

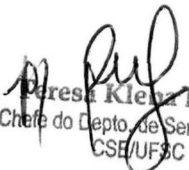
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO-ECONOMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**

KERLEN MIGNONI DA SILVA MONTEIRO

**O ESPAÇO DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO
CONTEXTO DO HIV/AIDS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO-
UFSC**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 30/06/04


Kerlen Mignoni da Silva Monteiro
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS

2004

KERLEN MIGNONI DA SILVA MONTEIRO

**O ESPAÇO DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO
CONTEXTO DO HIV/AIDS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO-
UFSC**

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

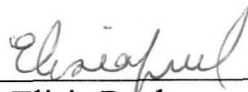
Orientador: Prof. Elisia Puel

Florianópolis 2004

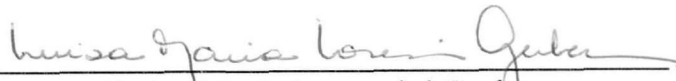
KERLEN MIGNONI DA SILVA MONTEIRO

**O ESPAÇO DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO
CONTEXTO DO HIV/AIDS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO-
UFSC**

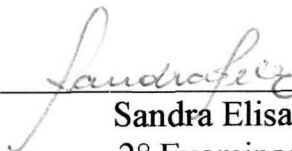
Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel no curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço social, do centro Sócio-Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina.



Elisia Puel
Orientadora



Luiza Maria Lorenzini Gerber
1º Examinadora



Sandra Elisa Sell
2º Examinadora

Florianópolis, Junho, 2004.

Dedico este trabalho às pessoas que se fizeram merecedoras durante esta caminhada, em especial à minha filha Beatriz. Pelos momentos em que dediquei aos estudos deixando de dar - te a atenção merecida, todo o meu amor e agradecimento.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por permitir que esta conquista fosse possível, e que eu compartilhasse a minha vida com pessoas tão especiais;

Aos meus pais, Francisco e Cleusa e ao meu irmão Maicol, pelo amor incondicional, apoio, incentivo e dedicação, pelos ensinamentos e pela renúncia de seus próprios sonhos para que fosse possível a realização desta jornada, Amo vocês!

Ao meu marido Jorge, pelo amor, carinho, auxílio, compreensão, responsabilidade e tranquilidade por saber que nossa filha estava amparada quando eu estava ausente. Te Amo!

Aos meus tios, José Odenir, Jairo e Rogéria, pela força logo no início da caminhada; e aos meus cunhados Joel e Claudia pelo suporte na reta final;

Às minhas mãedindas, Ilva pelo tão aconchegante “colo” ao qual muitas vezes recorri e Bete, que mesmo distante, sempre me incentivou e acreditou na minha conquista, vocês desempenham como ninguém o papel de segunda mãe;

Aos meus amigos, presentes ou distantes, pelo companheirismo, abrigo, estímulo e afeição.

“Ao contrário do amor, a amizade pode ser revivida infinitamente. Num terreno fértil, acaba sempre por germinar...Precisa de muito tempo e muita rega para crescer e transformar-se numa árvore que não pode ser derrubada” (Fabien Gruhier)

Aos professores, e à orientadora Elisia, pelo empenho, dedicação, e apreensão; seus ensinamentos são para todo o sempre!

À minha supervisora de estágio Luiza e toda a equipe da Clínica Médica I e do Serviço Social do HU, pelo acolhimento, respeito, suporte e afeição.

Agradeço enfim, a todos que de alguma forma possibilitaram a realização desta concretização. A vocês, muito obrigada!

Kerlen

RESUMO

O trabalho é centrado em uma reflexão sobre o HIV/Aids; resultado da experiência profissional enquanto estagiária em Serviço Social no Programa de Internação Hospitalar – Clínica Médica I do Hospital Universitário - UFSC em Florianópolis, junto a pacientes com diagnóstico HIV⁺.

Ele está dividido em capítulos, na tentativa de facilitar a leitura, assim como possibilitar, ainda que rapidamente a análise do período histórico e social em que a epidemia se instala no país.

Em nenhum momento ele pretende dar conta de todos os fatos históricos, mas sim de suscitar o início de uma discussão sobre o tema, de forma sistemática, e de apontar para a necessidade de que a história do movimento deve ser escrita também por seus atores.

A pesquisa realizada pautou-se pelo estudo da epidemia desde seu surgimento articulado com a história das políticas de saúde nas últimas décadas no país, dos movimentos sociais emergentes nesse período, dos dados sobre a evolução do HIV/AIDS, dos direitos assegurados aos portadores do vírus e o Serviço Social neste espaço de atuação.

O resultado revelou que a evolução das respostas da AIDS, desde sua emergência política no Brasil, configurou-se em diferentes estágios e estabeleceu, com dificuldades e limites, uma forma de responder a políticas cuja característica principal está na participação da sociedade.

PALAVRAS-CHAVE: AIDS e HIV, Políticas de Saúde, Serviço Social, experiência profissional.

“...Neste balanço ambíguo e perpétuo está o grande enigma da vida. Viver para a morte. Esse é o grande mistério de que todos nós temos que enfrentar. Mas que seja com serenidade, sem culpas e sem medos...”

Walter Feres Contrera

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	08
1- POLÍTICA DE SAÚDE FRENTE AO HIV/AIDS E SERVIÇO SOCIAL.....	12
1.1- Políticas de Saúde e Serviço Social.....	12
1.2- Política de Saúde e HIV/AIDS.....	15
2- CONTEXTUALIZAÇÃO DO HIV/AIDS.....	20
2.1- Breve Histórico do HIV/AIDS.....	20
2.2- Dados Epidemiológicos.....	23
2.3- Direitos Assegurados ao Portador do HIV/AIDS.....	25
3- CMI - PROGRAMA DE INTERNAÇÃO: INTERVENÇÃO JUNTO AOS PACIENTES SOROPOSITIVOS.....	30
3.1- Caracterização da Instituição.....	30
3.2- Caracterização do Serviço Social.....	36
3.3- Clínica Médica I- Ações Desenvolvidas.....	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
REFERÊNCIAS.....	57

INTRODUÇÃO

A história da epidemia da AIDS/SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) no Brasil começa em 1982, num momento político marcado pelo início do processo nacional de redemocratização, após quase vinte anos de ditadura militar. Ao longo da década de 80, ocorre no país uma das mais importantes transições no campo das políticas sociais, cujo ápice se dá, na Assembléia Nacional Constituinte de 1988, com a afirmação do direito à saúde como direito fundamental da pessoa humana, cabendo ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício (MS, 1999).

Foi a partir da Constituição de 1988, que a saúde tornou-se direito universal, sendo posteriormente regulamentado pelas Leis 8080/90 e 8142/90 que instituíram o Sistema Único de Saúde (SUS) com os princípios básicos da universalidade de acesso, descentralização e participação social.

“No Brasil vivemos a implantação do Sistema Único de Saúde conforme estabelecido na Constituição de 1988, onde os repasses de verba deveriam respeitar as características epidemiológicas locais para programação das ações sejam elas preventivas ou curativas. (GRAVATO, 1992, p. 60)”.

No entanto, apesar do SUS e de seus princípios fundamentais constituírem-se numa conquista do movimento sanitário e dos movimentos sociais como um todo, os mesmos não conseguem superar as contradições existentes em relação à dualidade da assistência, à precariedade dos recursos, à precariedade da qualidade e quantidade da oferta de serviços, à burocratização, à ênfase na assistência médica-curativa e a mercantilização dos serviços de saúde.

Nesse sentido, podemos dizer que mesmo o SUS constituindo-se numa bandeira de luta dos movimentos sociais e na mediação entre o direito à saúde legalmente instituído e sua efetivação, ele vem se concretizando como um “sistema segmentado na prestação da assistência e no acesso aos serviços, iníquo no atendimento das necessidades sociais, desprovido de controle público eficaz, desarticulado na prestação de assistência e indutor da separação das ações da saúde nos planos da atenção individual e coletiva”.(COHN & ELIAS, 1999, p. 70).

A AIDS hoje se constitui um problema de saúde pública, que atinge todos os países, é um problema grave nos países desenvolvidos, pois afeta a faixa etária economicamente ativa em idade fértil, além de necessitar de grande recurso financeiro para tratamento e educação, nos países em desenvolvimento a situação se agrava, pois passa a ser também um problema social, político e econômico.

No campo científico, o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) foi reconhecido como o agente etiológico da AIDS em 1983. Em seguida, foi estabelecido, mediante testes laboratoriais, o estado de soropositividade. Estes fatos mudaram a dimensão social da epidemia, introduzindo desafios médicos, éticos e jurídicos de grande complexidade (GRMEK, 1995). Em 1987, surge a possibilidade do tratamento específico para o HIV, com a identificação do primeiro antiretroviral: AZT (FISCHL et al., 1987). Este fármaco fora desenvolvido na década de 60 para o tratamento de neoplasias sangüíneas.

Do ponto vista dos movimentos sociais, cabe ressaltar o pioneirismo de algumas iniciativas brasileiras na luta contra a epidemia. A criação do primeiro GAPA - São Paulo (Grupo de Apoio à Prevenção a AIDS), em abril de 1985, por exemplo, antecede em cerca de um ano a criação do Programa Nacional de DST e AIDS do MS. Em 1986, cientistas brasileiros se unem a dois conhecidos militantes políticos soropositivos, promovendo a criação

da ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS), que se propunha a tematizar, do ponto de vista multidisciplinar, a AIDS no contexto das políticas públicas (DIAS & PEDROSA, 1997).

Como uma doença que retrata os valores da nossa sociedade, o impacto causado por ela vem gerar medo, discriminação, preconceito, desrespeito e falta de solidariedade.

A família passa a rejeitar o indivíduo, pois não aceita seu comportamento, enquanto uma instituição preservadora de costumes. A rede social de infectados pelo HIV, não raro, se vêem tomados por sentimentos tão contraditórios, quanto complexos, que levam a não saber mais distinguir entre emoção e acontecimentos reais dos que são imaginários, fantasiados, distanciando-se assim da realidade que os cercam e conseqüentemente isolando-os.

A sociedade, ao ver retratado os seus valores a estes serem questionados, nega ao portador do vírus seus direitos básicos enquanto cidadão, condenando-o à morte civil, matando-o em vida. A rejeição familiar e social está intimamente ligada ao medo e preconceito das pessoas, quer seja por desconhecimento dos meios de transmissão e prevenção, ou mesmo em decorrência de crenças e valores formados no transcorrer da existência. Nesse aspecto observa-se a falha nas Campanhas Oficiais que não contribuem para o esclarecimento efetivo, sendo preconceituosa, amedrotadora, e semeando pânico. Também não existem planos regionalizados para atender a diversificação da população brasileira e características locais do país. O modelo de prevenção e tratamento em sua globalidade está baseado nos do primeiro mundo e conseqüentemente distantes da nossa realidade. Infelizmente constata-se que a faixa de população pobre que é atingida pela AIDS está em crescimento, tanto quanto, estão outras doenças em nosso país.

