que descrevem como um tipo de “identidade deteriorada” para a pessoa em questão.

Citando Jonathan Mann, os autores caracterizam a pandemia de aids em três fases distintas, a primeira delas foi a infecção pelo HIV que se propagou silenciosamente entre as comunidades, a segunda fase compreende a manifestação das doenças infecciosas devido ao HIV, por ultimo, a terceira fase diz respeito a epidemia das repercussões sociais, culturais e econômicas e políticas à aids que emergiram acompanhadas de altos índices de estigma e discriminação.

2.2. A RESPOSTA BRASILEIRA À EPIDEMIA E SUAS TENDÊNCIAS CONTEMPORÂNEAS

Os primeiros casos de aids no Brasil foram identificados na década de 1980 nas maiores regiões metropolitanas do país como São Paulo e Rio de Janeiro. A proliferação da epidemia de HIV mobilizou a sociedade brasileira que na década de 1980 vivia um período de luta pela redemocratização.

Nesse período, surgiram as primeiras organizações não-governamentais dedicadas à temática do HIV/aids como o GAPA (Grupo de Apoio à Prevenção à aids), em São Paulo, e a ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de aids) fundada por Hebert de Souza, o Betinho.

Em 1986 foi criado o Programa Nacional de DST/aids, e também realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde que consagrou as propostas da luta pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O início dos anos de 1990 foi marcado pela ação do Programa Nacional por meio de campanhas que, a princípio, repercutiam a imagem discriminatória do HIV sobre a premissa de que “a aids não tem cura e mata”⁷, além disso, tais campanhas

⁷ Para acesso ao esboço histórico do Programa Nacional ver: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISBD1B398DITEMIDCF21498585DB4D9F8F812B75B92305DAPTBRIE.htm>>

voltavam-se estritamente aos “grupos de risco”. A mobilização social organizada reivindicou a mudança na perspectiva de abordagem do Programa Nacional para que este pautasse suas ações no sentido da prevenção, luta contra discriminação e o preconceito e a defesa da solidariedade e dos direitos das PVHA.

Nesse sentido, fundamentada nos princípios do SUS e somada a luta da mobilização social, a resposta brasileira à epidemia possibilitou grandes avanços na esfera do tratamento ao HIV/aids com a quebra de patentes e disponibilização da terapêutica anti-retroviral (TARV) desde 1996, ampla cobertura de testagem sorológica, e campanhas com enfoque mais preventivo numa perspectiva de redução de danos. A missão do Programa Nacional é reduzir a incidência do HIV/aids e melhorar a qualidade de vida das PVHA. Para isso, possui diretrizes que englobam tratamento, diagnóstico, prevenção e incentivo.

Em 1996 foi sancionada a lei-ordinária nº 9313 que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos para as pessoas que vivem com HIV e doentes de aids. Atualmente o SUS distribui dezenove tipos de medicamentos anti-retrovirais (ARV). A política de acesso universal aos medicamentos ARV resultou em benefícios coletivos como o controle do quadro epidemiológico e diminuição de internações com quadros clínicos agravados, e também benefícios individuais uma vez que os medicamentos proporcionam o aumento da expectativa de vida e melhor condição de vida para as pessoas com HIV/ aids.

Os rumos da epidemia no Brasil têm delineado tendências ao longo dos últimos dez anos. A primeira delas é a sua heterossexualização, embora inicialmente se acreditasse que o vírus HIV atingiria apenas “grupos de risco” referindo-se principalmente aos homossexuais, gradualmente essa terminologia englobaria outros grupos, tais como hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e profissional do sexo

Outra característica é a sua interiorização, pois se no início a epidemia atingia mais os grandes centros urbanos e o litoral, ao longo dos anos ocorreu um aumento do número de municípios com os casos da doença. A última tendência é a feminização, que diz respeito ao aumento do número de casos de HIV entre mulheres. Essa expressiva participação das mulheres no perfil epidemiológico da doença pode ser constatada pela progressiva redução da razão de sexo entre todas as categorias de exposição ao vírus, de

24 homens: 1 mulher em 1985, para 2 homens: 1 mulher em 1999/2000 (TRINDADE; SCHIAVO, 2001).

De acordo com o relatório do UNAIDS (2007), estima-se que existam, atualmente, 33,2 milhões de pessoas com HIV em todo mundo e que ocorreram 2,5 milhões de novas infecções em 2007. Segundo o documento, o Brasil tem um terço das pessoas que vivem com HIV na América Latina. No país, destacam-se a diminuição da prevalência em usuários de drogas injetáveis (UDI), relacionada aos programas de redução de danos; e o aumento em mulheres, cuja infecção é atribuída nesse relatório principalmente ao comportamento sexual de seus parceiros.

2.3. INTERNAÇÃO NO CONTEXTO DO HIV/AIDS

Se no início da epidemia, as pessoas com HIV/aids eram alocadas em “grupos de risco” (homossexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis), posteriormente a expressão “comportamentos de risco” trouxe uma perspectiva individualista e culpabilizante para o soropositivo. Paiva (2005) afirma que um número cada vez maior de pesquisadores no campo da promoção da saúde tem reconhecido que fatores estruturais e culturais devem ser objeto de análise quando se pensa a saúde.

O conceito de vulnerabilidade permite a apreensão da transmissão do HIV numa perspectiva de totalidade. De acordo com Guilhem (2008), essas mudanças nas abordagens epidemiológicas permitiram ampliar o foco de atenção para a sociedade como um todo e não apenas para grupos isolados.

A discussão sobre a vulnerabilidade visa buscar aspectos mais estruturais que determinam a exposição ao HIV e as demandas decorrentes na infecção. Para isso, ela deve ser compreendida na totalidade de suas três dimensões que expressam as dinâmicas em torno da epidemia. A primeira delas diz respeito ao plano individual, onde está relacionada a comportamentos que criam oportunidades de infecção ao adoecimento. No entanto, a vulnerabilidade individual não deve ser percebida como uma ação decorrente da vontade individual, pois a ação do indivíduo dialoga com as condições objetivas do meio natural e social em que se dão os comportamentos (Ayres, 2003).

A segunda dimensão diz respeito ao contexto social onde a vulnerabilidade deve ser avaliada sobre aspectos de satisfação de necessidades, tais como acesso a

informação e aos serviços de saúde, aspectos sócio-políticos e culturais, grau de liberdade de pensamento e vontade política na realização de ações destinadas a saúde. Assim, “os obstáculos para cuidado e autocuidado com a saúde são mais frequentes nos contextos de maior violência simbólica e estrutural, e de maior vulnerabilidade social” (PAIVA, 2005).

Por ultimo, está a dimensão programática que considera a vulnerabilidade de cada indivíduo relacionada à qualidade dos serviços de saúde, e demais serviços sociais como determinantes para a proteção das pessoas à infecção pelo HIV e ao adoecimento. Assim, compreende-se que o conceito de vulnerabilidade está além do conceito de grupos ou comportamentos de risco, pois com a vulnerabilidade “procuramos julgar a suscetibilidade de cada indivíduo ou grupo a esse agravo, dado um certo conjunto de condições intervenientes” (AYRES, 2003).

As imunodeficiências do organismo somadas aos agravos causados pelas doenças oportunistas podem, em algum momento, ocasionar a internação das PVHA. O estado de internação representa um momento de maior vulnerabilidade biopsicossocial, gerando estados de estresse, ansiedade e uma vez que a internação implica no afastamento da família, do trabalho e outras atividades, nesse momento novas demandas sociais podem surgir.

Nesse sentido, infere-se que o usuário internado encontra-se vulnerável em alguma dimensão, seja ela individual, social ou programática. Essa condição de internação impede que o usuário procure o Serviço Social, e por isso é necessário que o profissional vá de encontro à demanda, devendo atuar de maneira a garantir os direitos sociais, trabalhistas e de cidadania. Ao deparar-se com o usuário, é possível que o profissional encontre-se com diversas demandas em diferentes graus de complexidade, ou de risco.

Observa-se que nesse sentido, a noção de risco afasta-se do sentido de “grupo de risco”, pois seu objetivo não é culpabilizar o indivíduo ou o seu comportamento, mas avaliar o grau de complexidade e urgência da demanda social. Assim, para fins deste trabalho o conceito de situação de risco social se refere às demandas mais relevantes para a o usuário internado. Feita essa observação, serão expostas no capítulo seguinte as

categorias teóricas que justificam a implantação de um acolhimento que tenha por pressuposto a avaliação de risco social para as PVHA internadas no HUB.

CAPÍTULO III

INTEGRALIDADE, HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO COMO PRESSUPOSTOS PARA INTERVENÇÃO

3.1.: INTEGRALIDADE: COMPREENDENDO OS SUJEITOS COMO TOTALIDADES

As mudanças no campo da saúde introduzidas pelo Movimento de Reforma Sanitária e a conquista da normatividade jurídica, tendo como marco a Constituição Federal de 1988, permitiram a construção de uma nova postura reflexiva sobre a saúde não mais relacionada com a doença, mas sim à vida. Em relação à saúde, Moraes afirma que:

“talvez possamos vê-la como um dos elementos da cidadania, como um direito à promoção da vida das pessoas, um direito de cidadania [...] direcionado a não apenas curar/evitar a doença, mas a ter uma vida saudável, expressando uma pretensão de toda (s) a(s) sociedade(s) a um viver saudável, como direito a um conjunto de benefícios que fazem parte da vida humana” (1996:29).

O artigo 198 da CF-1988 em seu inciso II coloca como diretriz o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 2008a:131). Esse apontamento representa uma mudança radical se comparada ao modelo biologicista e curativo hegemônico na saúde brasileira antes da constituição do SUS.

Como definição de integralidade, Mioto e Nogueira (2006) colocam que o atendimento integral se refere ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não-fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores sócio-econômicos e culturais como determinantes da saúde. Ademais, a integralidade possibilita que o enfoque da atenção não seja mais a doença em si, mas o sujeito.