As moléstias infecto-contagiosas sempre estiveram relacionadas às condições precárias de vida, dominantes nas cidades e conseqüentemente uma política de fiscalização. Esta

interpretação da relação cidade/doença deve ter levado à formação de certas representações da morte, alteradas posteriormente com a descoberta dos nexos entre o agente etiológico, os sintomas e a profilaxia (CAMARGO, 1991).

As dificuldades são as mesmas de outras doenças, faltam leitos hospitalares, ambulatórios especializados, medicamentos gratuitos. Alguns convênios médicos e seguros de saúde não cobrem doenças infecto-contagiosas, fazendo com que a maioria da população recorra ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda se faz necessário afirmar que a maioria dos usuários do SUS não consegue ver satisfeitas suas necessidades básicas de trabalho, alimentação, saneamento, habitação e lazer. Todo este contexto leva-os a um estado físico e psicológico que os tornam mais vulneráveis, no caso da AIDS, às infecções oportunistas.

Quanto à situação trabalhista é possível visualizarmos que, quando a doença implica em necessidade de afastamento de trabalho a questão se torna mais delicada, onde a situação econômica pode colocar em perigo a consecução do tratamento.

Neste contexto o Serviço Social volta-se ao aspecto social pertinente à doença, procurando trabalhar questões que interferem diretamente na sua condição de vida: o preconceito, a solidariedade, o apoio, que são vivenciados de diferentes maneiras em diferentes grupos sociais. Na ação profissional, se insere ainda o acompanhamento destes indivíduos e de suas redes de relações, na tentativa de encaminhamento de soluções de problemas básicos: questões trabalhistas previdenciárias, problemas familiares e suporte assistencial. Neste aspecto há uma luta que passa pelos órgãos governamentais e não governamentais.

1- POLÍTICA DE SAÚDE FRENTE AO HIV/AIDS E SERVIÇO SOCIAL

Pretende-se neste capítulo fazer uma abordagem sobre a relação entre a política de saúde, a partir de 1988 e o Serviço Social e à atenção a saúde frente o HIV/AIDS neste contexto.

1.1 Políticas de Saúde e o Serviço Social

Em 1988, quando foi promulgada a Constituição, o Brasil se definiu como um Estado democrático de direitos, significando que a administração dos órgãos públicos e suas ações estão vinculadas às estreitas publicações legais.

Para garantia desses direitos, temos como exemplo, as políticas de saúde com o objetivo de direcionar as ações do setor saúde, segundo diretrizes que levem a amenizar grandes problemas sanitários. Para isso foi criado o Sistema Único de Saúde – SUS, que veio regulamentado pelas leis nº 8.080/90 e lei nº 8.142/90 que dispõe a saúde como direito de todos e dever do estado, assegurado mediante políticas sociais e econômicas, com acesso e atendimento igualitário e universal e também sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

O SUS é uma nova formulação política organizacional para o reordenamento dos serviços e ações da saúde. Sistema Único de Saúde foi criado justamente para atender o que foi disposto com a formulação da Constituição Federal de 1988, tendo como diretrizes a descentralização, atendimento integral, universal, direito a informações, equidade a todos os seus usuários e participação da comunidade em sua gestão.

Neste processo de legitimação das políticas de saúde, também em 1990 foi criada a Lei Orgânica da Saúde – LOS, que foi elaborada não apenas para cumprir o comando constitucional, mas, e principalmente, para indicar os caminhos para viabilizar os mecanismos para ascensão do grande objetivo historicamente perseguido, de uma transformação profunda no perfil da saúde exibido pela União.

Em 1993 foi publicada a Norma Operacional Básica- NOB, estabelecendo medidas para descentralização dos serviços de saúde. Em 1996 foi criada a NOB/96, responsável pelo fortalecimento do processo de municipalização da saúde.

A NOB/96 acabou promovendo uma integração das ações entre as três esferas do governo responsável pelo processo de descentralização, transferindo para o Estado e para os municípios um conjunto de responsabilidades e recursos para operacionalização do SUS, que estavam concentradas na esfera federal.

Em janeiro de 2001 surge a NOAS-SUS– Norma Operacional de Assistência a Saúde. A qual apresenta um conjunto de estratégias para a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema, tendo como objetivo atualizar a regulamentação da assistência, considerando os avanços já obtidos e enfocando os desafios a serem superados no processo permanente de consolidação e aprimoramento.

Ainda em referencia a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080), temos a disposição sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, dando outras providencias. Nos artigos 2º e 3º, há a seguinte disposição:

Art. 2º “A saúde é direito fundamental do ser humano, devendo o estado promover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.”

Art. 3º “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.”

Levando em consideração o disposto em lei, a saúde não pode ser considerada apenas como um problema físico-biológico, e sim como resultado de uma relação dialética do indivíduo com o seu meio ambiente, com as condições de vida, alimentação, habitação, trabalho, etc. Não há como ter saúde, se não houver as condições mínimas de sobrevivência.

Apesar do Sistema Único de Saúde privilegiar as ações curativas, o que se vê é um déficit no atendimento ambulatorial. As ações preventivas e educativas limitam-se a breves campanhas de alto custo, única para regiões totalmente diferentes, sem continuidade, que muitas vezes geram pânico e discriminação não levando a modificação do comportamento. Além de falta de credibilidade nas autoridades que vivem envolvidas em escândalos e corrupções o que provoca desconfiança nas informações vindas do governo.

Na realidade, a atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação de alguns mecanismos de “participação” da comunidade, não supera as contradições existentes, dentre as quais constam a exclusão, a precariedade dos recursos, a qualidade e a quantidade quanto ao atendimento, a burocratização e a ênfase na assistência médica curativa.

É neste contexto que o Assistente Social deverá estar inserido, conhecendo os vários aspectos que cercam o indivíduo; a prática em saúde deve caracterizar-se por ações que possam suprir as reais necessidades da população, tendo um aprofundamento maior da

realidade na qual encontra-se inserido, buscando a totalidade do aspecto saúde, sejam eles sociais, econômicos ou políticos.

Faz-se necessário o envolvimento no processo das políticas de saúde, promovendo e atraindo a participação de todos, tendo um direcionamento à democratização da saúde, efetivando um dos princípios fundamentais do exercício profissional em favor da equidade e justiça social.

Nos serviços de saúde, a inserção dos assistentes sociais no conjunto dos processos de trabalho destinados a produzir serviços para a população é mediatizada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil.
(COSTA, 1998 p. 41.)

Todo esse processo vem a efetivar competências do Serviço Social, que é elaborar, implementar, executar e avaliar as políticas sociais junto aos órgãos de administração pública, contribuindo para o conhecimento da realidade social, a fim de subsidiar ações profissionais para a defesa dos direitos mínimos garantidos, tendo compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população.

1.2- Políticas de Saúde e a AIDS

A epidemia da AIDS surgiu no Brasil no contexto da reforma sanitária, nos anos 80, da criação e implantação do SUS, da redemocratização e de uma utopia de um país socialmente mais justo, tendo no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa de Saúde da Família (PSF) a possibilidade de uma maior capacidade, potencializando as ações de prevenção. No entanto quando se trata da integração das políticas de prevenção e assistência

as DST e AIDS, com as demais políticas de saúde, exceto em alguns estados e cidades, o que se vê são políticas locais com debilidades e dependência do modelo nacional, que diante da efetivação da descentralização do programa nacional deixam alguns locais com alto grau de vulnerabilidade na implantação de uma política mais eficaz.

Além disso, o Brasil disponibiliza hoje o tratamento e os exames de diagnósticos para controlar os efeitos da AIDS, mas apesar desse enorme avanço, nem todas as pessoas têm acesso ou podem usufruir, apesar de adquirirem o medicamento o seu uso e efeito é diferente para cada organismo.

A eficácia de políticas que ofereçam qualidade de vida para quem tem AIDS e que possibilitam a prevenção dependem de políticas sociais que permitam um cotidiano com comida, trabalho, dignidade, condições para que se trabalhe auto-estima, sexualidade, desigualdades de gênero, estigma, entre outros temas que estão relacionados com os princípios fundantes dos direitos humanos, que diminua as vulnerabilidades, e promovam práticas sociais coletivas de pessoas com direitos usufruindo sua cidadania.

As políticas brasileiras na área de promoção e prevenção à AIDS e as DST têm sido desenvolvidas em três grandes vertentes: a intervenção comportamental voltada para populações vulneráveis e em situação de risco; a mobilização social focalizando o trabalho na participação cidadã e no fortalecimento de grupos sociais específicos mais vulneráveis e ou em situação de risco; e a intersetorialidade das políticas e ações de prevenção com outras áreas de governo e do setor privado visando uma resposta de conjunto para o enfrentamento da epidemia.

A partir da análise das tendências apontadas por estudos da epidemia no Brasil são traçadas as estratégias de ação para a sua prevenção e controle. Cada grupo de indivíduos é priorizado e tratado de maneira diferenciada segundo os contextos epidemiológicos, situação

de risco e vulnerabilidade. Desde sua introdução em nosso meio, a epidemia de AIDS vem mudando seu perfil: de uma fase inicial, caracterizada pela hegemonia da transmissão sexual e afetando principalmente homens adultos com comportamento homo e bissexual, escolaridade elevada, vivendo nas grandes cidades da região sudeste, a epidemia passou por um processo mais ou menos simultâneo de juvenilização, pauperização, feminização e interiorização. A epidemia, hoje, se caracteriza pela predominância e pelo grande aumento da transmissão heterossexual, atingindo um número crescente de mulheres e crianças - estas últimas em decorrência da transmissão vertical, fazendo-se presente, também, em cidades de pequeno porte e pessoas de baixa escolaridade. Vinte e cinco por cento dos casos atualmente notificados ao Ministério da Saúde ocorrem em mulheres.

Fatores biológicos, socioculturais e assistenciais, além do efeito combinado deles, fazem com que a mulher seja mais vulnerável do que o homem quanto à possibilidade de contrair DST e sofrer seus efeitos secundários, biológicos e sociais.

Sendo que, o surgimento da epidemia de AIDS, constituiu-se em um fenômeno de saúde pública de grande impacto, de complexidade diagnóstico-terapêutica agravada pelos limitados conhecimentos científicos, e por um Sistema de Saúde deficitário, tanto na quantidade da oferta, quanto na própria qualidade da assistência prestada à população. O perfil epidemiológico e clínico da AIDS, nesta primeira década, associado aos simples recursos terapêuticos, impulsionou uma elevada demanda da assistência no nível terciário. Por cerca de dez anos, o caráter agudo das patologias condicionou uma sobrevida bastante reduzida dos pacientes.

O início dos anos 90 já foi marcado por uma rápida ascensão da epidemia, com modificações relevantes no perfil epidemiológico, e por significativos progressos na área científica. Esta década também foi, e continua a ser identificada por importantes ações

preconizadas e asseguradas pelo Ministério da Saúde, no contexto da assistência aos pacientes portadores do HIV e doentes de aids. Legitimado o serviço assistencial convencional, mediante o credenciamento de hospitais para internação desses pacientes, foram implantadas outras formas alternativas de assistência, como o Hospital-Dia (HD), o Serviço de Assistência Especializada (SAE) e a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). Paralelamente, começavam a ser disponibilizados na rede pública os medicamentos anti-retrovirais de primeira geração, como o AZT. Com o início da oferta gradativa de novos anti-retrovirais, assim como o melhor conhecimento sobre o diagnóstico e o tratamento das infecções oportunistas, deu-se à possibilidade concreta de uma redução da mortalidade, do aumento da sobrevivência, e da conseqüente necessidade de promover modificações nas formas de assistência oferecidas pelo Sistema de Saúde. Também foi constatada uma queda na demanda das internações convencionais, acompanhada de um crescente aumento das necessidades ambulatoriais, do volume de internações em regime de Hospital-Dia, da oferta dos serviços especializados de assistência e do atendimento em nível domiciliar.

Certamente, a política de expansão desses serviços pelo Ministério da Saúde vem permitindo uma maior cobertura assistencial do HIV/AIDS. Entretanto, a demanda é maior do que a disponibilidade existente, o que promove os serviços assistenciais não institucionalizados, à condição de estratégia fundamental de cooperação entre o SUS e a comunidade. A iniciativa de implantação de Casas de Apoio passa a ser, efetivamente, uma grande aliada do Estado na sua responsabilidade social de garantir ao portador do HIV e ao doente de AIDS o seu direito à saúde e à reintegração na comunidade. Neste sentido, as Casas de Apoio desenvolvem um trabalho de complementação direta com a unidade de Serviço de Assistência Especializada - SAE local, garantindo a continuidade deste investimento do

Governo e os meios necessários para o alcance dos seus melhores resultados. Entre eles, naturalmente, além da melhoria biopsicossocial do paciente, o resgate da sua plena cidadania.

Neste contexto, o Ministério da Saúde, por meio da sua Coordenação Nacional de DST e AIDS, tem favorecido, cada vez mais, a implantação de Casas de Apoio em todo País. A aprovação dos projetos referentes à implementação e/ou desenvolvimento de Casas de Apoio, e o monitoramento técnico dos mesmos, sob responsabilidade do Setor de Articulação com ONG e da Unidade de Assistência à Saúde, asseguram o cumprimento das suas metas propostas tanto na operacionalização das atividades previstas quanto no respeito às exigências mínimas de biossegurança. São projetos específicos que possibilitam o repasse de recursos financeiros às instituições para o desenvolvimento das suas atividades, estabelecendo uma estreita e proveitosa parceria com o Estado.

2- CONTEXTUALIZAÇÃO DO HIV/AIDS

Neste capítulo buscamos discutir o surgimento da doença, como está a situação do país, em dados, frente à epidemia e as conquistas de direitos legais assegurados aos portadores do HIV/AIDS.

2.1- Breve Histórico do HIV/AIDS

Há vinte anos aproximadamente, os cientistas puderam identificar a existência da AIDS. Em sua origem africana, na verdade, ela pode remontar aos anos 50, ou quem sabe aos anos 30. Numa época em que as distâncias separavam os países, a África era um continente de povoados distantes, com pouco contato entre si e com o mundo.

O fato é que o padrão de transmissão do vírus HIV na África sempre foi marcadamente heterossexual. Quando os primeiros casos foram detectados nos Estados Unidos e, por meio deles, no Brasil, foi que a doença chegou aos homens homossexuais. De fato, eles foram os primeiros infectados e parecia que a transmissão tinha um padrão específico. Sabemos hoje que não era nada disso. Mas o preconceito social fez com que rapidamente se acreditasse numa “pestegay”, culpabilizando as vítimas.

Os moralistas atacaram: do castigo de Deus aos relacionamentos promíscuos e à prostituição, tentaram fazer da AIDS coisa de gente imoral, depravada. Assim, ela ficaria longe do cidadão comum e “normal”. (EGYPTO, 2002, p. 2)

A transmissão sangüínea trouxe à luz novos dados: os hemofílicos estavam se contaminando. E neste caso a explicação moralista não cabia. Já quanto aos dependentes de drogas injetáveis, o raciocínio era o mesmo: quem mandou se drogar, e desse jeito?

A primeira fase do convívio com a AIDS foi marcada pela idéia dos grupos de risco. Nos anos 80, homossexuais, bissexuais, garotas e garotos de programa, pessoas consideradas promíscuas de modo geral e usuários de drogas injetáveis, além dos hemofílicos, é que tinham que se preocupar com o HIV. A idéia de grupo de risco ainda é percebida no comportamento das pessoas.

A análise dos dados epidemiológicos, no entanto, há muito tempo indica que, na verdade, qualquer pessoa pode se infectar, basta que tenha comportamentos de risco.

Transar sem camisinha, não fiscalizar o sangue que recebe, compartilhar agulhas e seringas, amamentar a criança sendo a mulher soropositivo. A AIDS diz respeito a todos e a prevenção é indispensável.

Embora isto continue sendo verdade, com a aplicação do conceito de vulnerabilidade, que se adota atualmente, isso se relativiza. Por exemplo, populações mais pobres e desassistidas, vivendo um cotidiano de violência, estão especialmente vulneráveis.

Quem sabe que tem que usar camisinha mas não tem dinheiro para comprar e não encontra a de distribuição gratuita está mais vulnerável ao vírus HIV.

Pessoas desinformadas, que minimizam os riscos, que relaxam a prevenção “de vez em quando” estão obviamente mais vulneráveis. Como citado anteriormente, a mulher tem possibilidade biológica maior do que o homem de se infectar, por isto está também mais vulnerável.

Analisar a vulnerabilidade de cada situação amplia o sentido da conversa em relação à AIDS e ajuda a explicar porque a pobreza, a juventude e o gênero feminino dão o tom da contaminação no Brasil, hoje.

O HIV não escolhe cara ou atração sexual. É preciso se cuidar. Como os homossexuais e bissexuais foram atacados fortemente no início da epidemia e começaram a morrer,

aprenderam logo. Incorporaram a camisinha nas relações sexuais. Enquanto em outras parcelas da população ainda vigorava o “comigo não vai acontecer”, os homossexuais sabiam que com eles estava acontecendo.

Os avanços sucedem e hoje a medicina consegue prover vida melhor e mais longa aos soropositivos e o que podemos perceber é que se relaxa na prevenção, e até os homossexuais fizeram isso. A geração mais nova dos homens homossexuais está se infectando novamente numa escala preocupante. Sem dúvida, nestes tempos de convívio com a AIDS, a sociedade teve que abordar o sexo e a morte, como talvez nunca tenha feito antes.

A sexualidade se transformou em superexposição e sacanagem pela mídia. Mas também acabou encontrando seu espaço na educação, na saúde, na cultura, com mais realismo e verdade. A AIDS ajudou a abrir esses espaços.

Muito se falou da vida para se contrapor à morte, ou mesmo negá-la. Vida e morte estão intimamente relacionadas. Uma não faz sentido sem a outra. Admitir nossa finalidade, ter que pensar sobre ela, foi outra das questões importantes que a AIDS trouxe novamente à tona. É a dialética da existência.

A AIDS vai se transformando numa doença crônica tratável, mas há ainda tabus a vencer.

Os efeitos colaterais em alguns indivíduos com o uso dos medicamentos que compõem o coquetel como: náuseas, vômitos, diarréias, má distribuição de gordura pelo corpo, aumento de taxas de colesterol e triglicérides, maior suscetibilidade ao diabetes e à osteoporose, entre outras coisas, podem advir deste tratamento, e muito raramente isto é apontado como fator de desistência. A crença na “miraculosidade” do coquetel, a ausência de debates amplos sobre os seus riscos e conseqüências para a saúde tem levado ao esquecimento de que a AIDS permanece incurável e não existe vacina para preveni-la.

2.2- Dados Epidemiológicos

O Ministério da Saúde realizou um estudo da AIDS, no Brasil, com base em dados obtidos diretamente nas Secretarias Estaduais de Saúde¹.

Foi constatado que de 1980 até dezembro de 2003, foram registrados 310.310 casos de AIDS em todo o país. Este é o número de pessoas que desenvolveram a doença. O número de infectados com o vírus HIV, ou seja, pacientes que ainda não apresentaram sintomas, é quase o dobro, 600 mil.

"A incidência alta é de um habitante por 100 mil. O Brasil tem 0,6. Isto é resultado da ação do programa de AIDS", declara Gastão Wagner, Secretário Executivo do Ministério da Saúde.

A região Sudeste concentra o maior número de casos: 68,7%. Seguida das regiões Sul (16,1%), Nordeste (8,7%), Centro-Oeste (4,5%) e Norte (2,0%).

"A principal novidade é que há queda da incidência de AIDS em todo o país, exceto no Sul, onde há estabilização. A não diminuição da epidemia na região Sul, principalmente no Rio Grande do Sul, é atribuída a usuários dependentes de drogas injetáveis", diz Wagner.

Nos últimos cinco anos, o número de casos novos anuais caiu, de 30 mil para 22 mil. E o de óbitos também.

Casos novos

1998: 30.206

1999: 27.101

2000: 27.226

¹ Fonte: www.unaids.gov.br, maio de 2004.

2001: 25.519

2002: 22.295

Taxa de mortalidade *(por 100 mil habitantes)

1998: 6,7

1999: 6,4

2000: 6,3

2001: 6,3

2002: 6,3

Pelo quinto ano consecutivo, o Brasil registrou taxa de mortalidade inferior a sete óbitos por 100 mil habitantes. Mesmo assim, o Ministério da Saúde faz um alerta.

"Há dados preocupantes, que é o aumento da mortalidade na região Norte, de homens e mulheres e diminuição da mortalidade no Brasil inteiro exceto para mulheres".

"Maior número de mulheres, cada vez mais jovens, cada vez mais pobres e no interior do país", analisa Uip.

"Estamos preocupados com a população de baixa renda, onde há crescimento da epidemia, principalmente entre mulheres, e mulheres jovens. Isso indica onde o Ministério da Saúde tem que encaminhar suas ações", diz Wagner.

Segundo dados do boletim epidemiológico da AIDS, divulgado em 26/05/04 pelo Ministério da Saúde, em Santa Catarina, os números de casos notificados caíram de 419 por ano para 310 desde que as notificações começaram a serem feitas, em 1980 até 2003.