O princípio da integralidade se refere ao reconhecimento do sujeito como um todo, o que pressupõe um atendimento não fragmentado que considere não somente os fatores biológicos da doença, mas qual é a relação entre os determinantes socioeconômicos, psicológicos e culturais e o processo saúde-doença dos sujeitos.

Nesse sentido, a formação de equipes multiprofissionais é de fundamental contribuição para o entendimento multidimensional da saúde.

Há também outra dimensão da integralidade que diz respeito à articulação da rede de serviços de atenção à saúde, e também ao diálogo da saúde com outras políticas. Evidencia-se, assim, a necessidade de se perceber a integralidade como “princípio em vários níveis de discussões e das práticas na área da saúde, alicerçado em um novo paradigma preparado para ouvir, entender e, a partir daí, entender as demandas e necessidades das pessoas, grupos e coletividades” (MACHADO, MONTEIRO, QUEIROZ, 2007: 340) Nesse sentido, são pressupostos da integralidade a interdisciplinaridade e a intersetorialidade.

O HIV/ aids é uma patologia emblemática da relação indissociável entre saúde e relações sociais, pois trouxe diversas repercussões para o cenário social, seja pelo estigma a ela relacionado ou pela luta de movimentos sociais em prol da não-discriminação.

A Declaração dos direitos fundamentais da pessoa portadora⁸ do vírus da aids (ver anexo), elaborada e aprovada no ENONG (Encontro Nacional de ONG que trabalham com aids) de 1989 em Porto Alegre/RS, trás em seu item número cinco que “Todo o portador do vírus da aids tem direito à participação em todos os aspectos da vida social”. Esse direito envolve a legítima penalização por lei de toda a ação que tender a recusar emprego, alojamento ou assistência às PVHA por causa de seu diagnóstico. Além disso, a Declaração reforça o direito ao sigilo sobre o diagnóstico, e à continuação da vida civil, profissional, sexual e afetiva das PVHA.

Todas essas conquistas são decorrentes da mobilização social em torno da luta pela vida, e representam uma relação intrínseca entre saúde e sociedade. Dessa forma, constata-se que uma atenção à saúde estritamente biológica não é capaz, por si só, de dar conta das demandas apresentadas no contexto do HIV/aids, e mais especificamente durante o período de internação das PVHA.

⁸ A utilização do termo “portador de HIV/Aids” foi aqui utilizada por se tratar de citação de um documento de 1989, no entanto, compreende-se que o termo “portador” não é o mais adequado pois pode reforçar o estigma sobre a pessoa soropositiva na medida em que a define a partir da doença que possui. Já na utilização o termo “Pessoa vivendo com HIV/Aids” o foco da nomenclatura não é mais a doença, mas sim a pessoa.

Nesse contexto, a concretização da integralidade enquanto princípio doutrinário se apresenta como um desafio para o cotidiano das práticas de saúde do SUS, pois, como assinalam Machado, Monteiro e Queiroz (2007: 338) “o modelo comumente praticado na saúde em geral consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos, predominando a desarticulação entre as inúmeras queixas dos usuários”. A superação desse cenário requer o compromisso ético e político com a vida, promoção e recuperação da saúde.

Compreende-se que a atenção do Serviço Social na saúde, em especial o trabalho proposto neste estudo materializa a integralidade na medida em que propõe a identificação e intervenção nas situações de risco social que podem contribuir com a condição de saúde das PVHA.

3.2. A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE

As discussões sobre a temática humanização da saúde têm suas origens nos movimentos de reformas sanitárias, nas Conferências de Saúde e nos movimentos sociais voltados às ações em prol do desenvolvimento de uma consciência cidadã e cujas atuações se tornaram, a partir da década de 1980, gradativamente influentes, estruturadas e articuladas. Contudo, mesmo proporcionando grandes avanços para a saúde no Brasil, uma vez inserido no contexto neoliberal, o SUS passou a ser alvo de questões estruturais de desregulamentação de direitos humanos.

Nesse contexto, nos anos de 1990 às discussões sobre humanização na atenção à saúde são incorporadas as noções de qualidade, equidade e satisfação do usuário. Tais discussões contribuíram com a criação, em 2001, do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) com o objetivo de “alterar os padrões de assistência aos usuários no ambiente hospitalar público” (FORTES, 2004:33). O PNHAH buscava elucidar a necessidade de uma transformação cultural no ambiente hospitalar, promovendo um atendimento mais humanizado e multiprofissional dos usuários que respeitasse as singularidades de cada situação apresentada.

Sobre o PNHAH, os autores Reis, Marazina e Gallo (2004) apontam que o fato de a humanização ter sido apresentada, até recentemente, como um programa e não como uma política, limitava suas possibilidades de autorização e intervenção nos espaços onde era proposta. Por isso, diz-se que o Programa, apesar de representar um

marco histórico para o debate sobre a humanização, foi insuficiente para uma mudança mais expressiva atenção à saúde.

Assim, em 2003 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Humanização (PNH) expandindo a humanização para além do ambiente hospitalar. Segundo Fortes (2004), umas das maiores diferenças entre o antigo PNHAH e a PNH é a abrangência da política não envolvendo somente a atenção ao usuário, mas também incorporando o cuidado com os cuidadores e propondo mudanças nos aspectos organizacionais e na postura profissional dos trabalhadores da saúde, pois a humanização requer um compromisso ético.

A PNH pretende ter um caráter transversal, visando atingir a todos os níveis de atenção à saúde, entendendo humanização como uma transformação cultural da atenção aos usuários e da gestão de processos de trabalho que deve perpassar todas as ações e serviços de saúde (ibidem).

Diante dessa nova configuração da humanização enquanto política pública cabe perguntar: Qual seria então a sua definição conceitual? Ainda que não haja uma única definição adotada entre os autores, para fins deste trabalho a humanização é entendida, segundo o referencial da PNH, como “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (BRASIL, 2008b).

Embora abrangente esse conceito desmembra algumas diretrizes presentes na Política que devem nortear a ação dos profissionais de saúde. A primeira delas é o fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos, essa premissa é desafiadora na medida em que ainda persiste no cenário atual o modelo de atendimento centrado no binômio queixa-conduta que tende a inviabilizar a participação dos usuários. Outra premissa diz respeito à mudança no modelo de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde, nesse sentido, evidencia-se um reconhecimento de que há outras necessidades dos usuários além da patologia em si, o que demarca outra diretriz da PNH que é a identificação das demandas sociais de saúde.

A história da medicina demonstra que a construção do discurso científico do saber médico produz uma prática que tende a afastar as singularidades dos sujeitos para se alicerçar na condição de generalidade do caso. Uma vez que o médico tornou-se o possuir da verdade inquestionável sobre a doença, o paciente – objeto da ação – passa a ser privado de fala ou decisão sobre o seu próprio corpo (REIS, MARAZINA, GALLO,

2004). A humanização da saúde promove a uma intervenção que questiona o paradigma da verdade inquestionável, e nessa perspectiva requer uma mudança estrutural da forma de trabalhar na saúde trazendo, inevitavelmente, alguns desafios.

Para a sua efetivação, a humanização deve abarcar a democratização das relações interpessoais, em outras palavras, humanização implica na horizontalidade das relações em todos os níveis de atenção à saúde. Assim, ela deve ser um instrumento de transferência de um poder centralizado – em geral na figura do médico- para um poder compartilhado, no qual diferentes instâncias como profissionais, usuários e gestores, façam parte do processo de promoção da saúde (ibidem).

De acordo com Fortes (2004), o maior desafio para a implementação da humanização seria a substituição de culturas institucionais que tendem a “coisificar” as pessoas que utilizam serviços de saúde tentando a satisfação de suas necessidades. Nesse sentido, compreende-se que a apropriação conceitual e ética da humanização no agir profissional do Serviço Social na saúde é uma ferramenta importante para uma prática propositiva que esteja além dos lugares de passividade e inércia presentes no processo de adoecimento e cura.

Campos (2005b: 399) assinala que algumas ações do cotidiano como a modificação de regras de funcionamento dos hospitais, ou a valorização da presença de acompanhantes nas enfermarias contribuem com a “ampliação do grau de desalienação dos usuários” em função da efetivação de seus direitos. Logo, a prática profissional do Serviço Social enquanto concretizadora de direitos sociais implica em seu comprometimento ético-político com a humanização.

Ainda que sejam persistentes as contradições entre a proposta da PNH e a contexto da saúde pública atual, é importante considerar a humanização enquanto dispositivo fortalecedor do SUS, e, por isso, sua implementação encontra-se permeada por uma arena política de conflitos de interesses. E é nesse contexto antagônico onde se localizam as possibilidades de efetivação da PNH, pois as estruturas sociais são também produtos humanos e, por isso, podem ser refeitas mediante a luta política e a democratização da gestão da saúde.

3.3. O ACOLHIMENTO COMO POSTURA ÉTICO-PROFISSIONAL PARA O SERVIÇO SOCIAL

O trabalho na saúde implica no comprometimento com múltiplas dimensões tais como prevenção, cuidado, proteção, tratamento, recuperação e promoção. A garantia do direito à saúde traz muitos desafios, um deles é o acolhimento dos cidadãos usuários dos serviços.

Desafios significativos que estão postos em seu cotidiano estão relacionados ao avanço das políticas com uma concepção de estado mínimo, pois estas refletem seus efeitos não somente na precarização das relações de trabalho, mas também nas relações intersubjetivas, reduzindo-as ao seu mero valor de troca. Assim, os espaços institucionais se expressam como lócus de poderes, interesses e projetos de diferentes sujeitos (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Tais relações de intersubjetividade implicam na lida cotidiana com a dor, o medo e a morte, com o trabalho delicado de recuperação da saúde, e a aprendizagem de convívio com seqüelas ou diagnósticos indesejados. Observa-se que as hierarquias institucionais e a predominância de um modelo de saúde - contraditoriamente centrado na doença - tendem a embasar o trabalho dos profissionais no binômio queixa-conduta, gerando a dualidade entre o detentor do saber e o objeto da ação.