Florianópolis é o 18º município do Brasil em número de casos de AIDS, com 2.486 notificações, segundo o boletim do Ministério da Saúde publicado no jornal Diário Catarinense em 27/05/04, ocupando ao nível de Santa Catarina o 4º lugar, perdendo para Itajaí,

cidade portuária que apresenta alta incidência de AIDS por habitante, Balneário Camboriú e Criciúma.

2.3- Direitos Assegurados ao Portador do HIV/AIDS

Há ampla legislação proibitiva de qualquer forma de discriminação e desrespeito aos princípios de igualdade, justiça, liberdade e dignidade do homem, tanto a nível constitucional, como infra e supra-constitucional, que de forma genérica estão a resguardar os portadores do vírus da aids. Consoante com a legislação podemos citar a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da AIDS:

- 1- Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, cientificamente fundada sobre a aids, sem nenhum tipo de restrição. Os portadores do vírus têm direito a informações específicas sobre sua condição.
- 2- Todo portador do vírus da AIDS tem direito à assistência e ao tratamento, sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.
- 3- Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.
- 4- Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV, de qualquer que seja a raça, sua nacionalidade, sua religião, sua ideologia, seu sexo ou sua orientação sexual.

5- Todo portador do vírus da AIDS tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que tenda a recusar aos portadores do vírus um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso ou que tenda a restringi-los à participação nas atividades coletivas, escolares ou militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.

6- Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.

7- Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para a AIDS sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.

8- Ninguém será submetido aos testes de AIDS compulsoriamente, em caso algum. Os testes de Aids deverão ser usados exclusivamente para fins de diagnósticos, para controle de transfusões e transplante e estudos epidemiológicos e nunca para qualquer tipo de controle de pessoas ou população. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser informados por um profissional competente.

9- Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde ou o resultado de seus testes.

10- Todo portador do vírus tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania.

No tocante à legislação que protege o direito do cidadão com hiv/aids podemos citar quanto:

a)Preconceito e discriminação:

- Portaria Interministerial Sheila Cartopassi nº 796/92 – Proíbe discriminação de crianças portadoras de HIV/ AIDS nas escolas;

- Portaria Interministerial nº 869/92 – Proíbe testagem anti-HIV de funcionários públicos federais: admissão, periódico e demissional:

O empregador é livre para decidir a quem deve empregar, mas não lhe é permitido exigir o teste sorológico, enquanto condição de admissão ou manutenção do emprego ou cargo público, por caracterizar interferência indevida na intimidade do trabalhador. É garantida a manutenção do emprego, sendo proibida a dispensa por justa causa em virtude do eventual resultado positivo para o HIV. A manutenção do sigilo em relação ao diagnóstico e notificação é também um direito do portador do HIV/AIDS.

- Lei 11.199/02 – Proíbe discriminação dos portadores do HIV/AIDS:

O portador do HIV/AIDS tem direito ao sigilo também no âmbito civil (por injúrias, difamações a cerca da moral e comportamento sexual). O infrator responsável por tal ato, fica obrigado ao pagamento de uma indenização pecuniária que compense o dano sofrido pela pessoa e seus familiares. O requerimento poderá ser feito no juízo civil.

No âmbito ético, ao profissional que quebrou o sigilo, será imposta pena disciplinar, que irá desde a censura pública até a suspensão temporária ou definitiva de seus direitos ao exercício profissional, de acordo com a gravidade e circunstâncias do ato. O requerimento deverá ser feito no Conselho Regional do Profissional.

b) Garantia de acesso à saúde:

- Lei 9313/96 – Garante distribuição gratuita e universal de anti-retrovirais e exames laboratoriais:

Para receber a medicação, o portador do HIV/AIDS, deverá procurar o Serviço de Saúde no qual é cadastrado. No caso de tratamento particular, o portador para receber os

medicamentos, deve procurar um serviço de saúde para se cadastrar, mesmo que não faça seu acompanhamento nesse serviço, mantendo seu controle com o seu médico. Alguns medicamentos são mantidos pela Secretaria Municipal de Saúde, outros chegam aos ambulatórios e hospitais via coordenação de DST/AIDS da Secretaria Estadual de Saúde, vindos do Ministério da Saúde. Para recebimento de medicamentos específicos para o HIV/AIDS (como AZT, DDI ou Tuberculostáticos), é necessário a notificação do paciente.

- Lei Complementar 10.409 de 11/01/02 – Introduz e normatiza a Redução de Danos na Lei 6368/76 enquanto estratégia de Saúde Pública

- Portaria Interministerial de 12/04/02 – Institui Política de Saúde nos Presídios

- Portaria Ministerial de 18/11/02 – Institui o projeto Nascer para evitar transmissão do HIV da mãe para o filho;

c) Outras Garantias de Direitos Humanos:

- Lei nº 7670/88 – Garante direito à licença para tratamento de saúde e liberação dos fundos PIS/PASEP e FGTS:

Liberação do PIS/PASEP aos portadores do HIV, mediante relatório médico, discriminando a infecção oportunista que o paciente foi acometido, decorrente da infecção pelo HIV. Tal relatório deverá informar que tal paciente é portador do vírus HIV ou está em tratamento para SIDA/AIDS.

O portador do HIV/AIDS terá direito ao levantamento dos valores correspondentes ao FGTS, independentemente de rescisão de contrato de trabalho ou de qualquer outro tipo de pecúlio a que o paciente tenha direito.

- Lei nº 7713/88 – Isenta portadores de HIV/AIDS do Imposto de Renda sobre aposentaria ou reformas;

d) Direitos Previdenciários:

Lei nº 7670/88 – Artigo 1º - A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), fica considerada, para os efeitos legais, causa que justifica concessão de:

Auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez, independentemente do período de carência, para o segurado que, após filiação à Previdência Social, vier a manifestá-la, bem como pensão por morte aos seus dependentes;

Recebe o auxílio-doença, o segurado incapaz para seu trabalho por mais de 15 dias consecutivos, por motivo de doença.

Tem direito a aposentadoria por invalidez o segurado que, estando em gozo do auxílio doença, for considerado, mediante exame médico pericial, incapaz para o trabalho, sem condições de reabilitação profissional que lhe permitir o exercício de atividade que possa garantir sua subsistência. O exame pericial para os fins de aposentadoria ou auxílio doença será realizado no local em que se encontre a pessoa, desde que impossibilitada de locomoção.

-Decreto Lei nº 1744, de 8 de Dezembro de 1995, foi regulamentado o Benefício de Prestação Continuada, previsto na Lei Orgânica da Assistência Social. Tal benefício prevê o recebimento de 1(um) salário mínimo mensal, para idosos acima de 70 anos e pessoas portadoras de deficiência. Em ambos os casos, o indivíduo deverá comprovar renda per-capita familiar inferior a um quarto do salário mínimo vigente. O interessado poderá procurar os centros de Apoio Comunitário da Prefeitura ou os postos do INSS para solicitar o formulário que deverá ser preenchido pelo médico que faz o acompanhamento do HIV/AIDS, pelo Assistente Social e pelo serviço de Saúde Mental (Psicologia ou Psiquiatria). Para requerer tal benefício é necessário que o portador do HIV/AIDS, esteja incapacitado para o trabalho ou alguma deficiência que não o permita ter uma vida independente.

3- CMI - PROGRAMA DE INTERNAÇÃO: INTERVENÇÃO JUNTO AOS PACIENTES SOROPOSITIVOS

No capítulo, desenvolvemos acerca da intervenção do Serviço Social na Clínica Médica I do Hospital Universitário - UFSC, com base na prática de estágio curricular onde se trabalhou com mais ênfase o recorte da realidade social devido a grande incidência de pacientes soropositivos com o objetivo de contribuir para um melhor enfrentamento de seu processo saúde-doença.

3.1- Caracterização da Instituição:

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago é um hospital escola de caráter público² e de âmbito de atuação federal, situado no Campus Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, no bairro Trindade em Florianópolis Santa Catarina. O diretor geral da instituição é o Sr. Fernando Osni Machado.

Segundo Jansen, Cabreira, Martendal e Prado, o ensino de medicina no Brasil, historicamente, se dá dentro dos hospitais. Os hospitais assumiram a posição central na prestação de serviços de saúde, e, no final da década de 50, firmavam-se como local de encontro de diversas especialidades médicas, como detentores da infra-estrutura e dos equipamentos necessários para a prestação dos serviços de saúde. Após 1964, verificou-se uma grande transformação científica e tecnológica pela qual passava ato médico. Ocorria uma profunda mudança no saber e na prática médica, na utilização intensiva de equipamentos,

² Conforme dicionário jurídico, Instituição Pública é aquela constituída para atender o interesse público, podendo ser de administração direta (União, estados, Distrito Federal e Municípios) e de administração indireta (órgão descentralizado, criado por lei como autarquia e fundação pública).

medicamentos e serviços diagnósticos, havendo assim a diversificação das especialidades médicas. É dentro deste contexto que inicia a construção do Hospital Universitário, na década de 60.

O Hospital Universitário foi instituído para efetivar as diretrizes apontadas pela comissão do Ensino Médico do MEC, devendo três funções básicas: ensino na área de saúde, assistência médico-cirúrgica; e desenvolvimento de pesquisas.

Entre os anos de 1960 e 1968, o ensino prático da medicina nos hospitais de comunidade se tornou inviável. Não havia sequer equipamentos para esta finalidade. Em 1964, o MEC aprovou o plano e autorizou o projeto elaborado do hospital, então para um hospital de 550 leitos, cobrindo uma área de 36.000 metros quadrados, logo reformulado, reduzindo a lotação para 320 leitos.

Em 1971 as obras foram paralisadas em virtude de questões financeiras, e assim permaneceram por um período de 05 anos, tendo prosseguido com recursos assegurados pelo PREMESU (Programa de Melhoramento do ensino Superior).

Para que se efetivasse o funcionamento do HU, uma série de lutas foram travadas entre elas a recusa dos médicos/professores que atendiam nos hospitais, onde as aulas práticas de medicina eram ministradas, em vir para o HU. Essa recusa pode ser historicamente justificada, visto que esta foi uma época bastante marcada pelo enfoque ao atendimento médico privado, e à individualização da saúde. Perderiam, com esta vinda, uma série de benefícios, entre eles o atendimento a pacientes particulares e o recebimento de pró-labore, inclusive na época de férias - uma vez que o Hospital Universitário é o único hospital que não paga pró-labore (gratificação a servidor público pela prestação de serviços extraordinários).

Um grupo de vanguarda, encabeçado pelo ex-diretor geral do hospital- Othmar Bauer – resolveu levar adiante uma proposta um tanto avançada de hospital - um hospital que fizesse o

ensino e a assistência caminharem juntos, ou seja, articular o ensino da medicina a prática da mesma, conciliando teoria e prática profissional. Trata-se de articulação, de aprendizagem, e de abordagem integral dos problemas de saúde.