Segundo Gomes e Pinheiro (2005), o maior desafio dos profissionais da saúde é concretizar, na prática cotidiana a superação do monopólio do diagnóstico de necessidades e de se integrar a “voz do outro”. O dispositivo do acolhimento se expressa como uma das diretrizes mais relevantes da PNH que trás como sua definição:

“a ação técnico-assistencial possibilitando a análise do processo de trabalho em saúde com foco nas relações e pressupondo a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social, profissional/profissional, mediante parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, levando ao reconhecimento do usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde” (2008b:18).

No Dicionário da Língua Portuguesa Aurélio (2008) algumas definições elencadas para acolhimento são recepção, refúgio e abrigo. No entanto, é importante ressaltar dois pressupostos essenciais para a compreensão de uma perspectiva mais ampla do acolhimento. O primeiro é que este não é monopólio de uma determinada categoria profissional, devendo envolver todos os profissionais e equipes nas diferentes fases e unidades em que o serviço de saúde e o cidadão se encontram.

Em segundo lugar, acolhimento significa um processo contínuo e não apenas a etapa que se dá nas portas dos serviços - embora este seja um momento estratégico para a construção de vínculo - devendo permear todos os momentos da atenção à saúde a partir de alguns princípios elencados por Gomes e Pinheiro (2005), tais como: a) Atendimento a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal; b) Reorganização do processo de trabalho, a fim de deslocar o seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; c) Qualificação da relação trabalhador-usuário por parâmetros de humanização e cidadania.

Por isso, acolhimento não é somente sinônimo de receptividade e não se dá em um ambiente físico específico, mas é um produto da relação trabalhadores da saúde e usuários passando pela subjetividade desses sujeitos e oferecendo uma escuta qualificada das necessidades do outro, e a responsabilização com a resolutividade de suas demandas (MATUMOTO et. al, 2002).

Para o serviço social, tais estratégias de resolutividade devem ser formuladas a partir das demandas dos usuários, identificando vulnerabilidades e riscos sociais e conjugando as necessidades dos usuários com as ofertas do serviço, a partir da articulação de redes e da identificação das interfaces existentes entre as políticas sociais, especialmente as que compõem a seguridade social – saúde, previdência e assistência social. Segundo a PNH (2008b: 29), “o acolhimento com avaliação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e na implementação da promoção da saúde em rede”.

A Política reafirma ainda o acolhimento como uma diretriz de relevância ética, estética e política. Ética significa abrir mão do monopólio do saber, no sentido de compromisso com o reconhecimento do outro, seus saberes e vivências, aquilo que sente e o que pensa; estética porque inventa estratégias que contribuem com a

dignificação de vida e do viver; e política na medida em que potencializa o protagonismo dos sujeitos, e deve traduzir uma efetiva mudança na relação de poder técnico-usuário, evidenciando o ser social, com expressão de seu direito.

Em suma, o acolhimento deve ser uma prática intrínseca e inerente ao exercício profissional em saúde que implica na mudança do objeto-doença para o sujeito-usuário. Sua operacionalização não é um espaço ou um local, mas uma postura ética envolvendo o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção da saúde, a valorização e a abertura para o encontro entre o profissional de saúde, o usuário e sua rede social, uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelos usuários, de maneira que inclua sua cultura seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos (BRASIL, 2008b).

A partir da reflexão sobre a política de saúde no Brasil, compreende-se o acolhimento como dispositivo que materializa os princípios ideológicos do SUS. A implantação sistematizada do acolhimento com avaliação de risco social no contexto da enfermagem representa para o serviço social a ampliação de uma prática mais qualificada, na medida em que, assim, o profissional pode pautar a sua ação a partir das demandas dos usuários deslocando-se do âmbito da ação emergencial do período da alta, e atuando junto ao usuário durante toda a sua internação.

Assim, ao invés da ação pontual, o acolhimento com avaliação de risco permite o “estar com” durante a internação, fazendo deste período, um processo que viabilize a garantia de direitos e afirmação do protagonismo dos usuários.

CAPÍTULO IV

PROCEDIMENTOS DE PESQUISA E ANÁLISE DE DADOS

4.1. METODOLOGIA E PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este estudo se insere do âmbito das Ciências Sociais Aplicadas, e fez uso de uma metodologia quali-quantitativa. “A investigação quantitativa atua em níveis de realidade e tem como objetivo trazer a luz dados, indicadores e tendências observáveis. A investigação qualitativa, ao contrário, trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões” (MINAYO & SANCHES apud SERAPIONI, 2000:188).

Enquanto a técnica quantitativa é forte em termos de validade externa, uma vez que os resultados adquiridos são passíveis de generalização para o conjunto de uma comunidade, os métodos qualitativos têm muita validade interna, pois focalizam em especificidades de grupos sociais abordados (SERAPIONI, 2000).

Assim, a combinação das duas abordagens tem a vantagem de, dentro de seu rigor, garantir um grau de validade externo e interno.

A proposta deste trabalho foi a implantação do acolhimento específico do serviço social aos pacientes internados com HIV/ aids pela DIP no HUB. Dessa forma, em relação à escolha do instrumento utilizado, optou-se pela construção de um questionário semi-estruturado que possa permanecer no Projeto Com-Vivência e ser aplicado rotineiramente pelo serviço social.

O instrumento dividiu-se em seis blocos: a) dados pessoais; b) rede de apoio social e familiar; c) situação de trabalho e renda; d) benefícios sociais; e) hospitalização; f) diagnóstico e medicamentos. Estes visam identificar dados sócio-demográficos do usuário, e suas demandas. Assim, as questões foram referentes tanto àquelas demandas mais emergentes que dizem respeito à situação de hospitalização, quanto às demandas sobre a situação de trabalho, moradia e condições de saúde.

O método de estudo utilizado foi o seccional descritivo (inquérito). A coleta de dados foi realizada com base na estratégia aninhada concomitante citada por Creswell (2007). Nesta, os dados quantitativos e qualitativos são coletados simultaneamente em uma única fase e posteriormente reunidos e analisados. A denominação “estratégia aninhada” expressa que em uma pesquisa quali-quantitativa pode haver um método

embutido e um método dominante. Para fins deste estudo quali-quantitativo utilizou-se como método dominante o método qualitativo, onde os dados quantitativos foram incorporados para enriquecer a descrição dos participantes da amostra.

O instrumento de coleta de dados piloto foi aplicado por dois meses (setembro e outubro de 2008) na enfermaria do HUB como a operacionalização do projeto de intervenção, atividade que é obrigatória nas disciplinas Estágio Supervisionado I e II em Serviço Social, e após o período foram feitos os ajustes necessários como o acréscimo de questões referentes à adesão à terapia antiretroviral (TARV).

Apesar do Com-Vivência possuir um instrumento específico para intervenções relacionadas à TARV, a introdução das questões no questionário desse estudo possibilitaram uma discussão qualitativa da relação entre o contexto social do usuário e a adesão ao tratamento.

Ao longo da elaboração do projeto de pesquisa que deu origem a este trabalho, considerou-se que muitas questões éticas poderiam surgir em sua realização.

Em consonância com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, cujo objetivo é assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado, este Projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas – CEP/IH/UnB.

O serviço social é parte integrante do processo de conhecimento e aplicação da ética no tratamento do HIV/aids. O Código de Ética dos Assistentes Sociais, dentre outros princípios, estabelece a liberdade como valor ético central da profissão e a Resolução 196/96 está pautada nos princípios da bioética que são: autonomia, não malaficência, beneficência e justiça.

Este trabalho atende a todas as exigências éticas fundamentais da pesquisa com seres humanos dentre as quais se destacam o sigilo, a garantia de anonimato e a autonomia dos informantes, portanto, compreende-se que não ofereceu possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual dos participantes, em qualquer fase de execução e suas decorrências.

No entanto, ainda que não obrigatória, a submissão do Projeto ao CEP objetiva resguardar os sujeitos da pesquisa e também materializar o projeto profissional do serviço social assumindo a defesa intransigente dos direitos humanos.

4.2. ANÁLISE DE DADOS

Trabalhar dados para além daqueles relacionados estritamente à hospitalização significa considerar o conceito ampliado de saúde e a integralidade, pois a situação de saúde pode ter suas determinações na magnitude da vulnerabilidade ou riscos sociais do sujeito, sendo estes últimos compreendidos como situações de maior complexidade ou que exijam maior urgência no trabalho do profissional de saúde. Nesse sentido, Minayo (2006), aponta que além das características biológicas e culturais, a saúde e a doença precisam ser tratadas como processos fundamentados na base material da produção.

Segundo dados em arquivo do Projeto Com-Vivência, há uma média de cinco usuários internados com HIV/aids por mês no HUB. Sendo que em algumas vezes, o mesmo usuário pode permanecer internado por mais de um mês. Após a submissão do trabalho ao Comitê de Ética, os dados foram coletados durante o período de abril a maio de 2009 por meio da aplicação de um questionário semi-estruturado, com predomínio de respostas fechadas.

Os sujeitos do estudo foram pacientes internados com HIV/aids, na enfermaria de Clínica Médica de Doenças Infecto-Parasitárias, com mais de 18 anos de idade e com conhecimento de sua soropositividade há pelo menos um mês. Todas as entrevistas foram realizadas exclusivamente pela estudante responsável pelo estudo, em um tempo médio de trinta minutos. A amostra contou com um total de doze sujeitos.

Com o objetivo de obter o perfil desses usuários optou-se por traçá-lo dividindo-o em alguns blocos para posterior análise. Por isso, os dados quantitativos foram agrupados em quatro blocos referentes à: I Perfil sócio-demográfico dos usuários; II - Rede de apoio social e familiar; III - Situação trabalhista e renda; IV - Hospitalização, diagnóstico e internação. A seguir encontram-se tais blocos com posteriores análises.

4.2.1. PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS INTERNADOS:

Tabela 1 - Dados sócio-demográficos, 2009

Variável	Sujeitos
Sexo	
Masculino	6
Feminino	6
Idade	
20-26 anos	2
30-40 anos	7
50-51 anos	3
Escolaridade	
Analfabeto	2
Ensino Fundamental Incompleto	3
Ensino Fundamental Completo	2
Ensino Médio Incompleto	1
Ensino Médio Completo	4
Raça/Cor	
Brancos/as	8
Pardos(as)	3
Negro(a)	1
Local de residência	
Ceilândia	1
Candangolândia	1
Itapoã	1
Novo Gama	1
Planaltina-DF	2
Paranoá	1
São Sebastião	1
Sobradinho	1
Entorno	3
Total	12

Fonte: Questionários aplicados aos usuários internados com HIV/aids no HUB. Projeto Com-Vivência, 2009.

A equivalência entre os usuários internados do sexo masculino e feminino remete à tendência de feminização da epidemia expressa na diminuição da razão de sexo em relação à infecção. Como apontam Trindade e Schiavo (2001), se em 1985 existiam 24 homens com HIV para 1 mulher infectada, no ano 2000 essa razão cai para 2 homens com HIV para 1 mulher. Assim, de acordo com o Relatório sobre a Epidemia Global de aids de 2008, atualmente, as mulheres representam metade das infecções pelo HIV, e essa porcentagem tem sido estável nos últimos anos.

Ainda que não seja o objetivo deste trabalho aprofundar-se na temática de gênero e HIV/aids, é importante colocar que desenvolvimentos mais recentes têm procurado estender o uso da noção de vulnerabilidade para outros aspectos ligados à saúde de populações e estratégias preventivas, como o problema das drogas e a questão das relações de gênero (AYRES, 2003).

Segundo Graciella Di Marco:

“La noción de género como categoría social se refiere a las relaciones sociales desde el punto de vista de las relaciones de poder y subordinación que se establecen entre hombres e mujeres a partir de las elaboraciones culturales sobre lo que se supone que es ser hombre o ser mujer” (2005: 48).

Historicamente a sociedade brasileira é marcada por uma assimetria de gênero em que os homens ocuparam a cena pública e às mulheres é reservado o espaço privado, não somente físico, mas também no que se refere as emoções e expressão da sexualidade.

Assim, a sinergia entre gênero e vulnerabilidade no contexto do HIV/aids, vivenciada pelas mulheres, reflete as formas socialmente construídas de entrada das mulheres na sexualidade – preservação da virgindade, fidelidade – que revelam certos aspectos fundamentais na construção tradicional da feminilidade. Nestes estão implicados a fertilidade, pertença da mulher a um único homem, ausência de iniciativa em matéria sexual, e, conseqüentemente uma possível exposição sexual de infecção pelo HIV devido ao pouco empoderamento na negociação de práticas sexuais seguras com seus parceiros.

Por outro lado, a construção da masculinidade é, em muitos contextos culturais, manifesta através da rejeição a comportamentos femininos ou ditos afeminados, como

por meio da virilidade permanente no desempenho sexual, e da iniciação sexual precoce (BOZON, 2003).

Durante o período de internação, foi possível trabalhar questões voltadas para práticas sexuais seguras e empoderamento feminino com as usuárias internadas, apresentando-lhes o preservativo feminino, insumo de prevenção que representa uma alternativa para as mulheres nas práticas sexuais.

O conceito de gênero se mostrou uma ferramenta essencial para a compreensão das dificuldades enfrentadas pelas mulheres no campo da prevenção. Da mesma forma, a vulnerabilidade considera essas assimetrias como resultante da interrelação das dimensões individual (comportamentos e hábitos), programática (acesso a informações e a políticas públicas) e social (situação socioeconômica).

Os usuárias internadas, no período da coleta de dados, estavam na faixa etária de 20 a 51 anos, o que constitui uma média de 35,5 anos, ou seja, estavam na faixa etária produtiva e reprodutiva. Tais dados corroboram com dados do Ministério da Saúde⁹ onde a maior concentração de casos de aids no Brasil está na faixa etária entre 35 a 39 anos.

Em relação à escolaridade, a média de tempo de estudos foi 7,5 anos com predominância, ainda que por uma pequena margem, de sujeitos que haviam concluído o ensino médio. Durante a coleta de dados, não houve casos de pessoas internadas com curso superior, mas foram constatados dois casos em que os sujeitos não tiveram acesso ao sistema de ensino. A variável de baixa escolaridade e renda em outros estudos, como o realizado por Gir, Vaichulonis e Oliveira (2005), mostrou-se como um fator dificultador da adesão à TARV.

No quesito raça/cor houve predominância de pessoas que se autodeclararam brancas totalizando 66% das respostas. Dos demais entrevistados três (25%) disseram ser pardos e um (8,3%) negro.

No Brasil, a miscigenação entre índios, brancos e negros resultou em um novo modelo de estrutura social, mas não necessariamente em uma sociedade multiétnica. A divulgação planejada do surgimento da chamada identidade unicultural brasileira resultou na tendência de anulação das identidades étnicas de raças consideradas “inferiores”.

⁹ Fonte disponível em: < <http://www.aids.gov.br/main.asp?Team={E1F4E99B-BA69-48C1-BB39-22E53C8B9FA9}>> Acesso em junho de 2009.

De acordo com Munanga (1999) a maior característica do racismo brasileiro é a ambigüidade que permeia tanto estudiosos do assunto, quanto o cotidiano das pessoas. Segundo o autor, o mestiço é o símbolo pleno desta ambigüidade, pois este é ao mesmo tempo “um e outro” ou “nenhum, nem outro”. Sua indefinição social somada ao ideal de branqueamento da sociedade, construído historicamente, dificulta sua opção de identidade negra, pois ele espera conseguir um dia ser branco.

No contexto do presente trabalho, percebeu-se que os dados do quesito raça/cor se dão, em parte, pela não identificação com a negritude e não necessariamente pela pouca existência de negros ou pardos entre os sujeitos participantes do estudo.

Os locais de moradia se localizavam fora do espaço central do DF com prevalência de usuários residentes do entorno (25%). Durante o acolhimento, a distância entre o serviço de saúde e a moradia foi um fator apontado como dificultador na realização do acompanhamento médico e psicossocial, principalmente no caso dos residentes da região do entorno que não possuem direito ao passe-livre distrital. O Passe Livre Especial do DF dá direito a passagem gratuita no transporte coletivo do Distrito Federal a todos os deficientes e pessoas que possuem algumas doenças crônicas, comprovadamente carentes (recorte de até três salários mínimos *per capita*), um de seus objetivos é proporcionar maior acesso ao serviço de saúde para continuidade do acompanhamento de saúde.

Diante do exposto, o acolhimento permitiu que tal dificuldade de acesso fosse identificada com maior antecedência, o que possibilitou ao serviço social atuar na garantia do acesso ao serviço de saúde por meio da articulação com outras Secretarias de Saúde para disponibilização de transporte. Compreende-se que tal intervenção além de materializar o princípio do SUS da universalidade, contribui com uma prática profissional melhor estruturada e para além do emergencial.

4.2.2. REDE DE APOIO SOCIAL E FAMILIAR

Tabela 2 - Rede de apoio social e familiar, 2009

Variável	Sujeitos
Situação Conjugal	
Casados(as)	2
Separados(as)	5
Solteiros(as)	4
Viuvo(a)	1
Nº de filhos	
Não possuem filhos	4
Possui de um a dois filhos	6
Possui mais de três filhos	1
Tipo de moradia	
Imóvel próprio	1
Imóvel alugado	3
Invasão	1
Residiam com parentes ou amigos	7
Nº de pessoas por moradia	
Uma	2
Duas	1
Três	3
Quatro ou mais pessoas	6
Algum familiar com conhecimento sobre o diagnóstico	
Sim	11
Não	1
Participação em Movimento Social ou OnG/Aids	
Sim	1
Não	11
Total	12

Fonte: Questionários aplicados aos usuários internados com HIV/aids no HUB. Projeto Com-Vivência, 2009.

Dos usuários participantes, 50% possuíam composição familiar com no mínimo quatro pessoas, incluindo ao menos um filho (a), e em 16% das respostas os usuários residiam sozinhos. 58% viviam na residência de parentes ou amigos e houve apenas um caso em que o imóvel era próprio. Essa questão foi introduzida no instrumento, pois durante a realização das disciplinas de Estágio Supervisionados I e II no Projeto Com-Vivência observou-se que após a alta, por diversas razões, alguns usuários não possuíam mais moradia demandando uma intervenção emergencial do serviço social com vistas ao acionamento da rede de serviços que pudesse recebê-lo.

Durante a coleta de dados não houve casos em que essa intervenção fosse necessária, entretanto, diante da aplicação rotineira do instrumento de acolhimento no serviço, essa poderá ser uma demanda colocada. Por isso, é importante que a situação de moradia seja compreendida pelo serviço social durante a internação.

Em 91% dos casos, os usuários haviam revelado o diagnóstico de soropositividade para ao menos um familiar ou amigo. De modo geral, as famílias ou rede social a quem foi comunicado o diagnóstico pelo usuário representavam uma fonte de suporte social tanto emocionalmente prestando apoio no processo de aceitação e compreensão do diagnóstico, quanto operacionalmente auxiliando-os em relação ao acesso ao hospital, trazendo documentos ou objetos pessoais, entre outros.

No entanto, se em alguns casos a revelação do diagnóstico gerou apoio e solidariedade de familiares e amigos, em outros ela poderia ocasionar discriminação e rejeição. Esse fato pode ocorrer tanto pelo estigma social em torno do HIV/aids relacionando-o a padrões de condutas “promíscuos” ou “desviantes”, quanto por falta de compreensão do que é a enfermidade, suas formas de transmissão, e sua ação no organismo.