As lutas travadas foram grandes, havendo inclusive ameaça, por parte da ala médica que não partilhava os ideais educativos de Bauer, de processo profissional contra a pessoa do mesmo, com alegação de que não havia possibilidades de atendimento médico no hospital. As dificuldades, porém, foram enfrentadas com afinco pelos vanguardistas, que acreditavam na necessidade da existência e funcionamento de um hospital que atrelasse o ensino à assistência e que ambos estivessem sendo vistos como essenciais, visto que a qualidade de um (o ensino), funciona como um dos agentes que origina diretamente a qualidade do outro (a assistência).

O movimento estudantil auxiliou como força para efetivação da abertura do hospital.

Após as crises superadas, o Hospital Universitário foi inaugurado em 2 de maio de 1980, com uma unidade de internação de 100 leitos, 23 consultórios de clínica geral e especializada, com possibilidade de 480 atendimentos diários. Foram ativados os setores de radiologia, laboratório de análise e farmácia hospitalar. Paulatinamente, instalaram-se os leitos de clínica médica e de clínica pediátrica com seus respectivos ambulatórios. Posteriormente foram ativados o Centro Cirúrgico, a Clínica Cirúrgica I e a UTI adulto e finalmente, em 1996, a Maternidade.

O atendimento prioritário de ambulatório consolidou-se ao longo dos anos seguintes permitindo que o Hospital completasse sua estruturação em quatro grandes áreas básicas: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediatria e Tocoginecologia.

A Tocoginecologia, o Centro Obstétrico e as Unidades de Neonatologia foram implantadas em Outubro de 1995, após longo período de preparação de Recursos Humanos, equipamentos e técnicas de intervenção buscando alcançar elevados índices de modernização

técnica e humanização do atendimento. Atualmente a Maternidade do HU já é reconhecida nacionalmente como Centro de Excelência em assistência obstétrica.

O Hospital Universitário é o único hospital catarinense totalmente público e gratuito e atende por ano aproximadamente 240 mil pessoas (Boletim Estatístico e Boletim Hospitalar de 2002) na emergência e nos ambulatórios.

Tem por finalidade a assistência médico-cirúrgica, o ensino e o desenvolvimento de pesquisas e extensão. Enquanto instituição possui os seguintes objetivos:

- Ser campo de ensino, pesquisa e extensão na área da saúde e afins, em estreita relação e sob orientação das coordenadorias e departamento de ensino que nele efetivamente atuam;
- Prestar assistência na área da saúde em todos os níveis de complexidade de forma universalizada e igualitária;
- Prestar assistência primária, secundária e terciária;
- Ensino de graduação de medicina e demais áreas de saúde para formação de profissionais;

A estrutura atual apresenta um órgão superior de deliberação, o Conselho Diretor, conta ainda com uma Direção Geral e Vice-diretoria que estão assessoradas por uma secretaria administrativa e comissões permanentes. Esta estrutura está respaldada num regimento interno.

À Diretoria Geral estão vinculadas quatro diretorias setoriais: diretoria de medicina, diretoria de enfermagem, diretoria de administração e diretoria de apoio assistencial, todas subdivididas, conforme organograma em anexo.

O Hospital Universitário, conta atualmente com 304 leitos em funcionamento, nas diferentes especialidades de atendimento, distribuídas entre as clínicas Médicas, Cirúrgica,

Pediátrica, Ginecológica, Unidade de Tratamento Intensivo, Observação e Emergência. Os serviços médicos prestados à comunidade são: atendimento à saúde da comunidade universitária, desenvolvendo atividades de assistência ambulatorial para servidores e alunos da UFSC, medicina ambulatorial, com atividades voltadas ao atendimento primário.

Por ser hospital de caráter público, o Hospital Universitário estabelece um único critério de atendimento, adotando o Sistema Único de Saúde.

A maioria dos usuários do Hospital Universitário é de nível sócio econômico considerado precário como: renda familiar de um salário mínimo, desempregados, sem orientações previdenciárias, grande número de filhos, aposentados e pensionistas entre outros, apesar de não possuir um perfil específico. A demanda varia de acordo com as necessidades existentes.

Nos últimos tempos, devido a grave crise econômica pela qual passa a sociedade brasileira, o perfil do usuário está se modificando, incluindo a classe média, que não consegue mais manter-se vinculadas aos planos de saúde privados e está procurando cada vez mais assistência no SUS.

O Hospital Universitário apesar de estar situado na grande Florianópolis atende não especificadamente só o usuário do local, mas também usuários da grande Florianópolis e de todo o Estado (principalmente cidades pequenas do interior de SC). É preciso especificar que o Hospital abrange usuários de outros estados através do TFD (Tratamento Fora Domicílio).

O planejamento institucional do Hospital Universitário é formulado, implementado e avaliado pelo Ministério da Saúde através das políticas públicas de saúde e pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), segundo o regimento interno do Hospital Universitário, é atribuído a cada diretor setorial planejar, dirigir controlar e coordenar as atividades da diretoria de sua competência, bem como as demais contribuições e atribuições.

Nos meses de novembro e dezembro, é solicitado pelo Diretor Geral que os outros diretores listem suas necessidades anuais e é dentro dessas necessidades que é solicitada a implementação de novos programas de atendimento a população, incluindo tecnologia no caso de aquisição de equipamentos, reformas e construções para a expansão estrutural do local, como por exemplo, a construção de uma nova UTI com 20 leitos, e onde é a atual UTI criar mais um centro cirúrgico, o que acaba por se tornar inviável devido aos recursos serem escassos e destinados para o atendimento da população usuária.

O Hospital Universitário atende as comunidades locais, regionais e estaduais com programas de extensão de atendimentos às necessidades de saúde, nas áreas ambulatorial, hospitalar; de serviços complementares: diagnose e terapia e também na área social. Todos os programas implementados no Hospital Universitário passam pela tutela da Secretária da Saúde do Estado, ocorrendo uma vinculação absoluta com o gestor do Estado. Dentro destes programas encontramos o Programa Materno Infantil e Capital Criança que receberam os Prêmios de Humanização da ADVB Associação dos Dirigentes de Vendas e Marketing do Brasil, Programa Familiar, Programa de Humanização e também um grupo de pesquisa sobre a Asma que vem sendo um diferencial. O Hospital possui convênio com outras instituições como: Secretaria de Estado da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e Fundação de Apoio ao CEPON/ HEMOSC.

A relação entre a instituição e os usuários de seus serviços, é uma relação de oferta e procura, onde os usuários são os maiores controladores sociais.

O atendimento a este público do HU pode ser avaliado através de sugestões e reclamações deixadas no hospital, e até mesmo no campus, através do sistema de ouvidoria, na Secretária de Estado da Saúde, através de uma central de atendimento, por telefone e com a Associação Amigos do HU que é o agente de percepção dos erros e acertos do hospital em seu

atendimento, sendo o maior mecanismo de avaliação. O sistema de controle realizado no HU ocorre através da Auditoria Assistencial do SUS, da Siset – setor Administrativo, Ministério Público, Tribunal de Contas da União, do Sistema de Auditoria do MEC e da ABRAHUE Associação dos Hospitais Universitários do Brasil.

O SUS é o único convênio por opção da Universidade, gera um orçamento considerado baixo para atender toda a necessidade, cerca de R\$ 950 a R\$ 1.000.000,00/mês, conta com várias parcerias, entre elas podemos citar a Secretaria Municipal de Saúde, o Programa Docente Assistencial, fazendo ensino fora do HU, exemplo postos de saúde e vinculação com outras entidades de ensino do país dentro do ABRAHUE.

As ações profissionais são desenvolvidas por docentes, profissionais técnicos, residentes da área médica e acadêmicos dos cursos de enfermagem, farmácia, psicologia, medicina, nutrição e serviço social. O projeto é de extensão universitária e tem como objetivos além de prestar atendimento global à população, contribuir para a formação e aprimoramento profissional dos recursos humanos envolvidos, favorecendo experiências interdisciplinares.

O Serviço Social integra a equipe, desde o início do atendimento, atuando com o paciente, família e sua rede de relacionamentos numa perspectiva de educação, prevenção e assistência.

3.2- Caracterização do Serviço Social

A participação do Serviço social acontece logo após a inauguração do Hospital Universitário em 1980, passando a compor a equipe de saúde do hospital, pois o HU obtinha planos de serviço para o Assistente Social em diferentes setores do hospital.

O Serviço Social foi solicitado pelo Diretor da Comissão de Implementação do Hospital Universitário, viabilizando um trabalho em equipe com diferentes profissionais e especialistas, visando oferecer um atendimento global das necessidades do paciente e dos seus familiares, contribuindo no sentido de abranger as condições do indivíduo em sua totalidade.

Logo após a sua implantação no HU, o Serviço Social abre campo de estágio, admitindo estagiários do curso de Serviço Social da UFSC, que passaram a exercer determinadas atividades acompanhadas pelas Assistentes Sociais supervisoras. O estágio foi fechado sob a alegação que faltava compromisso dos professores do curso no tocante ao acompanhamento dos estagiários, ficando ao encargo somente dos supervisores.

Atualmente o Serviço Social conta com nove Assistentes Sociais, que realizam atividades em vários setores, onde cada atividade desenvolvida corresponde a um projeto específico.

O Assistente Social encontra dificuldades no campo da saúde em diversas limitações, visto que o binômio saúde/doença está muito relacionado à prática médica. A prática profissional do Assistente Social tem sua atuação específica no setor saúde, a partir da evidente incapacidade de atenção curativa dar conta do complexo processo saúde-doença, pois quando a hospitalização é necessária, ocorre uma total mudança na vida cotidiana da pessoa, pois ela estará sendo inserida em uma realidade diferente que precisa se adaptar e submeter.

Uma boa parte dos profissionais que atendem o HU, entendem a saúde como ausência de enfermidade e não como um processo social. A pessoa doente é vista de forma fragmentada sem levar em conta o contexto social em que está inserida e que o processo saúde-doença está relacionado com determinada condição de vida. Embora seja predominante esta concepção de saúde no HU, existem alguns profissionais na instituição que buscam a compreensão de saúde

em sua forma mais ampla, buscando construir trabalhos interdisciplinares, sendo que tais iniciativas ainda “engatinham” no HU.

O HU sendo um hospital público, atende a toda população independente de convênios, conforme diretrizes do SUS. A clientela do Serviço social não é diferente, as pessoas que procuram o Serviço Social encontram-se em dificuldades de assegurar seu tratamento de saúde devido às suas precárias condições de vida.

Na sua maioria são pacientes com baixo nível de escolaridade, com renda familiar média de mais ou menos um salário mínimo, trabalhadores rurais e urbanos, desempregados, aposentados, domésticos, migrantes entre outros.