Nesse sentido, o caso em que não havia revelação do diagnóstico, apesar de único, foi emblemático para sinalizar que o serviço social cumpre um papel importante ao subsidiar o usuário no processo de revelação do diagnóstico. Este é um momento privilegiado de intervenção para a desconstrução de falsas crenças em torno do HIV/aids, preconceitos, reafirmação dos direitos das PVHA, e também identificação de outras possíveis pessoas infectadas como é o caso de parceiros (as) sexuais, ou usuários

de droga injetável (UDI) que compartilharam seringa com o usuário e ainda não realizaram o teste anti-HIV.

É importante destacar que o diagnóstico ou quaisquer outras informações pessoais do usuário são sigilosos, devendo ser divulgados apenas sob o consentimento dos sujeitos envolvidos. Por isso, foi fundamental saber quais eram as pessoas da rede de apoio social e familiar que já tinham conhecimento sobre o diagnóstico para a preservação do sigilo profissional.

Em relação à participação social, observou-se que 91% dos casos não estavam envolvidos com quaisquer grupos sociais de apoio à PVHA. Os movimentos de luta pelos direitos das PVHA trouxeram grandes conquistas para a sociedade brasileira, e além desses avanços, tais grupos são espaços de troca de diálogos e vivências sobre a soropositividade, o que, por sua vez, podem contribuir com a construção de estratégias de enfrentamento às dificuldades encontradas no viver e conviver com a doença.

Por meio do acolhimento, também foi possível fortalecer a participação social dos usuários realizando os devidos encaminhamentos para os grupos de referência sobre os direitos das PVHA no DF.

4.2.3. SITUAÇÃO DE TRABALHO

Tabela 3 - Situação de trabalho e renda , 2009

Variável	Sujeitos
Profissão	
Do lar	1
Camareira	1
Cozinheiro	1
Auxiliar de serviços gerais	2
Tecnico em informática	1
Telemarketing	2
Diarista	1
Agricultor	2
Marceneiro	1

Situação trabalhista	
Exercem trabalho formal	5
Desempregados	3
Recebem o Benefício de Prestação Continuado (BPC)	4
Renda	
Inferior a um salário mínimo	1
Um salário mínimo	4
Dois salários mínimos	4
Três salários mínimos	3
Benefícios Sociais	
Passe-Livre (DF)	7
Não recebem nenhum benefício	5
Outros	3
Total	12

Fonte: Questionários aplicados aos usuários internados com HIV/ aids no HUB. Projeto Com-Vivência, 2009.

De acordo com o Diagnóstico Social do DF de 2008¹⁰, a população do DF totalizava 2,4 milhões de habitantes em 2007. Destes 22,6 % viviam em situação de pobreza. A distribuição das famílias no território do DF mantém correlação com os padrões de renda da família. Assim, enquanto a população com renda mais alta concentra-se nas áreas centrais do DF, os mais pobres concentram-se nas regiões periféricas que representam espaços menos estruturados e com inferior distribuição de equipamentos sociais.

Dentre os que viviam no DF, 42% dos participantes do estudo residiam em locais considerados pela Secretaria de Desenvolvimento Social do DF - SEDEST de renda intermediária, e 57% deles em locais de baixa renda.

¹⁰ Documento disponível em: <http://www.sedest.df.gov.br/sites/300/382/00000627.pdf> Acesso em junho de 2009.

Em relação à situação de trabalho, 41% dos sujeitos exerciam trabalho formal, 33% recebiam o Benefício de Prestação Continuado (BPC)¹¹ e 25% encontravam-se desempregados sem realização de qualquer atividade remunerada, principalmente devido ao agravamento de seu estado de saúde.

A introdução destas questões no instrumento pautou-se na garantia de direitos do trabalhador segurado aos benefícios previdenciários, e àqueles inaptos para o trabalho ao BPC, considerando o recorte de renda estabelecido na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS). Entretanto, uma parcela de 25% dos sujeitos estava fora do mercado de trabalho, mas não contemplava os critérios necessários para a inserção no BPC.

Como apontado por Boschetti (2003), a proteção social historicamente destina-se àqueles cuja situação não lhes permite trabalhar como maternidade, infância, velhice ou deficiência. Por isso, trabalho e assistência, mesmo reconhecidos como direitos sociais, vivem uma contraditória relação que a autora denomina de tensão e atração. “Tensão porque aqueles que têm o dever de trabalhar, mesmo quando não conseguem não têm direito a assistência [...] e atração porque a ausência de um deles impele o indivíduo para o outro, mesmo que não possa, não deva, ou não tenha direito” (ibidem: 47).

Sobre outros benefícios sociais, o mais expressivo foi o passe-livre do DF, presente em 58% dos casos, o qual tem direito toda a pessoa soropositiva residente do DF, com um recorte de renda própria de três salários mínimos¹². Tendo em vista que 41% dos sujeitos não possuíam o passe-livre, o serviço social pode identificar essa demanda e, de acordo com os critérios do benefício, pautar uma intervenção que não se limitou ao encaminhamento para passe-livre, mas promoveu discussões a cerca da universalidade de acesso ao SUS e da importância deste benefício na contribuição de

¹¹ De acordo com a lei 8742 de 1993, Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), a pessoa portadora de deficiência, ou o idoso que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção, ou tê-la provida por sua família têm direito ao BPC, um salário mínimo de benefício mensal. Diante dos avanços das pesquisas e eficácia da Terapia Anti-retroviral, a infecção pelo vírus HIV/Aids já não é determinante para o recebimento do BPC, entretanto, há casos em que as doenças oportunistas mais graves podem deixar seqüelas que impossibilitem o usuário a trabalhar. Neste caso, de inaptidão ao trabalho o usuário pode receber o BPC.

¹² Manual do Beneficiário do Passe Livre Especial do Distrito Federal disponível em: < <http://www.mpdf.gov.br/sicorde/passedef.htm>> Acesso em junho de 2009.

sua efetivação. Os outros benefícios apontados pelos usuários, referiam-se principalmente ao programa Bolsa-Família e ao Renda Minha.

O acolhimento, pautado no princípio da integralidade, apontou para a necessidade de uma prática profissional de articulação entre as políticas sociais, principalmente entre aquelas que compõem a seguridade social, quais sejam Saúde, Previdência e Assistência Social (artigo 196, BRASIL, 2008a).

4.2.4. QUESTÕES RELACIONADAS À INTERNAÇÃO E ADESÃO

Tabela 4 - Hospitalização, Diagnóstico e Adesão, 2009

Variável	Sujeitos
Necessidade de informar a alguém sobre a internação	
Sim	4
Não	8
Necessidade de material de higiene pessoal para o período de internação	
Sim	4
Não	8
Tempo de diagnóstico	
10 a 15 anos	6
2 a 5 anos	7
Menos de 6 meses	2
Motivo de realização da testagem	
Condicionalidade para visitação íntima em presídio	2
Apresentação de sinais e sintomas	6
Pré-natal	3
Obrigatoriedade para doação de sangue	1
Tempo de uso de TARV	
Entre 6 e 10 anos	2

Entre 1 e 5 anos	9
Menos de 6 meses	1
Esquemas de TARV utilizados atualmente	
Não soube informar seu esquema	1
Lamivudina+Zidovudina+Efavirenz	7
Lamivudina+Tenofovir+Efavirenz	1
Lamivudina+Zidovudina+Atazanavir+Ritonavir	1
Lamivudina+Tenofovir+Ritonavir+Atazanavir	1
Lamivudina+Estavudina+Tenofovir+Efavirenz	1
Efeitos colaterais os adversos	
Negaram efeitos colaterais ou adversos	4
Alterações no paladar	1
Tontura, enjoos e vômitos	4
Dor no estômago	2
Interrupção do uso da TARV por conta própria	
Sim	6
Não	6
Total	12

Fonte: Questionários aplicados aos usuários internados com HIV/ aids no HUB. Projeto Com-Vivência, 2009.

Devido à interdição do serviço de Pronto-Socorro no HUB desde o segundo semestre de 2008, e a atual reforma do setor de emergência do Hospital, a internação passou a ser realizada via consulta ambulatorial ou em atendimento de emergência improvisado na enfermaria. Por isso, houve casos em que o usuário compareceu ao ambulatório para consulta de rotina, mas precisou ser internado, mesmo sem estar preparado para permanecer no hospital comunicando ao seu local de trabalho, ou trazendo materiais de uso pessoal.

Diante disso, perguntou-se durante o acolhimento se o usuário deveria comunicar alguém sobre a sua internação, ou se precisava de materiais de higiene pessoal neste período. No acolhimento, o número de usuários que demandavam ambas

as ações foi de 33%. Com o consentimento dos mesmos, os contatos foram realizados, e o material de higiene pessoal fornecido pelo Projeto Com-Vivência. Essas questões foram importantes para evitar demissões por alegação de abandono de trabalho por parte dos empregadores e também por suprir uma necessidade emergencial dos usuários.

O tempo de diagnóstico dos pacientes internados variou de 15 anos a menos de 6 meses¹³, com média de 8 anos de diagnóstico. A causa predominante para a realização da testagem sorológica apontada foi a apresentação de sinais e sintomas com 50% das respostas, os demais motivos elencados foram a realização do teste durante o pré-natal com 25%, condicionalidade para ter direito a visita íntima em presídio com 16%, e um caso, equivalente a 8%, em que o teste foi realizado para doação de sangue.

Nota-se a ausência de casos em que, a testagem foi realizada de forma espontânea pela percepção de que se encontrava em alguma dimensão de vulnerabilidade que poderia gerar a transmissão do HIV. Assim, neste estudo todos os diagnósticos foram obtidos por intercorrências do cotidiano (percepção de adoecimento, gestação, detenção ou doação de sangue), o que pode significar a falta de informação sobre formas de transmissão do vírus e importância da realização do teste anti-HIV, que por sua vez sinaliza a importância da ampliação do alcance dos trabalhos informativos de educação em saúde.

Apesar de não ser o objetivo deste estudo se delongar na discussão sobre as causas de realização do diagnóstico, observa-se que todos estes casos podem ter sido de diagnóstico tardio. “A correta informação, transmitida por meio de aconselhamento, além de permitir uma decisão consciente e auxiliar no apoio emocional, pode fazer com que o indivíduo avalie a necessidade ou não da realização do teste” (BRASIL, 2005:53).

Correspondendo ao tempo de diagnóstico, o tempo de uso da terapia anti-retroviral (TARV) variou de 10 anos a menos de 6 meses de tratamento, o que gera uma média de 5 anos em TARV. De modo geral, os medicamentos são introduzidos quando o número de linfócitos T – CD4 é inferior a 200 células/mm. Tal terapêutica tem especificidades:

¹³ Para fins de amostra considerou-se somente os casos onde o usuário já sabia de seu diagnóstico a pelo menos 1 mês.

Enquanto uma aderência em torno de 80% é considerada boa na maioria dos casos de patologias crônicas, estudos indicam que, em relação à infecção pelo HIV, é necessária uma adesão acima de 95% para que o paciente atinja níveis de carga viral abaixo de 400 cópias/ml, índice indicativo de uma boa adesão à terapia. (Revista Saber Viver/profissional de saúde apud SANTOS, 2007:22).

A falta de adesão no caso da TARV, pode gerar um adoecimento que ocorre a longo prazo, diferentemente da falta de adesão a outros tratamentos como o diabetes onde o organismo é comprometido rapidamente. Assim, o abandono deste conjunto de medicamentos da TARV pode acarretar resistência viral além de adoecimento, o que muitas vezes determina mais ainda o abandono da TARV por gerar descrença em relação ao tratamento (ibidem).

Adesão, nesse sentido, não deve ser compreendida como unicamente a ingestão de medicação, mas “é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo a sua participação nas decisões sobre o mesmo” (BRASIL, 2008c: 14). Portanto, adesão é um processo dinâmico e contínuo.

Neste trabalho, 50% dos usuários internados já haviam interrompido ao menos uma vez a TARV por conta própria. Levando-se em consideração as multideterminações da adesão, foi possível identificar alguns fatores objetivos que influenciaram o abandono do tratamento.

Nas falas dos participantes, os principais motivos associados à falta de adesão foram “desleixo”, “se eu tiver que tomar os ARV vou ter que parar de beber”, “se eu vier nas consultas ou tomar os ARV todos no trabalho vão saber o que eu tenho”, “fiz um teste pra saber se ficaria bem sem os ARV e fiquei”, “são muitos efeitos colaterais”, e “não sei porque paro o tratamento, acho que me preocupo com os outros e esqueço de mim”.

Tais falas corroboram com os fatores que podem dificultar a adesão presentes no Manual de Adesão ao Tratamento para as PVHA (BRASIL, 2008c), são elas: efeitos colaterais da medicação que podem tornar o próprio tratamento aversivo, crenças negativas e informações inadequadas sobre a enfermidade e o tratamento, complexidade do regime terapêutico, que inclui o número de doses e de comprimidos que precisam ser

ingeridos diariamente, e a forma de armazenamento com exigência de que seja conservado em baixa temperatura, o que pode conflitar com as rotinas e estilos de vida.

O maior tempo de internação foi de 45 dias e o menor deles 10 dias. Durante esse tempo, foi possível promover discussões individuais acerca dos fatores sociais que dificultaram a adesão. Nesse processo considerou-se que:

“A compreensão aspectos dificultadores da adesão é o primeiro passo para o seu manejo e superação. Vale ressaltar, que na prática cotidiana dos serviços de saúde, as dificuldades de adesão devem ser identificadas e compreendidas caso a caso. Isso porque a vivência das dificuldades, bem como de facilidades para adesão, diferem de uma pessoa para outra. É no processo de escuta que os contextos individuais específicos poderão ser apropriados pela equipe, favorecendo a abordagem adequada e resolutiva” (ibidem: 19).

Dessa forma, esses usuários passaram a receber atendimentos com escuta de suas dificuldades para adesão, e em uma linguagem acessível foram desconstruídas falsas crenças em torno do tratamento. Abaixo, serão citadas algumas intervenções do serviço social com vistas à adesão:

1. Realização de momentos informativos em que foram trabalhados como os ARV atuam no organismo, com esclarecimentos de dúvidas e falsas crenças¹⁴ em relação ao tratamento. Levou-se em consideração que o acesso à informação sobre a sua própria condição de saúde e possíveis efeitos adversos é um direito dos usuários.
2. Estabelecimento de co-relação entre os horários da TARV e as práticas do cotidiano, objetivando minimizar os episódios de esquecimento e convergir os horários da medicação com as práticas do cotidiano de modo que o sigilo do diagnóstico fosse preservado.

¹⁴ De acordo com o Ministério da Saúde (2005), nos atendimentos em DST/HIV/AIDS deve haver um componente educativo, referente ao esclarecimento de dúvidas e prestação de informações de acordo com o nível de compreensão do usuário, um componente emocional onde o profissional deve acolher suas dificuldades e posturas sem emissão de juízos de valor, e um ultimo componente de avaliação de risco que diz respeito a identificação de situações que podem gerar o agravamento da enfermidade. Tal ação não é atributo específico de uma categoria profissional, mas deve permear o agir dos profissionais de saúde de modo geral.

3. Compreensão do padrão de consumo de álcool e outras drogas¹⁵ com vistas à desconstrução da idéia de que “não posso beber se tomar os ARV”.
4. Encaminhamentos para benefícios sociais entendendo-os como direitos e como facilitadores no acesso ao serviço de saúde para a manutenção do tratamento.
5. Articulação com outros profissionais de saúde (psicólogos, médicos e nutricionistas) para elaboração de estratégias de minimização de efeitos colaterais como substituição de medicações, troca de horários ou mudanças no padrão alimentar.
6. Articulação com a rede de apoio social e familiar compreendendo-a como mecanismo de auxílio para a adesão no cotidiano dos usuários.
7. Estabelecimento de parcerias e encaminhamentos com organizações da sociedade civil tendo em vista sua importância enquanto atores sociais de papel estratégico do fortalecimento da adesão e reafirmação da saúde como direito.

Tais ações valorizaram o vínculo entre o serviço de saúde e o usuário, e uma escuta qualificada capaz de responder às demandas sociais referentes à adesão. Diante da alta hospitalar, buscou-se dar continuidade às intervenções em nível ambulatorial.

4.2.5. Principais demandas para o Serviço Social na enfermaria

A consideração das transformações societárias típicas do capitalismo tardio representa para o serviço social a necessidade de elaboração de respostas mais qualificadas e mais legitimadas para as questões do seu âmbito de intervenção institucional tanto no âmbito operativo quanto do ponto de vista sócio-político (NETTO apud MIOTO; NOGUEIRA: 2006b). Nesse sentido, o agir profissional é integrante de um processo histórico, e pode ser definido como “o conjunto de procedimentos, atos e atividades pertinentes a uma determinada profissão e realizada por sujeitos profissionais de forma responsável e consciente” (MIOTO; NOGUEIRA: 2006b).

¹⁵ Segundo o Manual de Adesão (BRASIL, 2008c:67), “os usuários de álcool ou outras drogas, se devidamente orientados na perspectiva da redução de danos podem incorporar o tratamento em seu cotidiano e melhorar sua qualidade de vida [...] o uso de drogas não pode ser motivo para a equipe negar o acesso do usuário à assistência e aos anti-retrovirais”.

Esta ação, segundo Nogueira e Mito (2006a), se estrutura sustentada no conhecimento da realidade e dos sujeitos para as quais são destinadas, na definição de objetivos considerando o espaço dentro do qual se realiza, na escolha adequada de abordagens para aproximar-se dos sujeitos destinatários das ações e, finalmente, na escolha de instrumentos e recursos para a sua implementação.

A partir do referencial da PNH e das definições elucidadas pelas autoras na discussão da sistematização das ações dos Assistentes Sociais na saúde (2006b), foram elencadas as principais ações do serviço social na enfermagem ao longo deste trabalho.

O momento de internação possui características que se expressam através de demandas sobre as quais se coloca a necessidade de contribuição do serviço social. Dentre elas, é possível destacar: atividades de suporte social como a articulação da rede de saúde e das demais políticas sociais, a articulação junto à outros profissionais de saúde numa perspectiva interdisciplinar, encaminhamentos para acesso a benefícios e documentos de direitos sociais, a articulação junto à família, comunidade e instituições (OnG e Movimentos Sociais) e atuação junto a encontros que proporcionem discussões acerca das condições de vida e saúde dos usuários e viabilizem ações para a sua superação.

Com a implantação do acolhimento foi possível ao serviço social intervir nas demandas sociais dos usuários internados de forma mais resolutiva. Em suma, as principais ações realizadas foram referentes a: a) ações periciais com a elaboração de declarações ou laudos técnicos para fins de subsídios de determinados órgãos ou outros profissionais para a concessão de benefícios; b) ações emergenciais que visavam atender as demandas básicas de hospitalização como a concessão de materiais de higiene pessoal; c) ações de cunho educativo com vistas à adesão ou fomento da participação do usuário em movimentos sociais ou grupos da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de sua consolidação, o SUS conquistou grandes avanços para a saúde na perspectiva dos direitos no Brasil, entretanto, tem enfrentado muitos desafios em seu processo de implementação. Nesse sentido, o acolhimento favorece a defesa do SUS na medida em que possibilita a construção de uma aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde (BRASIL, 2008b).