Devido à demanda o Serviço Social se torna necessário na promoção, proteção e recuperação da saúde em diferentes níveis, as demandas que se colocam à profissão neste setor vêm exigindo dos profissionais conhecimentos específicos relativos à saúde e possibilitando tanto a ampliação da área de intervenção como um espaço para a reflexão da prática profissional.

O Conselho Nacional da Saúde, através da Resolução CNS n.º 218 de 06 de março de 1997 reconheceu o Assistente Social, juntamente com outras categorias, como profissional de saúde de nível superior.

Sobre o assunto já havia desde 06/06/1990 um parecer do CFESS - Conselho Federal de Serviço Social, ANAS - Associação Nacional de Assistentes sociais e ABESS - Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social, que não deixa qualquer dúvida acerca da questão. Diz o parecer:

O Serviço Social se insere na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O Assistente Social como profissional da saúde tem competência para atuar junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos

que reduzem a eficácia da prestação dos serviços no setor, quer seja ao nível de promoção e/ou recuperação de saúde. O Assistente Social é, pois, um profissional de saúde que vem colaborar a posição que emerge da categoria - fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão, buscando a garantia da qualidade da prestação de serviços de saúde, numa perspectiva de universalidade e integralidade à população brasileira.

Diante do exposto, o Serviço Social do Hospital Universitário estabelece como objetivos de sua ação profissional;

- Atender as demandas sócio-assistenciais dos pacientes do HU;
- Favorecer a integração entre os diversos profissionais que prestam atendimento à clientela, garantindo uma abordagem globalizada à pessoa atendida no HU;
- Desenvolver pesquisas que evidenciem fatores intervenientes no processo saúde-doença;
- Favorecer ao paciente, condições de exercer maior controle sobre seu processo de tratamento e convivência com a enfermidade;
- Favorecer ações educativas de saúde à comunidade universitária e à população atendida.³

Sob esta ótica, é fundamentada a intervenção do Serviço Social, desde a entrada do paciente no Hospital Universitário, para tratamento ambulatorial, emergencial ou internação, identificando aspectos a serem trabalhados e servindo de ponte entre os usuários e a instituição, mediante a cultura dominante, a do saber médico e a cultura popular, do senso comum, vivenciada pelo usuário.(MIGNONI, 2004)

Tendo em vista estas questões, o Serviço Social está estruturado de forma a atender as seguintes áreas no Hospital Universitário:

³ Plano de atuação do Serviço Social do Hospital Universitário;

- Internação: Clínicas Cirúrgicas I e II, UTI, Clínicas Médicas I, II e III, Pediatria, Ginecologia e Maternidade;
- Ambulatório: Plantão e Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa, Ensino e Assistência Geronto –Geriátrica;
- Atenção a Patologias Específicas: Diabéticos e Renais;
- Hemoterapia: Banco de Sangue;
- Voluntariado;
- Emergência
- Planejamento Familiar;
- Comissão de Atendimento à Criança Vítima de Maus Tratos;
- Núcleo Desenvolver.⁴

A ação profissional está pautada no “Plano de Atuação do Serviço Social do Hospital Universitário” elaborado pela equipe do Serviço Social com a assessoria de uma professora do Departamento do Serviço Social da UFSC.

A legislação utilizada é a que orienta a profissão, entre as mesmas destacamos:

- No Código de Ética da profissão; Lei de Regulamentação da profissão de Assistente Social – Lei n.º 8.662 de 07.07.93.
- Nos princípios e diretrizes das leis:
 - 8080 de 19.09.1990 e 8142 de 28.12.1990 (SUS – Sistema Único de Saúde);
 - 8.742 de 07.12.1993 (LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social);
 - 8069 de 13.07.1990 (ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente);
 - 8842 de 04.01.1994 (Política Nacional do Idoso);

⁴ Plano de atuação do Serviço Social do Hospital Universitário;

- Decreto n.º 914 de 06.09.1993 (Política Nacional para Integração da Pessoa portadora de Deficiência);
- Orientações do Ministério da Previdência Social e legislação do INSS.⁵

Atribui-se ao assistente social, enquanto profissional de saúde, a intervenção junto aos fenômenos socioculturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços que envolvam a proteção e/ou recuperação da saúde.(MIGNONI, 2004)

É histórico o envolvimento do Assistente Social nas ações de mediação dos interesses da população usuária dos serviços de saúde e em ações voltadas à conquista de direitos, que nos últimos anos a profissão experimentou no Brasil um processo de renovação, desenvolvendo-se teórica e praticamente, firmando-se cada vez mais como uma profissão reconhecida academicamente e legitimada socialmente. Nosso aparato jurídico-político reafirma essa inserção, em alguns princípios do nosso Código de Ética:

- Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes - autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais;
- Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo;
- Ampliação e consolidação da cidadania, considerada tarefa primordial de toda a sociedade, com vistas à garantia dos direitos civis, sociais e políticos das classes trabalhadoras;
- Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática.

⁵Ibdem;

- Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;⁶

O Código de Ética em vigência (1993), aprimora a dimensão normativa, estabelecendo um elenco de regras jurídico-legais; além de evidenciar duas preocupações da categoria que é a de possuir um “mecanismo concreto de defesa da qualidade dos serviços profissionais realizados pelos assistentes sociais; e de ser um mecanismo eficaz de defesa do nosso exercício profissional através da garantia da legalidade de seus preceitos, fornecendo respaldo jurídico à profissão.” (PAIVA E SALES, 1996).

3.3- Clínica Médica I - Ações Desenvolvidas

A Clínica Médica I está situada no 3º andar do Hospital Universitário, conta com 29 (vinte e nove leitos), distribuídos nas especialidades: Oncologia, Reumatologia, Nefrologia, Pneumologia, Gastroenterologia e Clínica Geral; estão disponíveis na mesma 06 (seis) leitos femininos e 23 (vinte e três) leitos masculinos.

Pelos dados computados pelo Setor de Estatística do Serviço de Prontuário do Paciente - SPP, em 2003 a média de permanência foi de 14.26 dias.

De maneira geral, na CM I em relação ao vínculo empregatício, há predomínio de trabalhadores do mercado informal sem nenhum vínculo com INSS- Instituto Nacional de Seguridade Social, cerca de 15% de pacientes não desenvolvem nenhuma atividade laborativa

⁶ Plano de Atuação do Serviço Social do HU;

remunerada e não estão aposentados; associado a este fato há uma incidência significativa de moradores de rua, sem nenhuma estrutura e/ou rede familiar.

Observa-se um aumento entre os pacientes da faixa etária entre 20 a 35 anos que são soropositivos (HIV⁺) isto em torno de 30% dos internados, destes a grande maioria é sabedor de seu diagnóstico com esclarecimentos básicos a respeito de direitos e recursos disponíveis para o tratamento; poucos contam com vínculo formal de emprego e previdência social, igualmente aos demais um número significativo é morador de rua. Pacientes cujo diagnóstico de HIV⁺ é confirmado no HU, após a notificação compulsória realizada pelo médico, os pacientes e/ou familiares são orientados sobre os direitos civis, trabalhistas e previdenciários bem como são encaminhados para a Policlínica de Referência Regional para o cadastro pertinente e recebimento dos medicamentos antiretrovirais.

No tocante à faixa etária dos pacientes, há predomínio de pacientes com mais de 55 anos de idade e referente à procedência 70% são da Grande Florianópolis.

Nos pacientes atendidos pela gastroenterologia, há um número significativo de enfermidades decorrentes do uso abusivo de bebida alcoólica por parte dos mesmos; nestes casos buscamos junto à família fortalecer a rede de ajuda para apoio e suporte no tratamento em Grupos de Ajuda Mútua.

Em relação às pacientes do sexo feminino, a grande maioria é composta de donas de casa, aposentadas, portadoras de doenças crônicas com faixa etária e procedência compatível com a dos pacientes masculinos.

O trabalho do serviço social se insere, mediante ações de caráter preventivo/educativo, assistencial e de apoio psicossocial.

O processo educativo envolve a desmistificação da doença, formas de prevenção, diminuição do preconceito, enfatizando a solidariedade e os direitos do indivíduo, enquanto cidadão, e uma postura positiva em relação à vida.

As ações de caráter assistencial referem-se ao suporte material que viabilize a prevenção e tratamento através de recursos institucionais e da comunidade.

Ao nível de apoio psicossocial a atenção volta-se essencialmente aos aspectos emocionais do paciente/família.

A atuação do Serviço Social com portadores e doentes de aids, ocorre nas diferentes unidades de atendimento, pois o Hospital Universitário em Florianópolis não possui uma unidade, um grupo ou programa específico para atendimento desta patologia .

Quando são atendidos, estes pacientes apresentam um alto grau de ansiedade devido ao seu problema de saúde, perdendo sua identidade ao ser afastado do convívio familiar e social. Assim, o Assistente Social tem uma proposta de trabalho voltada ao “acolhimento” enquanto diretriz da prática profissional envolvendo o paciente e família, proporcionando a aproximação, em muitos casos, médico/família.

O aconselhamento também é um processo que, pode auxiliar o indivíduo a entender melhor e lidar com seus problemas, conviver em seu ambiente social e, quando for o caso, motivar para mudanças de comportamento.

Estar internado, é deparar-se concretamente com a doença e com a possibilidade de morte. No período de internação o paciente passa a deparar-se com a perda da privacidade, a proximidade da morte, o agravamento da situação financeira e problemas familiares, pois muitas vezes, é neste momento que a família toma ciência da condição de soropositividade do usuário.

Esta atividade é desenvolvida através da informação e educação direta e tem papel crítico na prevenção e controle da AIDS.

O aconselhamento ao indivíduo infectado visa orientar para que ele não transmita e não se reexponha ao HIV, reduza a influência dos possíveis co-fatores para o desenvolvimento ou progressão da doença e possa manter suas atividades sociais e profissionais. O desenvolvimento de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o paciente infectado, o que quase sempre envolve a discussão realista do prognóstico, das alternativas e assistência às conseqüências psíquicas incidentes, são fundamentais para o êxito do aconselhamento.

Por ser a aids uma doença altamente estigmatizante, associada à sexualidade, valores morais, religiosos, pelo caráter transmissível e à morte, acarreta ainda, amplas repercussões psicossociais, econômicas e políticas, não só no plano individual e familiar como também na esfera social.

Diante da complexidade da doença, permeada por estigmas e preconceitos o portador ou doente sofre mudanças diversas, muitas vezes drásticas, no meio em que vive e com quem convive, por isso o impacto que ele sofre desde o momento da constatação do diagnóstico, o leva a deparar-se com medos em relação à morte, às modificações físicas e suas relações afetivas, íntimas e familiares, trazendo conflitos que muitas vezes não são fáceis de serem enfrentados e solucionados.

Devido ao preconceito e discriminação que a sociedade destina aos doentes com AIDS, observa-se que muitos preferem ter uma morte anônima, viver na clandestinidade a lutar por seus direitos e assumir a doença.

O que difere não é a visão que se tem da doença, mas sim a visão preconceituosa de uma sociedade que ao invés de ver pessoas, visualizam posturas, preferências e costumes,

mostrando que devido à transmissibilidade do vírus, a discriminação muitas vezes é anterior a doença. (SONTAG, 1989).

De forma rotineira o atendimento para o paciente portador HIV/AIDS por parte do Serviço Social não difere dos demais pacientes portadores de outras patologias. A intervenção não difere de acordo com a patologia e sim de acordo com a demanda/ necessidade individual de cada paciente. Assim procedemos, após a internação do paciente a intervenção junto ao mesmo e /ou familiares objetivando atender suas demandas sócio-assistenciais e oportunizar-lhes condições de exercer maior controle sobre seu processo saúde doença.

A partir do censo das internações diárias, realizado pelo SPP – Serviço de Prontoário do Paciente, procedemos à visita às unidades clínicas para contatos com a equipe de saúde, leitura do livro de enfermagem, das anotações relativas aos plantões, verificando os recados pertinentes ao serviço social e se for preciso deixar anotados os recados do serviço social, leitura do prontuário dos pacientes para coleta de dados que irão subsidiar a entrevista do serviço social pois, toda a equipe de saúde (enfermagem, nutrição, psicologia, medicina e serviço social) realiza entrevista com o paciente e/ou familiares, seguimos com a entrevista (de acordo com o roteiro de entrevista) com os pacientes recém internados; nesta são levantados dados sobre a história de vida do paciente, seu cotidiano pessoal e familiar para subsidiar a intervenção do serviço social no atendimento das demandas.

Enquanto técnica de coleta de dados, a entrevista é bastante adequada para obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das explicações ou razões a respeito das coisas precedentes.(SELLTIZ,1967, p.273).

A internação dos pacientes é acompanhada através de visitas periódicas aos mesmos, contatos diários com a equipe de enfermagem e médica, acompanhamento da evolução dos pacientes através do prontuário médico individual de cada um, relatório de ocorrências da

equipe de enfermagem realizada em cada turno referente à evolução dos pacientes, bem como a procura espontânea de pacientes e/ou familiares e discussões dos casos em equipe.

Para o Serviço Social o atendimento individual pauta-se na abordagem educativa e reflexiva visando orientar e informar sobre o tratamento, direitos e deveres do soropositivo, questões trabalhistas, previdenciárias e jurídicas. Atua também diretamente com as demandas sociais relativas à falta de alimentação, medicação e transporte, sendo extensivo o acompanhamento social a familiares que enfrentam as mesmas dificuldades dos usuários.

...somos profissionais que chegamos o mais próximo possível do cenário da vida cotidiana das pessoas com as quais trabalhamos. O que para muitas profissões é relato, para nós é vivência, o que para muitos profissionais é informação, para nós são fatos, plenos de vida, saturados de história. (MARTINELLI, 1997).

Diante dessa problemática, cria-se a necessidade de buscar atendimento diferenciado a esses pacientes que ao deparar-se com o fato de não serem mais somente um portador do HIV, mas um doente de aids e principalmente aqueles que tomam conhecimento neste momento, de sua condição de infectado defrontam-se com sentimentos desencadeados por uma doença que ameaça a vida, forçando-os a reorganizá-la diante das limitações no campo profissional, social, familiar, sexual e nas relações afetivas.

Tendo em vista as condições de vida dos usuários, o Serviço Social atua com prestação de serviços concretos, e utiliza-se dos recursos existentes na comunidade como fonte alternativa para enfrentamento das carências sociais vivenciadas pela população, assim como articula com ONGs, as quais fornecem assessoria às pessoas atendidas nos projetos.

Na comunidade, as ações empreendidas são conjuntas com os demais profissionais do serviço social e com a Associação de Amigos do HU - AAHU, são voltadas a suprir as necessidades materiais dos pacientes e seus familiares através de doações de fraldas descartáveis, agasalhos, medicamentos, enxovais para bebês, cestas básicas e artigos de

higiene. Contamos com o apoio da Secretaria de Desenvolvimento Social e Habitação das Prefeituras que através dos encaminhamentos realizados pelo serviço social viabilizam o auxílio funeral, passes de ônibus e cestas básicas repassados diretamente aos interessados; articulamos com a Secretaria de Saúde e Postos de Saúde dos municípios os quais viabilizam o transporte dos pacientes e em alguns casos acompanhantes para a realização do tratamento médico, também contamos com o apoio da Direção do HU - através do Suprimento de Fundos para aquisição de passes de ônibus, auxílio para passagens, aquisição de medicamentos para tratamento ambulatorial, todos destinados aos pacientes cuja renda pessoal e/ou familiar é insuficiente para fazer frente às necessidades advindas com o processo de doença.

Segundo Gerber (2003), se observa crescente pauperização da população que não consegue fazer frente aos mínimos necessários para realizar tratamento médico (transporte, medicamentos, alimentação), as instituições governamentais não apresentam programas contínuos de atendimento para estas situações.

Durante o período de estágio, de seis de outubro de dois mil e três a dezenove de dezembro de dois mil e três e de cinco de janeiro a vinte de fevereiro do corrente ano, foram internados na Clínica Médica I, 14 pacientes soropositivos, dentre os quais, foram entrevistados nove pacientes sendo os mesmos informados sobre recursos e direitos sociais, previdenciários, trabalhistas entre outros. Seis pacientes soropositivos foram encaminhados aos benefícios preconizados em lei (aposentadoria por invalidez, Benefício de Prestação Continuada - BPC, retirada do Fundo de Garantia por Tempo de Trabalho- FGTS e PIS/PASEP). Dos 14 pacientes internados, 04 faleceram durante este período, sendo as famílias encaminhadas à Secretaria de Assistência Social da Prefeitura Municipal para o benefício de auxílio-funeral.

Através da experiência enquanto estagiária do Serviço Social, constatamos alguns aspectos que emergem no transcorrer da ação que são importantes enfatizar. Dentre os mais relevantes dentro da problemática do usuário portador do vírus da aids, destacam-se a rejeição familiar e social, o medo, preconceito, a insuficiência de recursos econômicos a nível pessoal e institucional e a evasão de pacientes em relação ao tratamento.

A rejeição familiar e social, é um problema angustiante para o paciente e a equipe profissional. O medo ao saber-se portador do vírus da AIDS, supera o da própria doença e se fixa no medo de não ser mais aceito na família, pelos amigos, na sociedade. O aparecimento da AIDS vem revelar aspectos desconhecidos em relação à pessoa, vindo à tona muitas vezes a questão do homossexualismo, bissexualismo e drogadição não assumidos.

As famílias geralmente, tendem a esconder o problema, conscientes da discriminação, mas elas também se vêem ameaçadas, principalmente quando a doença se manifesta, afetando todo o contexto familiar de forma significativa. O comportamento restrito a família reflete a reação de grande parte da sociedade.

Cada família reage de maneira distinta frente ao diagnóstico, doença e repercussões sociais. Os conflitos entre as pessoas vivendo com o HIV/AIDS e seus familiares, estão muito presentes e não surgem com a doença ou diagnóstico, elas apenas intensificam-os ou os desmascaram. O preconceito aparece na fala dos familiares, de forma bastante dissimulada comprovando que também no contexto familiar é bastante complexo tratar desta questão. Assim, como há o distanciamento, o abandono, a rejeição entre o soropositivo, o doente e a família, ocorre também a superproteção.

Podemos perceber que o grande avanço da luta contra o HIV é a terapia anti-retroviral, conhecida como “coquetel”.

Porém para o sucesso do tratamento é necessária a adesão total e contínua seguindo algumas regras básicas como: quantidade, horário, alimentação e outros, e isso acarreta dificuldades, principalmente com pacientes que iniciam tratamento na fase assintomática. São necessárias mudanças nos hábitos de vida, onde a rotina da grande quantidade de comprimidos, intolerância e efeitos colaterais no início da terapia tem acarretado a dificuldade em não realizar o tratamento corretamente, levando o paciente à desistência do mesmo.

O envolvimento da equipe interdisciplinar (medicina, enfermagem, serviço social, psicologia e nutrição) tem sido intenso na busca de levar o paciente a assumir a prevenção e o tratamento, bem como a melhora da sua qualidade de vida. Em alguns casos ocorrem reuniões multidisciplinares formais ou informais, o que facilita uma compreensão integral do paciente contribuindo para que a equipe assuma uma conduta única e mais consciente frente ao caso.

A abordagem do Serviço Social aos usuários e familiares se concretiza através do atendimento individual e visita domiciliar quando necessário.

A partir da entrevista inicial as demandas trazidas pelo paciente e/ou familiares são arroladas e a intervenção se dá visando o atendimento das mesmas. A atividade profissional é voltada principalmente para esclarecimentos e orientações sobre os direitos do paciente frente à legislação vigente. Assim, as orientações previdenciárias e sobre o SUS fazem parte da rotina.

Faz-se ainda necessário um trabalho voltado à questões como sexualidade, preconceito, discriminação e morte no HU

Referente aos instrumentais técnico-operativos utilizados destaca-se a entrevista aberta como instrumento de levantamento de dados, possibilitando evidenciar a realidade social, econômica e cultural do paciente internado, logo, uma maior aproximação com o usuário, e conseqüentemente com a situação problema.

Dentre os demais instrumentais técnico-operativos utilizados estão o estudo social, o parecer social, a observação, a escuta qualificada, a visita domiciliar, a reunião. Em todo o processo de intervenção é através da mediação que possibilitamos junto ao usuário a garantia e a viabilização dos seus direitos assegurados em lei, resgatando assim o entendimento sobre seu direito frente ao processo saúde/doença.

Buscamos diante do exposto, a luta por uma visão mais justa frente a Aids, que é procurar restituir ao indivíduo: confiança e esperança e fortalecê-lo para a retomada da vida em VIDA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AIDS é um fato e, muito mais que uma doença, já se tornou uma grave questão social, pois a maioria das pessoas com HIV é jovem; seu agente etiológico - o HIV - não ataca apenas "certas" pessoas ou "certos" grupos; a aids traz graves problemas psicológicos; seu controle e tratamento exigem gastos financeiros bastante elevados, inversamente proporcionais se fossem desenvolvidos programas básicos de prevenção.

A AIDS é evitável, desde que se conheçam bem as formas de transmissão e os meios de contaminação pelo HIV facilitando assim a prevenção.

Diante de tudo isso, é importante desenvolver estratégias de prevenção que tentem se antecipar à dimensão epidêmica da doença.

Como a AIDS ainda é uma doença incurável, os "remédios" mais eficazes são a informação e a educação, para evitá-la; a solidariedade, para minimizar suas conseqüências e um sistema de saúde público bem organizado para atender à população atingida.