Este trabalho procurou identificar e investigar indicadores relacionados aos principais aspectos que configuram demandas dos usuários soropositivos, para os assistentes sociais na enfermaria por meio da implantação do acolhimento com avaliação de risco social. Diante dos múltiplos fatores que existem no viver e no conviver com HIV/aids, a internação se configurou em um momento de maior vulnerabilidade, não somente em um sentido biológico, mas também social, no entanto essas demandas nem sempre estavam explícitas. Nesse sentido, Gomes e Pinheiro (2006) afirmam que a integralidade está presente no encontro, na conversa na atitude do profissional de saúde que busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde.

Durante a realização deste estudo, constatou-se que o acolhimento com avaliação de risco social possibilita a compreensão da situação social e econômica da pessoa atendida, gerando maior responsabilização entre profissional e usuário, constituída em atendimentos mais resolutivos do serviço social.

Além disso, a escuta qualificada, entendida aqui como aquela sem emissão de juízos de valor sobre comportamentos ou escolhas, valorizando aquilo que o usuário sabe, pensa ou sente, foi um mecanismo importante para o fortalecimento do vínculo. Tendo em vista que o HIV/ aids se trata de uma doença crônica, e os usuários retornam periodicamente ao serviço, a construção do vínculo é fundamental para o prosseguimento de um acompanhamento de saúde com qualidade.

Por meio da coleta de dados sóciodemográficos, econômicos e clínicos, foi possível traçar um perfil dos usuários internados, destacando as principais demandas para o serviço social neste período e compreendendo alguns determinantes sociais da falta de adesão ao tratamento.

No perfil dos usuários internados destaca-se a idade em faixa produtiva e reprodutiva, baixa escolaridade e renda, inexpressiva participação em movimentos sociais relacionados ao HIV/, aids e não adesão à TARV. Dentre os determinantes da falta de adesão, estão a não-compreensão de como a TARV atua no organismo, falta de apoio social/familiar, falsas crenças em torno da TARV, efeitos colaterais, dissociação entre o uso da TARV e as práticas do cotidiano, e desvinculação do usuário ao serviço, procurando-o somente em caso de agravo de sua saúde.

Diante do exposto, considera-se que a implantação deste acolhimento e sistematização do atendimento pôde qualificar o trabalho do serviço social do Projeto Com-Vivência na medida em que permitiu o deslocamento de suas ações de um âmbito emergencial, para uma prática mais estruturada e resolutiva. Dessa forma, o serviço social do Com-Vivência dará continuidade a aplicação do instrumento de acolhimento com avaliação de risco social na enfermaria.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AYRES, J. R. C. M. **Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares**. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.7, n.12, p.113-28, 2003.

CFESS. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais** de 15 de março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais e dá outras providências. Brasil, 1993.

BRASIL. **Lei nº 9313, de 13 de novembro de 1996**. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de aids. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/109536/lei-9313-96>> Acesso em: junho de 2009.

_____. **Resolução nº. 196** do Ministério da Saúde. Dispõe sobre a regulamentação de pesquisa científica envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>> Acesso em: 17 de novembro de 2008.

_____. **Lei nº 8742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em :<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8212cons.htm>. Acesso em: junho de 2009.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. **Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/aids para Atenção Básica**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e aids, Brasília: Ministério da Saúde.2005.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 2ª ed. São Paulo. Rideel, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Núcleo técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de promoção de saúde**. 2. Ed. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids**. Brasília, 2008c.

_____. INSS. **Resolução n.º 89, de 05 de abril de 2002**. Aprova a norma técnica de avaliação da incapacidade laborativa para fins de Benefícios Previdenciários em HIV/ aids. Disponível em: □ <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/72/INSS-DC/2002/89.htm> □ Acesso em: 10 de abril de 2009.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social no Brasil: um direito entre originalidade e conservadorismo**. 2º Ed. Brasília, 2003.

BOZON, Michel. **Sexualidade e Conjugalidade: a redefinição das relações de gênero na França contemporânea**. In: Cadernos Pagu, 2003, nº 20, p. 131-156. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cpa/n22/n22a13.pdf>>. Acesso em: maio de 2009.

BRAVO, M.I.S. **As Políticas de Seguridade Social Saúde**. In: CFESS/ CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

_____. M.I.S.; MATOS, M.C. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate**. In: Marlene Teixeira (Org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: CORTEZ, 2004. p. 197-218.

BUENO, Francisco da Silveira. **Dicionário da Língua portuguesa**. 2 ed. São Paulo: Lisa, 2008. p. 19. Verbete.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Romance de formação de um sanitarista**. In: Nisia T. Lima; Silvia Gerschman; Flávio C. Edler; Julio M. Suárez. (Org.). Saúde e Democracia. História e Perspectivas do Sus. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005a.

CAMPOS, G. W. S. **Humanização na saúde: Um projeto em defesa da vida?** In: Interface- Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005b.

CORDEIRO, H. **O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS**. Physis, [periódico on-line], n. 14, v. 2, p. 343-362, 2004. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf> >. Acesso em 22 de abril de 2009.

DI MARCO, Graciela et al.. **Relaciones de género y autoridad**. In: Democratización de las familias – guia de recursos para talleres. Buenos Aires: UNICEF, 2005.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo; EDLER, Flávio Coelho. **As origens da Reforma Sanitária e do SUS**. In: Nisia T. Lima; Silvia Gerschman; Flávio C. Edler; Julio M. Suárez. (Org.). Saúde e Democracia. História e Perspectivas do Sus. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

FORTES, Paulo Antônio de Carvalho. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde**. In: Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.30-35, set-dez 2004.

GIR E; VAICHULONIS, C.G.; OLIVEIRA M.D. **Adesão à terapia anti-retroviral por indivíduos com HIV/ aids assistidos em uma instituição do interior paulista**. In: Revista Latino-americana de Enfermagem, 2005.

GUILHEM, D. ; MAIA, C. S. ; FREITAS, D. . **Vulnerabilidade ao HIV/ aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável.** Revista de Saúde Pública / Journal of Public Health, v. 42, p. 242-248, 2008.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. **Acolhimento e vínculo: Práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos.** Interface – Comunic, Saúde, Educ., v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.

GONÇALVES, Erli Helena. **Desconstruindo o preconceito em torno do HIV/ aids na perspectiva da Bioética de intervenção.** Brasília, Universidade de Brasília – UnB, 2005. 112p. Dissertação (Doutorado em Ciências da Saúde). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília – UnB.

LIMA, Nisia Trindade; FONSECA, Cristina M. O.; HOCHMAN, Gilberto. **A Saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em Perspectiva Histórica.** In: Nisia T. Lima; Silvia Gerschman; Flávio C. Edler; Julio M. Suárez. (Org.). Saúde e Democracia. História e Perspectivas do Sus. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

KLEBA, M. E.; RASZL, S. M.; GAMBORGI, G.P. **Enfermidades transmissíveis: Situações Emergentes e questões Teóricas.** Chapecó: grifos,1999.106p.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa, MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles, QUEIROZ, Danielle Teixeira *et al.* **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual.** In: Ciênc. saúde coletiva, mar./abr. 2007, vol.12, no.2, p.335-342.

MAUTOMOTO, Silvia *et. al.* **Preparando a relação de atendimento - ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde? In: An. 8. Simp. Bras. Comun. Enferm. Maio 2002.**

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde.** 9 ed. Revista e aprimorada – São Paulo: Hucitec, 2006.

MUNANGA, Kabengele. **Rediscutindo a mestiçagem no Brasil**. São Paulo: Ed. Vozes, 1999.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro ; MIOTO, Regina Celia Tamasso . **Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde- SUS e as exigências para os assistentes sociais**. In: Mota, Ana Elizabete; Bravo, Maria Ines Souza; Uchoa, Roberta; Nogueira, Ver; Marsiglia, Regina; Gomes, Luciano; teixeira, Marlene. (Org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 1 ed. São Paulo: Cortez, 2006a, v. 1, p. 218-241.

_____. _____. **Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde**. In: Mota, A.E.; Bravo, M.I.; Uchoa, R.; Nogueira, V.M.; Marsiglia, R.; Gomes, L.; Teixeira, M.. (Org.). Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. 1 ed. São Paulo: Cortez Editora, 2006b, v. 1, p. 273-303.

PAIVA, Vera. **Analizando cenas e sexualidades: a promoção da saúde na perspectiva dos direitos humanos**. In: Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafios para el acceso a la salud en América Latina. Cáceres, Careaga, Frasca, Pecheny (org). Lima, FASPA/UPCH. 1ª edicion, Septiembre 2006. ISBN 9972-806-25.

PIERSON, Christopher. **Beyond the Welfare State?** Cambridge. Polity Press. 1991, p. 102-140. Resumo preparado por Potyara A. Pereira, a partir da tradução do texto original, mar. 2006.

REIS, A. O. A; MARAZINA, I. V; GALLO, P. B. **A humanização na saúde como instância libertadora**. In: Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.36-43, set-dez 2004.

SANTANA, Érica Batista. **O que é o Serviço Social na Área de Saúde**, 2004. Disponível em < <http://www.midiaindependente.org/pt/blue/2004/04/278461.shtml> >. Acesso em: 21 Mai 2009.

SANTOS, Fabiana Borges. **Dificuldades de adesão ao tratamento antiretroviral: perfil dos usuários e possibilidades de busca dos casos de abandono**. Brasília, 2007.

54 p. Monografia (Graduação em Serviço Social). Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília.

SCLIAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.29-41, 2007.

SILVA, Jailson de Sousa e BARBOSA, Jorge Luiz. **Favela: alegria e dor da cidade**. Rio de Janeiro: SENAC, 2005. (p. 24-55).

TRINDADE, M. P; SCHIAVO, M. R. **Comportamento sexual das mulheres em relação ao HIV/ aids**. In: DST J Bras Doenças Sexualmente Transmissíveis 13(5): 17-22, 2001. Disponível em: < <http://www.uff.br/dst/revista13-5-2001/Cap%203%20-%20Comportamento%20Sexual%20das%20Mulheres.pdf>> Acesso em: 16 Nov 2008.