Aprendendo a se proteger e tendo acesso a informações mais claras os medos infundados tendem a desaparecer e as pessoas poderão deixar de evitar os indivíduos com Aids, com receio de ficarem contaminados.

É necessário verificar sempre a procedência das informações sobre HIV/AIDS, principalmente as veiculadas pelo rádio, jornais, revista e televisão, já que parte da imprensa, às vezes, noticia fatos e dados inverídicos ou não comprovados cientificamente.

É comum também encontrarmos informações de fundo moralista, preconceituoso ou discriminatório, que nada contribuem para a prevenção contra a doença.

É ainda freqüente, afinal, encontrarmos pessoas que se posicionam de maneira equivocada, pensando que a AIDS não é problema seu. A AIDS é uma questão de todos nós e requer uma posição decidida para enfrentá-la.

A rápida e extensa disseminação da doença demonstra o quanto é necessário a ampliação das ações governamentais no que se refere à prevenção e ao combate à pandemia (Brasil, 1999). O perfil epidemiológico da aids no Brasil mostra que ela está penetrando em novos grupos, socialmente considerados mais “vulneráveis” (*Ibid.*).

O crescente número de mulheres infectadas pelo HIV constitui o que se chama de “feminilização” da pandemia. O aumento de casos por via heterossexual fez-se acompanhar de uma expressiva participação das mulheres no perfil epidemiológico da doença, constatado na progressiva redução da razão de sexo entre todas as categorias de exposição, de 24 homens/1 mulher, em 1985, para 2 homens/1 mulher, em 1999/2000. As mulheres já representam 25,6% da totalidade de casos de aids notificados no Brasil (Brasil, 2000 b).

A “juvenilização” da pandemia no Brasil segue a “rota da droga”. As jovens pertencentes a este grupo infectam-se principalmente através das relações com parceiros usuários de drogas injetáveis, o que contribui para o aumento da “juvenilização” e da “feminilização” da pandemia (LEITE, *Op. cit.*).

A deficiência da Política Nacional de Saúde Pública cria terreno fértil para a disseminação da pandemia do HIV/AIDS no interior do país. Essa evidente mudança no eixo geográfico, que extrapola os limites dos grandes centros urbanos, é conhecida como “Interiorização” da pandemia (*Ibid.*). Entre 1980 e 1986, os grandes centros urbanos eram o alvo privilegiado da doença. A partir de 1987 este quadro mudou: os municípios do interior do Brasil estão cada vez mais sendo atingidos pela pandemia do HIV/AIDS (BRASIL, 2000).

E ainda podemos evidenciar a “pauperização” da aids, ou seja, a sedimentação da infecção pelo HIV/Aids nas classes sociais que tradicionalmente encontram dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde e à informação para a saúde de um modo geral, dificultando sobretudo ações de prevenção e diagnóstico precoce da doença. (BRASIL, 1999).

O acirramento da crise em nosso sistema público de saúde expõe de forma desumana as fraturas da “questão social” no país. O quadro atual do sistema de saúde, sucateado, com a falta de medicamentos, a ausência de leitos e inexistência de uma equipe técnica suficiente em termos quanti e qualitativos, também pode ser chamado de aids, “Síndrome de Deficiência Institucional Adquirida” (MORAIS DE SÁ E COSTA, 1994).

Mesmo que tenhamos utilizado a aids como exemplo, percebe-se facilmente que este quadro não é privilégio apenas da infecção HIV/Aids. Os doentes pobres, com qualquer tipo de enfermidade estão entregues à própria sorte. Muitos são obrigados a esperar em filas de emergência por um atendimento no mínimo superficial ou acabam morrendo antes de receber qualquer tipo de atenção profissional. E há ainda os que, tendo conseguido atendimento, não conseguem se tratar, pois não recebem nenhum tipo de medicação devido à falta de remédios nas farmácias hospitalares.

Sendo a área da saúde um campo de atuação privilegiado do Serviço Social, constata-se que a prática profissional durante muito tempo restringiu-se a procedimentos meramente operacionais (BRAVO *apud* LEITE, 1999). Na atualidade, de um lado, o profissional de Serviço Social se depara com a privatização do setor público governamental e seus efeitos deletérios na órbita do emprego e precarização das relações de trabalho. De outro lado, o assistente social tem que redimensionar sua prática a fim de atender às novas demandas que se colocam em seu cotidiano (IAMAMOTO, *Op. cit.*).

Hoje, o mercado demanda assistentes sociais capacitados para atuar na esfera da execução, da formulação de políticas públicas e a gestão de políticas sociais, indo além de rotinas institucionais (NETTO, 1996; IAMAMOTO, 2000).

Para que os assistentes sociais possam responder às muitas demandas emergentes derivadas da “questão social”, faz-se necessário o conhecimento da enorme gama de aspectos que derivam da sociabilidade contemporânea.

Na atual conjuntura, o assistente social deve trabalhar em prol dos direitos sociais e na elaboração de Políticas Públicas a fim de reafirmar seu compromisso ético-profissional com as classes sociais.

O estágio curricular é de suma importância para a formação profissional, visto que durante este período é possível habilitar o desenvolvimento de atividades garantindo a unidade teórico-prática, apesar da carga horária destinada ao estágio obrigatório ser insuficiente para o conhecimento da instituição e da rede de serviços oferecidos ao paciente como cidadão, observar a prática e atuar sob supervisão.

Acreditamos que ainda há muito para o aprofundamento das discussões em torno da prática profissional dos assistentes sociais. Com o término do estágio curricular constatamos que ao profissional cabe o aperfeiçoamento, a atualização, a especialização, e o treinamento contínuo, o quanto ainda há para explorar e aprender, e o quanto é preciso romper e mudar, para a efetiva inserção da categoria no mercado de trabalho.

Acreditamos que seja importante também que haja incentivos para a criação de grupos ou elaboração de um programa para atendimento a pacientes soropositivos no Hospital Universitário- UFSC, visto que a AIDS é no momento um problema que ganha relevância preocupando toda a sociedade, que delega em última instância, parte da responsabilidade em torno dessa questão aos serviços de saúde.

Portanto, fazem-se necessárias também alterações no sistema de saúde, pois ainda não satisfaz totalmente o atendimento das necessidades relacionadas não apenas à cura, mas principalmente à prevenção na questão saúde.

REFERENCIAS

BASTOS, C.; GALVÃO, J.; PEDROSA, J. S. & PARKER, R., 1994. *A AIDS no Brasil. História Social da AIDS*, nº 2. Rio de Janeiro: Relume & Dumará/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

BRASIL, 1990. **Lei 8.080**, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá Outras Providências. 29 Março 2001 <<http://www.saude.gov.br/doc/lei8080.htm>>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de DST/Aids: Princípios e Diretrizes**. Distrito Federal, PNDST/AIDS, 1999.

CAMARGO A. M. F. de. **Histórias de Vida: A Aids e a Sociedade Contemporânea**, 1991.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil; **Texto Constitucional de 5 de outubro de 1998 com as alterações adotadas pela EC de n.1, de 1992, a n. 31 de 200 e pelas EC Revisão de n.1ª 6, de 1994**. 16 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, coordenação de publicações, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CEFESS, et. Al. **Parecer Social sobre a atuação do Assistente Social na área da Saúde**, de 06/ julho de 1990.

CONSELHO NACIONAL DA SAÚDE. **Resolução nº218**, reconhece o assistente social juntamente com outras categorias, como profissional de saúde de nível superior. Brasília, 06 de março de 1997.

GAUDERER, E. C. **Os direitos do paciente: um manual de sobrevivência** 3 ed Rio de Janeiro:Record, 1991.

GERBER, L.M.L. **Relatório de Atividades Desenvolvidas nas Clínicas Médicas I e II e na UTI**. Serviço Social; 2002.

GIL, A C. **Métodos e técnicas de pesquisa social** - São Paulo: Atlas, 1991.

GRAVATO, N. da S. - **Ética e AIDS**. In: **Serviço Social e os desafios da “modernidade”**: os projetos sócio-políticos em confronto na sociedade contemporânea. São Paulo: Traço, 1992.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo, Cortez, 2000.

JESUS, R. P. **Aids - O que você precisa saber** – Ed. Unicamp, 1986.

- LEITE, J. L. **HIV/AIDS: Uma Contribuição para o Estudo do Serviço Social na Contemporaneidade**. Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1998.
- MARTINELLI, M. L. **A Nova Identidade Profissional**. Revista SERVIÇO SOCIAL HOSPITALAR-CASS-FMUSP,S.P, v.4, n1,p. 21, 1997.
- MIGNONI, K. da S. – **Programa de Internação Hospitalar** – Atuação junto aos pacientes soropositivos. Relatório de estágio curricular obrigatório apresentado à disciplina Estágio Supervisionado em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina em Florianópolis, 2004.
- MORAIS DE SÁ, C. A. e COSTA, T. **Corpo a Corpo Contra a AIDS**. Rio de Janeiro, Revinte R, 1994.
- MS (Ministério da Saúde), 1999. **Terapia AntiRetroviral e Saúde Pública - Um Balanço da Experiência Brasileira**. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, Ministério da Saúde.
- NETTO, J. P. **Transformações Societárias e Serviço Social - notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil**. In: Serviço Social e Sociedade, n.º 50, Ano XVI. São Paulo, Cortez, 1996.
- PAIVA, B. A. de & SALES, A. M. - **A Nova Ética profissional: práxis e princípios** – Apostila do Workshop: Ética profissional do Assistente Social – UFSC, 1996.
- PARKER, R. **Desafios para o Futuro: questões-chave para a política de HIV/AIDS no Brasil**. In: PARKER, Richard. Políticas, Instituições e AIDS - Enfrentando a Epidemia no Brasil. Rio de Janeiro, Zahar, 1997.
- PASTERNAK, J. – **Aids - Verdade e Mito** – Histórias e Fatos. Circulo do livro, 1988.
- PELA VIDDA. **Direito das Pessoas Vivendo com HIV e AIDS**. Rio de Janeiro, Graphos, 1993.
- PEREIRA, M. G. 1995. **Epidemiologia, Teoria e Prática**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan
- _____. **Plano de Atuação do Serviço Social**. HU; Setor de Serviço Social, junho 2002.
- SILVA, C. L. C., 1998. **ONGs/AIDS, intervenções sociais e novos laços de solidariedade social**. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(Sup. 2):129-139.
- SODELLI, M. **Escola e AIDS : Um olhar para o sentido do trabalho do professor na prevenção à AIDS**. Tese de Mestrado PUC/SP, 1999.

SONTAG, S. **Aids e Suas Metáforas**. São Paulo: Companhia de Letras, 1989.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Regimento Interno do Hospital Universitário**. HU: 1992

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da Saúde**. São Paulo: Cortez, 2002.