APÊNDICE

Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar do estudo: *Serviço Social na enfermaria: Acolhimento aos usuários internados com HIV/Aids no Hospital Universitário de Brasília*, que será apresentado como resultado da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília pela estudante Priscila Nolasco de Oliveira. Esse estudo tem como objetivo realizar o acolhimento com avaliação de risco social na enfermaria do HUB para pacientes internados pela DIP (Clínica de Doenças Infecto-Parasitárias) com HIV/ aids, pretendendo gerar como benefício a identificação mais objetiva das necessidades sociais destes usuários afim de que o Serviço Social possa elaborar respostas mais qualificadas a estas questões. Além disso, esse estudo visa contribuir com discussões sobre os direitos das pessoas vivendo com HIV/Aids segundo a Política Nacional de Humanização.

Para isso, serão realizadas algumas perguntas sobre sua rede de apoio social e familiar, situação de trabalho e renda, além de questões sobre a sua hospitalização, em um encontro com uma estimativa de duração de 30 minutos. A sua participação neste estudo não é obrigatória, por isso, o(a) senhor(a) poderá deixar de responder qualquer pergunta que julgar constrangedora, ou retirar suas informações durante e depois da coleta de dados sem sofrer qualquer penalidade. Poderá também receber os esclarecimentos que achar necessários sobre a pesquisa durante todo o seu curso. Todos os dados do formulário são sigilosos e ficarão arquivados no Projeto Com-Vivência com acesso restrito aos seus profissionais de Psicologia e Serviço Social, assim é assegurada a garantia da confidencialidade dos dados e a sua não identificação no trabalho escrito e apresentado. Sua participação está livre de qualquer remuneração ou despesa.

Os dados serão divulgados, sem a identificação de seus participantes, na forma de um trabalho final de graduação em Serviço Social pela Universidade de Brasília – UnB. O(a) senhor(a) receberá uma cópia do Termo de consentimento livre e esclarecido na qual estão os contatos da estudante responsável pelo estudo.

Brasília, ____ de _____ de 2009.

Assinatura do(a) participante: _____

RG: _____

Pesquisadora: Priscila Nolasco de Oliveira

Telefone: (61) 9193-4398

E-mail: pri.pno@gmail.com

Apêndice II - Instrumento de Acolhimento do Serviço Social na enfermaria

Projeto Com-Vivência “Ações Integradas de Estudos e Atendimentos aos portadores do HIV/ aids e Familiares

HUB/UnB

1-DADOS DO USUÁRIO

1.1.Nome:_____ **1.2.Prontuário:**_____ **1.3.Leito:**_____

1.4.Sexo: () Masculino () Feminino **1.5.Idade:** _____

1.6.Naturalidade: _____

1.7.Escolaridade:

() Não escolarizado

() Ensino Médio Completo

() Ensino Fundamental incompleto

() Ensino Superior Incompleto

() Ensino Fundamental Completo

() Ensino Superior Completo

() Ensino Médio Incompleto

1.8. Em relação a sua raça/cor, você se considera:

() Indígena () Amarela/o () Negro/a () Pardo/a () Branco/a

1.9.Religião: _____

1.10.Endereço: _____

1.11.Telefone: _____

1.12.Tempo de residência no DF: _____

2- REDE DE APOIO SOCIAL E FAMILIAR

2.1.Qual a sua atual situação conjugal?

() Solteiro(a) () Casado(a) () Viúvo(a) () Separado(a) () Divorciado(a)

() Vive com companheiro (a)

2.2. Se é casado(a) ou vive com companheiro(a):

Qual é o nome dele/dela? _____

2.2.1. Há quanto tempo são estão casados/ vivem juntos? _____

2.2. Qual a profissão do(a) companheiro(a)? _____

2.3. Qual é a atual situação de trabalho/emprego do(a) seu(sua) companheiro(a)?

☐ Formal ☐ Informal ☐ Aposentado ☐ Desempregado ☐ Recebe o Benefício de Prestação Continuado

2.4. Você autoriza contato com seu companheiro, caso necessário?

☐ Sim ☐ Não

2.5. Você tem filhos? ☐ Sim ☐ Não

2.6. Se sim, poderia informar:

a. Número de filhos: _____

b. Qual é a idade dele/deles? _____

c. Os filhos são da atual relação conjugal? ☐ Sim ☐ Não

d. Com quem residem? _____

2.7. Atualmente você reside em:

☐ Imóvel próprio

☐ Imóvel alugado

☐ Instituição. Qual? _____

☐ Parentes

☐ Amigos

2.8. Quantas pessoas residem com você? _____

2.9. Necessita encaminhamento à Instituição de abrigamento para pessoas vivendo com HIV/ aids? ☐ Sim ☐ Não

Observações sobre a moradia:

3 - SITUAÇÃO DE TRABALHO E RENDA

3.1. Você está trabalhando atualmente?

☐ Sim ☐ Não

3.1.1. Qual das opções diz respeito a sua situação de trabalho?

A. ☐ Trabalho Formal

Local (Nome da Empresa): _____

Endereço: _____

Telefone: _____ **Contato:** _____

Data de Registro na Carteira Profissional: _____ **Salário : R\$** _____

Número do PIS/ PASEP: _____

Afastado do trabalho: ☐ Sim. Por quê? _____ ☐ Não

Auxílio Doença: ☐ Sim ☐ Não

Informações obtidas:

☐ carteira profissional ☐ paciente ☐ acompanhante

B. ☐ Trabalho Informal

Local: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ **Contato:** _____

Salário: R\$ _____

Já foi contribuinte do INSS? ☐ Sim. Por qual período? _____ ☐ Não

C. ☐ Desempregado(a)

Data de Demissão (mês/ano): _____

Contribuição para a Previdência Social: ☐ Sim ☐ Não

Tempo de contribuição: de ____/____/____ à ____/____/____

D. ☐ Aposentado(a)

Data da aposentadoria: _____

Motivo: ☐ Idade ☐ Tempo de Serviço ☐ Invalidez

E. () Recebe o Benefício de Prestação Continuado:

() Portador de Deficiência () Idoso

Patologia que deu origem ao benefício: _____

Data de concessão do benefício: _____

3.2. Qual é a sua atual renda familiar? _____

3.3. Quantas pessoas vivem dessa renda: _____

4-BENEFÍCIOS SOCIAIS:

4.1. Dos benefícios citados, você recebe algum deles? Se sim, quais?

() Bolsa-Família / Valor: _____

() Passe-Livre / DF

() Cesta Básica: () Mensal Fixa () Semanal () Esporádica

4.2. Recebe algum outro benefício?

() Sim. Qual? _____ () Não

4.3. Você frequenta alguma ONG/Aids, ou algum outro grupo social/comunitário:

() Sim. () Não

4.3.1. Se sim, qual? _____

4.4. Você frequenta a Instituição religiosa?

() Sim. Qual? _____ () Não

4.4.1. Se sim, recebe algum tipo de apoio material? Qual? _____

5. HOSPITALIZAÇÃO:

5.1. Data da admissão hospitalar: _____

5.2. Data da alta hospitalar: _____

5.3. Tem acompanhante? () Sim () Não

5.3.1. Grau de parentesco: _____

5.3.2. Contato: _____

5.4. Gostaria de avisar alguém sobre a sua internação?

() Sim () Não

5.4.1. Se sim, quem?

() Familiar () Amigo () Contato do ambiente de trabalho () Outro

Nome: _____

Contato: _____

Local: _____

Telefone: _____

5.5. Durante a internação, necessita de:

() Sabonete () Escova de dentes () Pasta de dentes () Chinelo

() Outros: _____

6- DIAGNÓSTICO E MEDICAMENTOS:

6.1. Há quanto tempo conhece seu diagnóstico? _____

6.2. Onde foi realizada a testagem para o HIV e por qual motivo? _____

6.3. Qual é o motivo de sua internação atual? _____

6.4. Alguém tem conhecimento sobre o seu diagnóstico?

() Sim () Não

6.4.1. Se sim, quem?

() Familiar. () Amigo () Outro

6.5. Está em uso de Terapia Antiretroviral (TARV)?

() Sim. Há quanto tempo: _____ () Não

6.6. Qual o esquema de sua terapêutica? _____

6.7. Sente efeitos colaterais ou adversos?

() Sim () Não

6.7.1. Se sim, quais?

6.8. Já interrompeu o uso da TARV por conta própria?

() Sim () Não

6.8.1. Se sim, por que motivo? _____

6.9. Trouxe os medicamentos para tomar durante a internação?

() Sim () Não

6.9.1. Se sim, qual é o mês de dispensação do medicamento na farmácia? _____

6.9.2. Em caso de impossibilidade de acesso à farmácia, quem pode retirar o medicamento para você?

6.10. Está em uso de algum outro medicamento?

() Sim () Não

6.10.1. Se sim, quais? _____

6.11. Qual foram os últimos resultados de:

CD4 _____

Carga Viral _____

Observações:

Demandas e Encaminhamentos:

ANEXO

Anexo I - Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora da AIDS*

I	Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata sobre a AIDS. Os portadores do vírus têm direitos a informações específicas sobre a sua condição.
II	Todo portador do vírus tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.
III	Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.
IV	Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV/aids, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, sexo ou orientação sexual.
V	Todo portador do vírus do vírus HIV/aids tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que tende a recusar aos portadores do HIV/Aids um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação nas atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.
VI	Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.
VII	Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para o HIV/aids <input type="checkbox"/> sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.
VIII	Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para o HIV/ aids sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.
IX	Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseje seu estado de saúde e o resultado dos seus testes.
X	Toda pessoa com HIV/aids tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos <input type="checkbox"/> ompletes à cidadania.

***Elaborada e aprovada no ENONG (Encontro Nacional de ONG que trabalham com AIDS) de 1989, em Porto Alegre/RS.**